



**LUNDS**  
**UNIVERSITET**

Institutionen för Psykologi

*Psykologprogrammet*

## **Finns det evidens för evidensen?**

En kvalitativ undersökning av evidensparadigmet

**Jonatan Wullt**

Psykologexamensuppsats, 2021

Handledare: Per Johnsson

## Abstract

The evidence paradigm has dominated the field of psychological practice and research since around 1990. Critics however, have addressed the research-practice gap, suggesting that the positivistic research, such as RCT-studies, conducted within the paradigm are based on assumptions that are ill fitting with the reality of clinical practice. The aim of the present study is, using a qualitative method, to compare how a selection of psychodynamically oriented psychologists and researchers of psychotherapy evaluate the evidence paradigm. Semistructured interviews were conducted with three psychotherapy researchers and three psychodynamically oriented psychologists. The data was transcribed and coded. Six main themes and seven subthemes were created using thematic analysis. The main themes were; *Ensuring quality, Epistemological position, DSM, The condition of RCT-studies versus psychotherapeutic practice, The evidence paradigm and Reduce the gap*. The subthemes for *The condition of RCT-studies versus psychotherapeutic practice* were *The function of diagnostics, Judgement versus randomization, Participants and General versus local knowledge*. The subthemes for *The Evidence paradigm* were *Pros and cons of the evidence paradigm, Maintenance of the Evidence paradigm and New Public Management and the Evidence paradigm*. The results indicate that the researchers of psychotherapy tended to regard the evidence paradigm in a more positive manner, compared to the psychologists. The results are discussed in relation to Carl Lesches and Donald Schöns theories on psychotherapeutic practice, Thomas Kuhns theories on scientific paradigms and Michael Foucaults theories on discursive and disciplinary power. Lastly the results are discussed in relation to their implications for future research.

Keywords: evidence paradigm, research-practice gap, clinical psychology, power, RCT-studies.

## Sammanfattning

Evidensparadigmet har sedan 80-talet varit rådande inom psykologin som vetenskap och praktik. Kritiker till evidensparadigmet menar emellertid att den positivistiska forskning, framförallt RCT-studier, som bedrivs inom paradigmet vilar på antagandet som inte överensstämmer med den psykoterapeutiska praktiken. Syftet med föreliggande studie var att, genom kvalitativ metod, jämföra hur ett urval av psykodynamiskt orienterade psykologer respektive psykoterapiforskare värderar evidensparadigmet. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med sex deltagare, tre psykologer respektive tre psykoterapiforskare. Den transkriberade datan kodades och sex huvudteman samt sju underteman skapades med tematisk analys. De sex huvudteman var; *Säkerställandet av kvalitet, Epistemologisk position, DSM, RCT-studiens kontra psykoterapins villkor, Evidensparadigmet* och *Minska gapet*. Underteman till *RCT-studiens kontra psykoterapins villkor* var *Diagnostikens funktion, Omdöme kontra randomisering, Deltagare* och *Generell kontra lokal kunskap*. Underteman till *Evidensparadigmet* var *Evidensparadigmets för- och nackdelar, Vidmakthållandet av evidensparadigmet* samt *New Public Management och Evidensparadigmet*. Resultatet visar att psykoterapiforskarna tenderar att förhålla sig mer positivt till evidensparadigmet än psykologerna. Resultaten diskuteras utifrån Carl Lesches teorier om psykoterapeutisk praktik och vetenskapsteori, Thomas Kuhns teorier om vetenskapliga paradigmet samt Michael Foucaults teorier om diskursiv samt disciplinär makt. Slutligen diskuteras resultaten i relation till implikationer för framtida forskning.

Nyckelord: Evidensparadigmet, Forskning-praktik gap, klinisk psykologi, makt, RCT-studier

## **Tack!**

Ett stort tack till de medverkande som tog sig tiden att delta! Utan era reflektioner och tankar hade denna studie inte varit möjlig att genomföra. Tack även till Anja Grim, för din skarpa blick och ditt tålamod. Slutligen ett stort tack till Per Johnsson, min handledare, för att du ingjutit hopp, väglett och hjälpt mig under arbetets gång!

<b>Finns det evidens för evidensen?</b>	<b>1</b>
<b>Teori</b>	<b>2</b>
Psykoterapins villkor	2
Evidensparadigmets framväxt	4
New Public Management	5
Randomiserade kontrollerade studiers metodologiska villkor	6
Manualer	6
Paradigm och vetenskaplig revolution	8
Evidensparadigmets antaganden	9
Anomalier	11
Det icke teknologiska	11
Forskningsfusk	12
Replikationskrisen	13
DSM-5	13
Evidensparadigmet som diskursiv och disciplinär makt	14
<b>Syfte</b>	<b>16</b>
<b>Metod</b>	<b>16</b>
Epistemologi och Ontologi	17
Deltagare	17
Material	18
Procedur	19
<b>Resultat</b>	<b>20</b>
Säkerställandet av kvalitet	21
Deltagare	22
Epistemologisk position	23
DSM-5.	24
RCT-studiens kontra psykoterapins villkor	25
Diagnostikens funktion	25
Omdöme kontra randomisering	27
Generell kontra lokal kunskap	27
Evidensparadigmet	29
Evidensparadigmets för- och nackdelar	29
Vidmakthållande av evidensparadigmet	30
New Public Management och evidensparadigmet	31
Minska gapet	32
<b>Diskussion</b>	<b>33</b>
Skillnader mellan de psykoterapeutiska villkoren och RCT-studier	34
Närmar vi oss en kris?	36

Makt	37
Sammanfattning av diskussion	40
Metoddiskussion	41
Studiens tillförlitlighet	42
Framtida studier	44
Etisk reflektion	45
<b>Referenser</b>	<b>47</b>
<b>Bilaga A</b>	<b>52</b>
<b>Bilaga B</b>	<b>54</b>

## **Finns det evidens för evidensen?**

Evidensparadigmet har sedan 80-talet varit rådande inom psykologin som forskning och praktik. Inom evidensparadigmet eftersträvas goda behandlingsresultat och jämlik vård. Detta uppnås bland annat genom att psykoterapeutiska behandlingar, som utgår ifrån manualer, prövas i RCT-studier. RCT-studier har inom evidensparadigmet statusen som “golden standard” och antas vara den metod som bäst fångar verkligheten.

I dagsläget visar RCT-studier som gjorts på psykologiska behandlingar att ungefär 50% av deltagarna blir förbättrade av de flesta evidensbaserade behandlingarna (Sakaluk et al., 2019). Så är fallet vid exempelvis depressionsbehandlingar där 50% inte blir hjälpta och där 40% av de som blir hjälpta återfaller på nytt (American Psychological Association, 2019). Vidare är 57- 70% av variansen, det vill säga orsaken till förändring, okänd (Kihlberg, 2019; Wampold & Imel, 2015). Detta borde mana till en stor försiktighet kring vilka slutsatser man drar av en RCT-studie och vidare hur evidensen bäst tillämpas (Sherwood, 2019). Därtill, anser McWilliams (2017), att det finns ett gap mellan psykoterapiforskningen (RCT-studier) och den psykologiska praktiken, eftersom respektive metod har olika betingelser. Därför, menar McWilliams (2017), borde RCT-studier betraktas som en pusselbit i förståelsen av de psykoterapeutiska processerna och deras utfall, snarare än “golden standard”.

Samtidigt ser verkligheten annorlunda ut; många mottagningar, inom offentlig såväl som privat verksamhet, utvecklar standardiserade vårdflöden där patienter med samma DSM-5 diagnos ges samma manualbaserade behandling. Behandlingen avslutas efter de sessioner som finns med i behandlingsmanualen. Många blir hjälpta, men andra inte. De som inte blir hjälpta vittnar om rigiditet i behandlingen, förenkling av deras lidanden samt om bristande individanpassning (Arpi et al., 2021; Brusén et al., 2021). Vissa upplever sig snarare ha blivit försämrade av behandlingen (Brusén et al., 2021). Denna studie syftar till att, genom intervjuer med psykoterapiforskare och psykologer, undersöka evidensparadigmets status. Studien har sin utgångspunkt i den psykologiska vetenskapen men tar stöd i sociologiska och vetenskapsfilosofiska teorier för att kontextualisera resultatet.

## Teori

Teorierna som redovisas nedan har valts ut därför att de är relevanta för de teman som skapats. Först ges en introduktion till det psykoterapeutiska förfarandet, såsom det formulerats av Lesche (1976), därefter kompletteras bilden med hjälp av Donald Schön (1991). Vidare ges en bakgrund och motivering till evidensparadigmet, RCT-studier och de därpå följande behandlingsmanualerna. Därefter ges en kort introduktion till New Public Management, det styrsätt som präglar psykiatrin i Sverige idag. Slutligen redovisas teorier som kontextualiserar evidensparadigmet utifrån teorier författade av Thomas Kuhn (1962) samt Michael Foucault (1980). Syftet med teorierna som ges i föreliggande studie är att ge en teoretisk bakgrund som möjliggör förståelse och kontextualisering av studiens resultat.

### Psykoterapins villkor

I Psykoanalysens Vetenskapsteori formulerar Lesche (1976) ett psykoterapeutiskt förfarande som rör sig mellan teori och praktik. Utgångspunkten i Lesche (1976) är psykodynamisk/psykoanalytisk metod men förfarandet kan, i grova drag, sägas vara generaliserbart för samtliga psykoterapeuter, oavsett metod, förutsatt att de arbetar individanpassat. Detta eftersom förfarandet inbegriper en integrering av teori och praktik, men inte specificerar vilken teoribildning.

Enligt Lesche (1976) bör psykologen växla mellan teori och möte. Detta bör (och brukar) gå till enligt följande; initialt möter psykologen (ett subjekt) en patient (annat subjekt). Inledningsvis delar psykoterapeuten och patienten tillräckligt med mänskliga erfarenheter, språk och referensramar. Psykologen kan således förstå patienten, och hennes uppgift blir då att tolka patientens berättelser och erfarenheter. När den gemensamma mänskliga erfarenheten och psykologens förförståelse inte räcker till upphör patienten att vara ett subjekt för psykologen. Istället blir hon tillfälligt ett objekt som psykologen behöver teorier för att förstå. Psykologens bör då söka sig till forskning och facklitteratur för att skapa sig hypoteser om objektet. Hypoteserna formuleras alltså som möjliga förklaringsmodeller för att förstå objektet/patienten. Dessa hypoteser testas i nästa möte med patienten/objektet. Om hypoteserna har ett förklaringsvärde hos objektet/patienten, det vill säga om de bottnar i och resonerar med objektet/patienten blir objektet/patienten begripligt för psykologen. Därigenom blir objektet på nytt ett subjekt. Psykologens uppgift blir då att fortsätta detta hermeneutiska arbetet. På detta sätt pågår den växelverkan mellan teori och praktik som Lesche (1976) beskriver som central för det psykoterapeutiska arbetet. Detta



förfarande kan översättas till en individanpassad KBT-behandling enligt följande; psykologen har en repertoar av behandlingsinterventioner som den kan använda sig av. I mötet med en ny patient behöver psykologen, för att förstå den unika patientens förutsättningar och svårigheter, pröva sig fram och vara lyhörd inför patienten. Efter mötet behöver psykologen gå till litteraturen för att fördjupa och bredda sin kunskap och repertoar av behandlingsinterventioner.

Donald Schön (1991) formulerar ett liknande arbetsförfarande som Lesche. Psykoterapeuten, såväl som arkitekten, menar Schön tillhör en kategori professioner som Schön beskriver som *reflective practitioner*. För reflective practitioners finns det inget apriori formulerat problem med en färdig lösning utan den första uppgiften är att formulera problemet utifrån den unika situationen man befinner sig i. En reflective practitioner behöver ta hänsyn till en mängd olika variabler vid formulerandet av problemet. För psykologen innebär detta att hon behöver förhålla sig till en unik patient med en unik livshistoria och ett unikt sätt att vara. I mötet har psykologen med sig en bredd av teorier om människan men behöver, för att förstå den unika människan, formulera nya teorier och hypoteser.

Schön (1991) exemplifierar genom en patient som inledningsvis säger sig vara lyckligt gift men som efterhand uttrycker en stark längtan att lämna sin make. Initialt bedömer psykologen att patienten är trygg i sin relation och undersöker därför andra områden i patientens liv. Allteftersom informationen om det olyckliga äktenskapet uppdagas kan psykologen komma att behöva ändra fokus i behandlingen. Det framkommer kanske det är det olyckliga äktenskapet som är roten till patientens dåliga mående. Exemplet illustrerar hur psykologen behöver arbeta flexibelt och undersökande i relation till patienten. Detta i motsats till att göra en bedömning och därefter applicera en lösning. Vidare handlar det om att psykologen i varje ögonblick behöver göra bedömningar om vart fokus i samtalet ska ligga, vilka frågor som kommer att leda vidare och vilken information som är värdefull i stunden. Således är det ett konstant formulerande och testande av hypoteser. Vidare, menar Schön (1996) att sjukdomens etiologi är av betydande relevans för psykologen, vid förståelse av sjukdomen. Ett måhända övertydligt exempel skulle kunna vara en kvinna som utvecklat renlighetstvång i nära anslutning till att hon blivit utsatt för sexuella övergrepp.

Arbetsmetoden för en reflective practitioner kontrasterar Schön mot yrkeskategorin *technical rationality*, till vilken läkare tillhör. För läkaren är det oväsentligt huruvida

patienten med lunginflammation är gift, frånskild, singel, rik eller fattig, eller sjukdomens etiologi- antibiotika botar lunginflammation. Det bör förstås som en grov uppdelning, etiologi samt livsstilsfaktorer kan vara nog så viktiga för läkare.

### **Evidensparadigmets framväxt**

Psykologins historia bedöms av många ha börjat med psykoanalysen, som fick sitt genombrott runt förra sekelskiftet. Fram till 1960-talet var psykoanalysen den härskande behandlingsmetoden. Det paradig som då rådde, och som föregick evidensparadigmet, kan benämnas "auktoritetsparadigmet". Under detta paradig bestod psykologisk forskning främst av fallstudier, och teorier formulerades efter kliniska observationer (Thomas et al., 2012).

Inom detta paradig motiverades behandlingar och diagnoser utifrån den enskilde psykologens bedömning. Auktoriteter inom psykologin hade en ohotad maktposition och deras otaliga teorier värderades ofta som sanning. Detta resulterade i att behandlingarna kunde vara godtyckliga och ibland rent av farliga. Många felaktigheter, för vilka auktoritetsparadigmet anses ha varit orsaken, finns dokumenterade inom psykologins och psykiatrins historia (Dawes, 2008; Stein & Foltz, 2010). Frånvaron av systematiserad kunskap ledde också till att många av begreppen och diagnoserna inte var reliabla, vilket gjorde att den forskning som bedrevs inte kunde generaliseras; en patient som diagnostiserades med borderline i New York kunde få en annan diagnos i Stockholm (Horwitz, 2021).

Allteftersom växte en annan rörelse fram, evidensrörelsen. Pionjärer inom denna rörelse betonade vikten av att metoder granskas vetenskapligt och vidare att vetenskapen, snarare än auktoriteter, bör ligga till grund för utformandet och valet av behandling. Ett tydligt skifte kan märkas i diagnosmanualen DSM-3, som släpptes 1980. Manualen, som tidigare hade präglats av psykoanalytiska teorier, var nu helt fri från psykoanalytiska inslag. Istället var diagnoserna kategoriska, snarare än dimensionella, vidare nämndes ingen etiologi eller symtomens betydelse. De följande upplagorna efter DSM 3 har fortsatt i samma riktning. Detta i syfte att skapa en lättolkad manual för att öka interbedömarreliabiliteten (Horwitz, 2021). Två faktorer nämns ofta som pådrivande i paradigmskiftet; dels började psykoterapi subventioneras av försäkringsbolag, och dessa ville se studier som visade att behandlingarna var verksamma, dels började psykofarmakans framsteg utgöra ett hot mot psykoterapi (McWilliams, 2017). Det var alltså nödvändigt för

psykoterapins överlevnad att dess metoder granskades och utvärderades. För att göra detta antog man samma metoder som de som används inom medicinen; Randomiserade kontrollerade studier (McWilliams, 2017).

Evidensparadigmet beskrivs av många som revolutionerande för det psykologiska fältet (Weisz & Weersing, 2005; Creemers et al., 2017). Skiftet från auktoritetstro till tro på vetenskap har, menar Creemers et al. (2017), varit viktig för att driva psykoterapi i rätt riktning. Därtill menar de att psykoterapibehandlingar, alltsedan RCT-studier introducerades inom psykoterapiforskning, har kunnat utvecklas och att fler patienter har fått god vård. Creemers et al., (2017) argumenterar för att inte implementera behandlingar som har evidens är ett svek mot patienter och skattebetalare.

### **New Public Management**

Parallellt med evidensparadigmet har New Public Management (fortsatt NPM) införts inom flera sektorer i världen och Sverige anses vara ett av de länder som gått längst i införandet (Fransson & Hussein, 2019). New Public Management är ett styrsystem som strävar efter decentralisering (Fransson & Hussein, 2019). Genom att minska den offentliga sektorns inflytande ska organisationer bli mer kostnadseffektiva. Detta ska ske genom att organisationer ska fungera enligt en marknadslogik; bland annat ska de vara resultat- och konkurrensinriktade. Inom NPM-logiken är det viktigt att kunna mäta och utvärdera prestationer och resultat på ett standardiserat sätt, så att resultaten och prestationerna kan jämföras. Således är det viktigt att arbetsförfarandet sker enligt standardiserade processer (Fransson & Hussein, 2019; Lindbladh, 2019).

Bornemark (2020) lyfter fram New Public Management som en bidragande anledning till att kunskap som mäts har fått en förhöjd status i vår tid. Hon beskriver hur NPM, tillsammans med en övertro på positivistisk vetenskap, har lett till en förskjutning från tilltro till det professionella omdömet till en tilltro till mätbarhet och kvantitativ forskning. Ett ensidigt fokus på det som kan mätas, menar Bornemark (2020), leder till att andra typer av kunskap glöms bort och i vissa fall även motarbetas av organisationen inom vilken man verkar. Detta, helt enkelt för att det som inte kan mätas inte kan bevisas vara effektivt. NPM, menar Bornemark (2020), har lett till att det professionella omdömet och den professionelles autonomi urholkats.

## **Randomiserade kontrollerade studiers metodologiska villkor**

Inom evidensparadigmet finns en metodologisk hierarki där olika metoder värderas utifrån deras tillförlitlighet. RCT-studien värderas idag inom behandlingsstudier som “the golden standard”, det vill säga, den metod som värderas högst. I en RCT-studie testar man vanligtvis en behandling för en viss DSM diagnos och jämför behandlingen mot kontrollgrupp alternativt en annan behandling. Sammantaget kan sägas att man undersöker om grupperna, efter avslutad behandling, skiljer sig signifikant åt på olika variabler.

Eftersom RCT-studier strävar efter att dra slutsatser om kausalitet är metoden utvecklad för att säkerställa en hög intern validitet. För att säkerställa hög intern validitet vidtas vissa åtgärder. Randomiseringen är ett viktigt inslag i RCT-studiens metod, eftersom den minimerar risken för selektionsbias. Selektionsbias kan ge upphov till att urvalet inte är representativt för den population man vill undersöka eller att grupperna man vill jämföra inte är statistiskt likvärdiga. Behandlingen följs noga upp genom handledning av psykoterapeuterna, detta för att säkerställa att samtliga studiedeltagare får så gott som samma behandling. Vidare bör behandlingarna inte sträcka sig över alltför lång tid eftersom man vill utesluta att förändring har skett av andra orsaker än behandlingen, såsom mognad eller naturlig förbättring. Tidigare utfördes RCT-studier främst på personer som uppfyllde kriterierna för endast en diagnos, eftersom komorbiditet ansågs vara en störande variabel. Allteftersom har dock inklusionskriterierna breddats, för att öka den ekologiska validiteten.

När behandlingen är avslutad görs en statistisk analys av bland annat deltagarnas skattade symtom före samt efter behandling. De statistiska analyserna som genereras visar bland annat på hur effektiva behandlingarna varit på symtomreduktion. Alla resultat baseras på grupp och inte individnivå.

### **Manualer**

Behandlingarna som testas i RCT-studier utgår ofta ifrån manualer, vilka innehåller instruktioner som psykoterapeuten ska följa. Detta görs för att säkerställa att samtliga deltagare får samma behandling och det är just den behandlingen och inte den enskilda psykologen, som påverkar studiens resultat. Ju tydligare och mer rigid en manual är, desto bättre är det för en RCT-studies interna validitet (Westen et al., 2004). Manualerna skiftar i hur rigida de är, vissa manualer innehåller färdigdesignade sessionsplaner som ska följas till punkt och pricka, medan andra snarare lyfter fram principer som psykoterapeuten bör följa i varje session. Ett exempel på en princip kan vara att psykoterapeuten i varje session måste

knyta patientens utsagor till de symtom hon sökt behandling för; koppla konflikträdsplan till panikångest till exempel (Milrod, 2008).

Behandlingarna i manualer består av ett visst antal, ofta relativt få 10-30 sessioner. Eftersom manualen är evidensbaserad som helhet, är det principiellt sett inte möjligt att välja ut ett antal interventioner från manualen, eller byta plats på olika moment, utan att göra avkall på evidensen. Detta leder till att den enskilda psykologen kan stå inför valet av att följa manualen (och därmed empirisk forskning) eller sin kliniska erfarenhet (Westen et al., 2004). Berg (2019) redogör för hur evidensparadigmet värderar empirisk forskning högre än klinisk erfarenhet, vilket innebär att psykologen, om hon vill arbeta evidensbaserat, bör värdesätta manualen högre än sitt omdöme (Berg, 2019). Vidare menar Berg (2019) att de två benen "klinisk expertis" och "patientens önskemål och värderingar" i evidensbaserad praktik endast gäller förutsatt att dessa aspekter inte beforskats. Detta innebär, menar Berg (2019), att om det finns forskning på hur en patient med en viss problematik bäst behandlas, så implicerar evidensparadigmets logik att den forskningen bör följas. Detta illustreras bland annat i en rapport som Statens Offentliga Utredningar släppte 2007 (Ansvarskommittén, 2007) där det fastslås att behandlingsval ska göras utifrån kunskap och evidens, i motsats till psykologens omdöme (Ansvarskommittén, 2007).

McWilliams (2017) argumenterar för att psykoterapi, vid implementering av behandlingsmanualer, i stor utsträckning har börjat påminna om psykoterapiforskning; psykoterapeuten ställer en diagnos, mäter patientens symtom på en skattningsskala, använder en diagnosspecifik behandlingsmanual för att bota patientens självrapporterade besvär. Slutligen utvärderas behandlingen genom att mäta symtom på samma skattningsskala (McWilliams, 2017).

Westen, Novotny & Thompson-Brenner (2004) utvecklar liknande resonemang. De belyser hur psykoterapiforskningen ibland ger upphov till godtyckliga förändringar av psykoterapin. Författarna illustrerar hur detta kan gå till genom att hänvisa till en IPT-manual (Interpersonell terapi) för bulimi. Manualen togs initialt fram för att ges till en kontrollgrupp som skulle jämföras mot KBT i en RCT-studie (Fairburn, 1997). För att IPT-manualen inte skulle överlappa med KBT-manualen uteslöts undersökande av patientens matvanor, relation till sin kropp samt bulimin. IPT-manualen visade sig vara effektiv och implementerades i vården, fortsatt med instruktioner om att inte prata med patienten om matvanor och kroppsförhållande. Argument för instruktionerna lades till

post-hoc och gjorde gällande att samtal om matvanor och kroppsförhållande skulle riskera att leda till att patienten blev distraherad i sitt fokus på interpersonella svårigheter (Westen & al., 2004).

Samtidigt argumenterar Waller & Turner (2016) för att manualerna säkerställer att psykologen, om hon följer manualen, inte hänfaller åt therapist drift. Therapist drift är ett begrepp som fångar den aktivitet i terapirummet som inte är behandlande och metodbaserad. En psykolog som undviker att utföra en exponeringsövning eftersom rädslan att väcka patientens ångest står i vägen, hänfaller åt therapist drift (Waller & Turner, 2016). Vissa tolkar therapist drift som att inte ägna sig åt evidensbaserad behandling (göra avsteg från manualen) medan andra anser att ett avsteg från manualen inte nödvändigtvis är sämre (Aradas et al., 2019; Waller & Turner, 2016). De menar istället att therapist drift är när psykologen undviker att göra det som den anser hjälpa patienten bäst på grund av rädsla, okunskap eller lathet (Aradas, 2019).

### **Paradigm och vetenskaplig revolution**

Vetenskapsfilosofen Thomas Kuhn (1962) studerade naturvetenskapens historiska utveckling och fann genom sina observationer att den inte utvecklats enligt en linjär ordning. Istället har det historiskt funnits vetenskapliga paradig som, när de varit rådande, accepterats som "normalvetenskap". Inom normal- vetenskapen finns antaganden, om hur världen och fenomen är beskaffade; att gud finns, att jorden är platt eller dualitetsprincipen, för att nämna några exempel. Sådana antaganden styr vilken vetenskap som produceras. Ingen akademi skulle under medeltiden forska om huruvida Gud existerar utan istället forska på hur Gud visar sig, eller vem Gud är. Vidare har varje paradigm värderingsmässiga antaganden, som vad som är viktigt att veta, vilka frågor som behöver ställas och vilka metoder man bör använda för att söka svar på frågorna (Kuhn, 1962). Bornemark (2020) argumenterar till exempel för att vi i vår tid värdesätter kvantifierad kunskap högst.

Kuhn (1962) menar att forskning som motbevisar och hotar antaganden inom ett paradigm, betraktas som anomalier av de som verkar inom det. Anomalierna anses ha uppkommit genom fusk, metodologiska felaktigheter och/eller bero dåliga forskare. Anomalierna ignoreras och neutraliseras således. Efterhand blir anomalierna för många för att kunna bortförklaras och nya konkurrerande teorier föreslås av forskare. Då uppstår en vetenskaplig kris. Paradigmen konkurrerar med sina respektive teorier och måttstockar. Enligt Kuhn (1962) är de inkommensurabla; de går inte att jämföra eftersom de utgår från

olika antaganden, använder olika mätmetoder och begrepp. Slutligen omkullkastas det äldre paradigmet genom en vetenskaplig revolution. Enligt Kuhns teorier har varje paradigm sina begränsningar, eftersom det genom sina antaganden och metoder inte ser frågor, problem och lösningar som sträcker sig bortom det (Kuhn, 1962).

### **Evidensparadigmets antaganden**

Thomas et al. (2012) belyser, med hjälp av Kuhns teorier, evidensparadigmet inom psykologin. De identifierar och problematiserar evidensparadigmets metafysiska och värderingsmässiga antaganden. Inom evidensparadigmet, menar Thomas et al (2012), råder det metafysiska antagandet att psykiatriska sjukdomar är lika med biologiska och/eller psykologiska brister, som på ett objektiv sätt kan härledas till olika orsakssamband. Ett sådant antagande leder till förgivettagna sanningar såsom att depression beror på låga serotoninnivåer och att psykiatriska sjukdomar godtyckligt drabbar en person, snarare än är en del av den personens konstitution och sätt att vara (Thomas et al., 2012).

Evidensparadigmets värderingar är enligt, Thomas et al. (2012) att psykiatrisk sjukdom bör hanteras genom symtomreducering. För att på bästa undersöka hur symtom reduceras bör forskning med en positivistisk epistemologisk utgångspunkt bedrivas. Eftersom dessa antaganden och värderingar inte har undersökts utan just bara antagits, menar Thomas et al. (2012) att evidensparadigmet, precis som alla andra paradigmet, inte bara motiveras och styrs av ett sanningssökande utan likaså av normer och värdering som styr vilken sanning som ska sökas och hur den söks.

I Westen, Novotny & Thompson-Brenner (2004) redogör författarna för ett antal antaganden som de menar inryms i antagandet om RCT-studien som Golden Standard samt tilliten till evidensbaserade behandlingar. De menar, precis som Thomas et al. (2012) att dessa antaganden varken undersöks eller redovisas. Thomas et al. (2012) menar att evidensparadigmet rymmer ett antagandet om att psykiatriska sjukdomar är väldigt formbara; att ett lidande som vuxit fram över en längre tid kan botas med ett relativt få antal terapisesioner. Detta antagande, menar Thomas et al. (2012), kan vara sant när det gäller vissa diagnoser såsom fobier, men att naturalistiska studier framförallt har visat på det motsatta; nämligen att psykiatriska sjukdomar visat sig vara motståndskraftiga mot behandling. De redovisar resultat av naturalistiska studier som påvisar att måendet visserligen brukar vara förbättrat efter 5-16 sessioner, men att förbättringen generellt sett endast håller i sig om patienten går i terapi en längre tid (Howard, Leuger, Maling, & Martinovich, 1993; Seligman, 1995). De

redovisar resultaten av en naturalistisk studie som gjordes på patienter med stora personlighets- relaterade svårigheter; 50% blev signifikant bättre efter först två år av psykoterapeutisk behandling (Kopta, et al., 1994). Westen et al. (2004) redovisar att psykiatriska tillstånd, i motsats till antagandet, tenderar att vara väldigt motståndskraftiga och att en "typisk" patient för de flesta diagnoser söker terapi 12-24 månader efter avslutad korttidsterapi (Westen et al., 2004).

Ett annat antagande som lyfts i Westen et al. (2004) är antagandet om att varje patient har en primär diagnos, eller att man åtminstone kan behandla en diagnos i taget. Antaganden utgår ifrån att komorbiditet är slumpartat och att diagnoserna är adderade på varandra snarare än sammanlänkade. Westen et al. (2004) menar däremot att diagnoser inte är separata entiteter utan att de interagerar med varandra. Vidare menar de att patienter ofta har ett lidande som sträcker sig bortom diagnosernas symtom, såsom låg självkänsla, eller svårigheter med emotionsreglering (Westen et al., 2004).

Ytterligare ett antagande som lyfts av Westen et al. (2004) är antagandet om att diagnoser är separata från patientens personlighet. Detta antaganden möjliggör för behandlingar i RCT-studier att ha ett snävt behandlingsfokus, snarare än att arbeta med samtliga deltagares olika personligheter. Mycket forskning pekar på att detta antagandet inte alltid är korrekt. Studier visar snarare att personlighet, så som förmåga till affektreglering samt affekttolerans är viktigare komponenter i förståelsen och behandlingen av psykiatriskt lidande, än DSM-IV diagnoser (Kreuger, 2002; Mineka, Watson & Clarke, 1998).

Westen et al. (2004) anser att evidensparadigmet även har ett antagande om att terapimetoder som, på grund av exempelvis deras längd, inte går att pröva i en RCT-studie inte är valida. Författarna menar dessa terapimetoder visserligen inte har validerats enligt evidensparadigmets logik, men att det inte säger något om deras validitet. Istället, menar de, skapas ett cirkelresonemang där terapimetoder som passar evidens- paradigmatets forskningsmetoder anses vara de enda valida.

Vidare menar Westen et al. (2014) att manualbaserade behandlingar vilar på antagandet att sjukdomens etiologi inte är av relevans. Det vill säga, en patient som är deprimerad på grund av att inte kunna leva ut sin homosexuella läggning, utifrån antagandet, bli hjälpt av samma behandlingsmanual för depression som en deprimerad frånskild hetero- sexuell tvåbarnsmamma som nyligen förlorat jobbet (Westen et al., 2014).



## **Anomalier**

### ***Det icke teknologiska***

Thomas et al. (2012) är av meningen att evidensparadigmet har börjat nå vägs ände. Detta, menar de, eftersom majoriteten av forskning visar på att antaganden om att psykiatrisk sjukdom beror på kognitiva och/eller biologiska brister inte kan ses som tillräcklig. Vidare menar de att det tekniska och positivistiska förhållningssättet till psykiatriskt lidande som finns inom evidensparadigmet inte längre har något att bidra med till psykoterapiforskningen. Med det "tekniska och positivistiska förhållningssättet" avser de idén om att man kan isolera aspekter av en människas vara, en terapeutisk intervention eller en felaktig kognition. Istället argumenterar de för att psykoterapi och psykiatrisk vård bör fokusera på det icke-specifika, såsom hopp, relationer och meningsskapande (Thomas et al., 2012).

Thomas et al. (2012) argumenterar för detta genom att hänvisa till behandlingsstudier som återkommande indikerar faktorerna hopp, meningsskapande och tilltro till terapeuten är viktigare än den specifika terapimetoden. Därtill menar de att studier visar på att det är terapeut- patient relationen snarare än terapimetod som är central för patientens tillfrisknande. Moncrieff et al. (1998) utförde en metaanalys på studier där antidepressiva läkemedel testats mot en kontrollgrupp som fick Atropine, vilken har samma biverkningar som antidepressiva läkemedel. Metaanalysens resultat indikerade att det huvudsakligen är biverkningarna, och på dem det medföljande hoppet om förbättring, snarare än de verksamma substanserna i antidepressiva läkemedel som ger effekt. I Thomas et al. (2012) redogörs för studier (Jacobson et al., 1996; Longmore and Worrell, 2007) som visar att effekten av KBT-behandling vid depression närmast blir opåverkad av att viktiga nyckelkomponenter för metoden utelämnas. Detta gäller för övrigt samtliga terapimetoder (Thomas et al, 2012).

Således, menar författarna, är de interventioner som är icke teori-, metod-, och psykofarmakaspecifika de mest verksamma, till exempel empati, allians, nya perspektiv. Författarna illustrerar detta genom att redovisa resultatet av en behandlingsstudie som fann att den största prediktorn för ett gott utfall av behandling var den terapeutiska relationen, oavsett om patienten fick KBT, IPT, kontrollgrupp med klinisk rådgivning eller medicinering (Shea et al., 1992). Detta resultat är inte ett unikum; Thomas et al (2012) redovisar resultatet av metaanalyser om har funnit att den terapeutiska alliansen bidrar till

förändring upp till sju gånger mer än en specifik terapimetod (Duncan et al., 2004; Wampold, 2001). Dessa studier bör, menar författarna, betraktas som hotande anomalier i det rådande evidensparadigmet, vars värderingar och metafysiska antaganden är direkt motsatta dem. Thomas et al. (2012) konstaterar att de icke-teknologiska aspekterna är de viktigaste aspekterna att ta hänsyn till i förståelsen och utvecklandet av psykiatrisk vård och psykoterapi. Vidare anser de att evidensparadigmets metafysiska antaganden och värderingar inte omfattar dessa aspekter. Författarna ställer därför den retoriska frågan om huruvida evidensparadigmet bör närma sig en kris (Thomas et al., 2012).

### ***Forskningsfusk***

Kristersson Ugglå (2019) redogör för Poppers falsifikationsprincip. En princip som utgår från att hypoteser och teorier ska formuleras på ett sätt så att de går att motbevisas (falsifieras). Kuhn (1962) framhåller dock att forskare inte är intresserade av att falsifiera utan snarare bekräfta sina teorier. Således, menar Kuhn (1962), är falsifikationsprincipen inte lämplig att utgå ifrån. Utifrån ett sådant resonemang kan man belysa infrastrukturerna som omgärdar, men även antaganden som ryms inom det rådande evidensparadigmet.

Forskningsfusk riskerar att ske i stort sett alla led av utförandet av en RCT-studie, i valet av deltagare, ändrandet av hypoteser och p-hacking (Friese & Frankenbach, 2019). Därtill rapporterar flera artiklar att publikationsbias leder till uppblåsta effektstorlekar i meta-analyser (Mathur, 2021; Wagner, 2021). Publikationsbias, det vill säga att tidskrifter föredrar att publicera positiva och nya resultat, har i värsta fall lett till att felaktig forskning fått stå oemotsagd. Detta var fallet när Darryl Bem (2011) fick en studie om parapsykologi publicerad. Forskare blev upprörda och misstänkte forskningsfusk. De gjorde försök att replikera studien, och fick inte samma positiva resultat som Bem. Deras artiklar publicerades dock aldrig, eftersom redaktörer på namnkunniga tidskrifter inte ansåg att replikationsstudier samt negativa resultat var av intresse (Aldhouse, 2011; Wiggins & Christopherson, 2019).

Vidare rapporterar forskare ofta endast resultat som bekräftar den riktade hypotesen, vilket kan skapa en felaktig bild av alltför säkra forskningsresultat, ett fenomen som fått namnet The File Drawer Problem (Rosenthal, 1979; Francis, 2012). Dessutom är det framförallt forskning på de redan etablerade och evidensbaserade metoderna som finansieras (Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004).

## ***Replikationskrisen***

En grundstomme i den postpositivistiska vetenskapsteorin är att experiment ska kunna replikeras med samma eller liknande resultat. Det saknas dock incitament i form av status och pengar för att replikera studier, vilket gör att de flesta behandlingsstudier inte granskas genom replikering (Bakker et al., 2013). I *Estimating the reproducibility of psychological science* (OSC, 2015) försökte författarna replikera hundra experimentella- och korrelationsstudier. Deras resultat kom att orsaka den kris som efterhand kommit att kallas replikationskrisen. Av de ursprungliga hundra studierna hade 97 statistiskt signifikanta resultat. Vid replikering var endast 36 av resultaten signifikanta. Den genomsnittliga effektstorleken ( $M=0,403$ ) för de ursprungliga studierna var mer än dubbelt så stor som för de replikerade resultaten ( $M=0,197$ ). När forskarna slog ihop sina resultat med de ursprungliga förblev endast 68 av tidigare 97 resultat statistiskt signifikanta.

## ***DSM-5***

Många av diagnoserna i DSM-5 är sociala konstruktioner som ämnar att kategorisera symtomkluster på ett reliabelt och valitt sätt (Hyman, 2010). Deras syfte är att vägleda i val av behandling, möjliggöra systematiserandet av kunskap samt vara ett kommunikationsverktyg för professioner som arbetar med psykiatriskt lidande personer. Inom evidensparadigmet bedrivs närmast alla behandlingsstudier på DSM-5 diagnoser (Westen et al., 2004). Diagnoserna är dock i sig själva dåligt beforskade och det finns ingen stöd för att GAD och depression skulle vara två olika sjukdomar; varken biomarkörer eller tydligt avgränsade symtom ligger till grund för uppdelningen (Hyman 2010; Westen et al., 2004). Snarare menar Westen et al. (2004) innefattar båda diagnoser ett överskott av och svårighet med negativa affekter.

Van Heule (2019) varnar för att DSM-diagnossystemet, bland annat genom det ökade antalet diagnoser, patologiserar och stigmatiserar känslor och beteenden som tillhör det mänskliga varat. Dessutom, menar Hymn (2010) utgår DSM-5 från en biopsykosocial grund, trots att man inte kunnat påvisa biologiska markörer för merparten av diagnoserna . Därtill är diagnoserna kategoriska, vilket innebär att en person teoretiskt sett kan ha ett fruktansvärt lidande men, genom att uppfylla för få diagnoskriterier, inte få en diagnos och därmed i värsta fall stå utan hjälp (McWilliams, 2014).

Därtill har naturalistiska studier visat att 30-50% av alla patienter som söker psykologisk hjälp inte kan ges en DSM-IV diagnos, antingen eftersom deras svårigheter inte

uppfyller kriterierna för en diagnos eller för att deras lidande inte går att kategorisera enligt en DSM-IV diagnos (Howard et al., 1993; Messer, 2001).

Cosgrove et al. (2014) undersökte relationer mellan medlemmar i de paneler som stipulerar nya DSM-diagnoser och försäkringsbolag i USA, och konkluderade att det finns en överhängande risk med att läkemedelsindustrin påverkar och har påverkat utformandet av DSM-diagnoserna (Cosgrove et al., 2014).

### **Evidensparadigmet som diskursiv och disciplinär makt**

Thomas Kuhns teorier om vetenskapliga paradig likställs ofta med Foucaults teorier om Episteme. Även om begrepp överlappar varandra i viss mån, menar Pirozelli (2021), bör de inte ses som synonyma. Den största skillnaden är att Kuhns paradigmbegrepp endast rör vetenskapen och hur den, i en viss tid, utgår från en rad förgivettagna antaganden, medan Foucaults *epistime* rör samhället i stort. Begreppet Episteme syftar till vårt sätt att förstå och värdera hela världen, kunskapen och oss själva i en viss given tid. Det är den fond från vilken världen skapas. På detta vis är, enligt Foucault, så kallade vetenskapliga paradig sammanlänkade med samhället i övrigt. (Pirozelli, 2021). Detta innebär att vetenskapen är sammanflätad med övriga ideologer och att den vidmakthåller ideologiernas position. Kunskap är således makt, enligt Foucault (Pirozelli, 2021).

Foucault föreställde sig att vår tid, till skillnad från den förmoderna tiden, innefattar en annan sorts maktutövning. Innan den liberala demokratin framväxt var makten hierarkisk, med en monark, som härskade över sina undersåtar. Offentliga avrättningar av lagbrytare var ett effektivt sätt att sprida skräck och därigenom stärka folkets benägenhet att lyda lagen. Genom växande befolkningar och avskaffandet av monarkin behövde maktutövandet transformeras till en disciplinär och en diskursiv makt (Kristersson Ugglå, 2019).

Den disciplinära makten syftar till att skapa "fogliga kroppar" som lyder och anpassar sig. Detta görs genom tidrapportering, övervakning, tidsscheman och så vidare. Den diskursiva makten syftar till att, genom språket, forma individers föreställningar. Det vill säga, hur vi pratar om saker påverkar hur vi tänker om dem. Dessa föreställningar internaliseras inom individen och påverkar hennes sätt att se på sig själv och världen. Således är kunskapsproduktion en del av den disciplinära makten, som reproducerar och förstärker makten. Både den diskursiva och den disciplinära makten syftar till att forma individen så att hon själv deltar i maktutövning över sig själv och andra. Enligt Foucault

avser samtliga maktpraktiker att få individer att frivilligt och genom självkontroll sträva efter att tjäna samhällets mål; kostnadseffektiv produktion (Greer & Rennie, 2006).

Greer & Rennie (2006) lyfter fram evidens som pekar på att KBT är lika effektivt, eller vid vissa symtom endast något effektivare, än andra effektiva terapier. Vidare hänvisar de till studier som visar att i bästa fall endast 15% av variansen vid behandlingsstudier kan förklaras av metods specifika faktorer. Därför ställer de sig frågan om varför man inom sjukvårdorganisationer och i försäkringsbolag betraktar KBT som den metod som *är* evidensbaserad (Greer & Rennie, 2006). I Sverige är inte försäkringsbolagens inblandning lika aktuella, men andra institutioner vittnar om inställningen att KBT är den enda evidensbaserade metoden, exempelvis genom att vissa lärosäten bara lär ut KBT, eller att vissa regioner endast erbjuder KBT på remiss.

Greer och Rennie (2006) hänvisar till Foucaults teorier om hur makt, kunskap och organisationer är sammanflätade. De illustrerar hur KBT använder samma språk och terminologi (ex. överskott, underskott, experiment, monitorering,) som rådande diskurser använder sig av; nämligen de ekonomiska och positivistiska. Genom detta, menar de, producerar KBT en kunskap om människan som passar in i samhällets episteme och övriga diskurser. Vidare menar de att andra utövare av andra terapiformer blir marginaliserade och bestraffade av den disciplinära makten; de lärs inte ut med samma självklarhet som KBT och forskningsanslag för dessa terapier är oftast mindre (Greer & Rennie, 2006).

Murray, Holmes & Rail (2008) uttrycker också att evidensparadigmet bör förstås utifrån Foucaults idéer om makt som sammanlänkad med kunskap och organisation. De anser därmed att det inte går att separera evidensparadigmet från övriga ideologier i samhället. Istället bör det förstås som en del i reproduktionen av samhällets strävan efter ökad kontroll, produktivitet och kostnadseffektivitet. Vidare uttrycker de att evidensparadigmet saknar den evidens det själv värnar om; det finns ingen evidens för att psykiatrin har förbättrats sedan evidensbaserade behandlingar implementerats (Murray et al., 2008). De argumenterar även för att evidensparadigmet, som placerar empirisk evidens högst i hierarkin, undergräver den enskildes autonomi, och därför är en del av den disciplinära och diskursiva makten som Foucault teoretiserat om (Murray et al., 2008). I Greer & Rennie (2006) anser författarna att evidensparadigmet kan betraktas som ett slags Benthams Panoptikum, där verksamma psykologer styr sig själva utifrån samhällets

värderingar av kontroll, kostnads- och tidseffektivitet, under föreställningen att de värnar om patienten.

### **Syfte**

Denna studie syftar till att, utifrån en kritisk teoretisk epistemologi, undersöka hur ett urval av psykodynamiskt orienterade psykologer respektive psykoterapiforskare värderar evidensparadigmets status. Genom att intervjua tre psykoterapiforskare och tre psykodynamiskt orienterade psykologer ämnar studien att klargöra och jämföra hur deltagarna ur de respektive yrkeskategorierna förhåller sig till evidensparadigmet och de evidensbaserade behandlingarnas grundbult; RCT-studien.

### **Metod**

Kvalitativ forskning lämpar sig väl vid studiet av mänskliga erfarenheter, förhållningssätt och subjektiva positioner så som de erfars och träder fram för individen. Den kvalitativa metod som valts i föreliggande studie är tematisk analys. Den tematiska analysen är fördelaktig vid organiserandet och analyserandet av stora mängder data. Vidare är den även lämplig vid ett induktivt arbetsförfarande, vilket har varit arbetsmetoden vid föreliggande studie. Slutligen är den tematiska analysen lämplig för nybörjare inom kvalitativ metod (Braun & Clarke, 2006).

Den datainsamlingsmetod som valdes var semistrukturerade intervjuer. Denna intervjuteknik lämpar sig vid undersökandet av subjektiva erfarenheter och skapandet av djuplodande, utvecklade resonemang. Vidare tillåter semistrukturerade intervjuer deltagare att någorlunda fritt tolka och svara på frågor, vilket skapar en bredd i perspektiv (Willig, 2001).

Till författarens kännedom finns inga kvalitativa studier som, med utgångspunkt i samma frågor, undersöker hur psykoterapiforskare respektive psykologer förhåller sig till evidensparadigmet. Med anledning av detta fanns det goda skäl till att välja en öppen och explorativ ansats i undersökandet av förhållningssätten. Vidare är ämnet för studien att undersöka och skapa förståelse för förhållningssätt, resonemang samt attityder, varför den kvalitativa metoden med semistrukturerade intervjuer anses motiverad.

### **Epistemologi och Ontologi**

Föreliggande studie placerar sig intill en konstruktivistisk-interpretivistisk ontologisk utgångspunkt men har även tagit intryck från den kritiska teorins ontologi (Ponterotto,

2005). Den konstruktivistisk-interpretivistiska ontologin antar att världen konstrueras genom språk och erfarenheter och således uppfattas subjektivt. Detta antagande innebär att det inte finns en verklighet utan mängder av verkligheter. Den kritiska teorins ontologi överensstämmer i stort med den konstruktivistisk-interpretivistiska ontologin med tillägget att det konstruerandet av världen som varje subjekt gör, medieras av rådande diskurser och makthierarkier. (Ponterotto, 2005; Morrow, 2005).

Studien tagit sin utgångspunkt i den kritiska teorins epistemologi. Denna epistemologi gör antagandet att forskaren oavsett val av metod inte kan skapa objektiv kunskap om världen. Epistemologin gör därför gällande att forskaren inte bör försöka förhålla sig objektiv till sin forskning. Istället bör forskaren vara transparent och redovisa sina ståndpunkter. Detta antagande innebär att forskaren alltid driver en agenda. Den kritiska teorins epistemologi anser även att agendan bör vara att sträva efter att företräda minoritetens perspektiv, och utmana status quo. Eftersom forskaren inte kan förhålla sig objektivt utan antas påverka deltagare, som i sin tur påverkar forskaren, innebär antagandet vidare att kunskap skapas snarare än hittas.

Syftet för studien har således inte varit att skapa objektiv kunskap om hur samtliga psykologer och psykoterapiforskare betraktar evidensparadigmet. Istället har forskaren, utifrån sin position, försökt närma sig upplevelsen hos deltagare som befinner sig i andra positioner och kontexter.

### **Deltagare**

Studiens deltagare bestod av sex personer, tre psykologer och tre psykoterapiforskare. Av psykologerna var två män och en kvinna. Av psykoterapiforskarna var två män och en kvinna. Åldersspannet såg ut enligt följande; tre deltagare befann sig i åldersspannet 27-37, samtliga psykologer. Tre deltagare 40-65, samtliga psykoterapiforskare. Psykologerna var anställda inom regional psykiatri och var verksamma i olika regioner. Samtliga psykoterapiforskare har varit eller är verksamma kliniskt. Två av dessa har arbetat/arbetar psykodynamiskt och en har arbetat/arbetar med KBT.

Deltagarna rekryterades på två sätt; psykoterapiforskarna rekryterades via mail med inbjudan (se Bilaga B) riktad till samtliga psykoterapiforskare knutna till ett universitet. Fem psykoterapiforskare anmälde sitt intresse varav tre valdes ut baserat på kön, psykoterapeutisk inriktning samt år av erfarenhet inom psykoterapiforskning. De deltagare som valdes ut gav god spridning avseende ovan nämnda faktorer.

Inledningsvis var inklusionskriterierna för psykologer att de skulle vara utbildade psykoterapeuter med psykodynamisk inriktning. Genom telefonsamtal till psykiatriska mottagningar i Lund och Trelleborg gjordes försök att rekrytera deltagare, dock utan framgång. Ett försök gjordes att rekrytera på sociala medier, genom en post i en stor Facebookgrupp för Sveriges alla psykologer. En deltagare anmälde sitt intresse att delta i studien. Denna deltagare var dock inte utbildad psykoterapeut och exkluderades. Det framkom under rekryteringsgången att de flesta psykodynamiska psykoterapeuter i Facebookgruppen inte längre arbetar inom regional verksamhet, utan privat. Eftersom rekryteringen på sociala medier inte var framgångsrik fortsatte den på ett internetforum för Psykodynamiskt orienterade psykologer. Även där arbetade samtliga psykoterapeuter som anmälde sitt intresse inom privat verksamhet. Inklusionskriterierna ändrades därför till psykologer som bedriver psykodynamisk terapi. Deltagaren som anmält sitt intresse i Facebookgruppen för psykologer uppgav fortsatt intresse att delta i studien. Ytterligare två deltagare behövdes för att skapa en jämvikt mellan psykoterapiforskare och psykologer. På grund av tidsbegränsning nödgades författaren att rekrytera de två sista deltagarna rekryterades privat, via gemensamma vänner. Författaren kände sedan tidigare till att dessa två deltagare var intresserade av vetenskapsteori och kritiska till evidensparadigmets positivistiska vetenskapssyn. De eventuella för- respektive nackdelarna med denna rekrytering kommer att behandlas under rubriken *Studiens tillförlitlighet*.

Valet av psykodynamiska psykologer, snarare än psykologer som arbetar utifrån en annan inriktning, kan motiveras av två skäl; framförallt författarens eget intresse för den psykodynamiska terapin, och även på grund av en föräning om att evidensparadigmet begränsar psykodynamiskt orienterade psykologers möjlighet till yrkesutövning inom regional verksamhet.

### **Material**

Det material som användes var en intervjuguide, Zoom (applikation för videosamtal som tillåter inspelning) samt Express Scribe Transcription, ett program i vilket det går att lyssna på ljudfilen, pausa och spola tillbaka med kortkommandon. Vidare kan hastigheten för ljuduppspelning regleras i programmet.

### **Procedur**

Studien har kommit att ändra riktning allteftersom. Initialt var syftet endast att undersöka psykoterapiforskarens förhållande till evidensparadigmet och gapet mellan



psykoterapiforskning och klinisk verklighet. Efter tre genomförda intervjuer uppstod en önskan att inkludera deltagare som arbetar som psykologer. Ambitionen var att få in fler perspektiv i studien. Författaren övervägde att intervjua psykoterapiforskare som förhöll sig kritiskt till evidensparadigmet alternativt ägnade sig åt kvalitativ forskning. Då studiens syfte bland annat var att undersöka gapet mellan klinisk verklighet och psykoterapiforskning perspektiv uppkom idén att intervjua psykologer, för att perspektiv från andra sidan gapet. För att skapa bild av ytterligheterna inom evidensparadigmet och gapet beslutades att intervjua psykodynamiska psykologer, eftersom dessa inom diskursen ofta beskrivs som marginaliserade inom evidensparadigmet.

Intervjuerna hölls via Zoom. Detta beslut togs av praktiska skäl; dels den rådande covid-pandemin, dels deltagarnas olika geografiska positioner. Intervjun inleddes med en kort presentation av författarens tänkta syfte med studien, som dock betonades vara preliminärt utifrån författarens induktiva ansats. Vidare betonades frivilligheten för deltagande och anonymitet garanterades. Intervjuerna tog runt 80 minuter, den kortaste intervjun sträckte sig över 77 minuter och den längsta 108 minuter.

Inför intervjun formulerades en intervjuguide (se bilaga A). Denna intervjuguide var, i enlighet med det ursprungliga syftet, tänkt att endast användas endast i intervjuer med psykoterapiforskare. När syftet förändrades valde författaren, för studiens tillförlitlighets skull, att använda samma intervjuguide även i intervjuer med psykologer. Intervjuguiden utgick från teman som författaren ville skulle beröras under intervjuerna. Dessa teman genererade därefter frågor som författaren kunde ta stöd i under intervjuens gång (Willig, 2001). Frågorna formulerades utifrån författarens förkunskap, vilken har skapats utifrån ett informerat och intresserat perspektiv. Frågorna utgår framförallt från tankar och resonemang som väckts hos författaren under läsning av litteratur som berör ämnet. Även erfarenheter från att arbetat inom psykiatri har väckt funderingar hos författaren. Dessa funderingar ligger också till grund för en del av frågorna. De ämnen som frågorna utgick ifrån var följande; *Diagnoser, Manualer, Psykologprofessionens autonomi, Socialstyrelsens riktlinjer*. Intervjuguiden formulerades så att den skulle vara strukturerad nog för intervjuaren att lyckas beröra samtliga teman, men flexibel och öppen nog för samtliga deltagare att tolka och svara på frågorna utifrån sina individuella positioner. Författaren ställde således öppna frågor, men kunde även ställa följdfrågor som fördjupade deltagarnas perspektiv.

Efter att intervjuerna hade genomförts transkriberades de i Express Scribe Transcription. Den transkriberade datan lästes igenom tre gånger i sin helhet. Under genomläsning fördes anteckningar över återkommande uttryck för åsikter och uppfattningar. Därefter kodades datan i enlighet med Braun & Clarkes (2006) instruktioner för tematisk analys. Vid kodning togs det semantiska såväl som det latent materialet i hänsyn. Således skapades teman utifrån deltagarnas utsagor såväl som för underliggande antaganden och kontexter. Inledningsvis skapades många preliminära teman, precis som förespråkats i Braun & Clarke (2006). Detta för att få en tydlig överblick av materialet samt att säkerställa att ingen viktig data gick förlorad i för få eller för smala teman (Braun & Clarke, 2006).

Utifrån de preliminära temata som skapats lästes datan noggrant igenom igen. För att skapa mättade teman kodades data på nytt, för att se vilka av de preliminära temata som kunde behållas, vilka som behövde kompletteras samt vilka teman som saknade tillräckligt underlag. Därefter skapades de slutgiltiga teman (Braun & Clarke, 2006). De slutgiltiga teman bedömdes ha ett tydligt underlag i datan, bestå av en koherent uppsättning data samt vara tydligt separata från övriga teman. All data kodades samtidigt och ingen åtskillnad gjordes mellan de två professionerna i kodningen.

## Resultat

Den transkriberade datan kodades och teman skapades enligt tematisk analys. Arbetsförfarandet har beskrivits under metoddelen. För att förankra resultaten i den transkriberade datan återges citat. Citaten har valts ut eftersom de tydliggör och illustrerar teman och underteman. I redovisandet görs en uppdelning mellan professionerna där psykoterapiforskare betecknas PF och psykologerna P. Författare för föreliggande betecknas I (intervjuare).

### Tabell 1

*Resultatets teman och underteman i tabellform*

Teman	Underteman
Säkerställandet av kvalitet	
Deltagare	
Epistemologisk position	
DSM-5	

RCT-studiens kontra psykoterapins villkor

Diagnostikens funktion

Omdöme kontra randomisering

Generell kontra lokal kunskap

Evidensparadigmet

Evidensparadigmets för- och nackdelar

Vidmakthållandet av evidensparadigmet

New Public Management

Minska gapet

---

### **Säkerställandet av kvalitet**

Eftersom psykoterapeutisk behandling sker bakom stängda dörrar finns det få, om några, möjligheter för en utomstående att bedöma huruvida en enskild behandlare ger vård av god kvalitet. Definitionen av god kvalitet har varierat, fyra deltagare har lyft förmågor och kunskap hos den enskilda psykologen som centrala, såsom förmågan att härbärgera ångest och att vara empatisk. Två deltagare (PF) har snarare lyft fram evidensbaserade behandlingar och principer som viktiga. Beroende på hur deltagarna definierar god kvalitet har de olika uppfattning om hur man bäst säkerställer den.

Två deltagare (PF) lyfter fram RCT-studier och behandlingsmanualer som en god grund för den enskilda behandlaren att utgå ifrån, och att kraven på att arbeta evidensbaserat bör garantera att vården håller någorlunda god kvalitet.

*PF: Sen tycker jag att man har mer att önska av de som bedriver de här terapierna, om de verkligen jobbar utifrån ett evidensbaserat sätt.*

Tre deltagare (3P) ställer sig däremot kritiska till idén om att evidensbaserad behandling säkerställer god kvalitet på psykoterapeutisk behandling. De är dock tacksamma för diskussionerna som väckts i kölvattnet av paradigmskiftet, just för att dessa, enligt deltagarna, är nödvändiga för att upprätthålla god kvalitet inom behandlingsarbetet:

*P: Det som är bra med att prata om evidens och RCT, det är att det överhuvudtaget väcker en diskussion kring, "hur arbetar andra psykologer och varför gör de det?" att man på något sätt delar i dialog med varandra "hur behandlar vi människor, hur gör vi?" Att man har den kontinuerliga diskussionen. Jag tror att det blir väldigt farligt om man slutar föra den dialogen med varandra kollegialt.*

Dessa deltagare lyfter att det bästa sättet att som psykolog säkerställa att ens behandlingar håller god kvalitet är att kontinuerligt arbeta med sig själv, genom egenerapi och handledning.

*P: Att filma allting och utvärdera det systematiskt och ta handledning på de sämsta exemplen. (...) Så och sen gå i egenerapi också har varit skitbra, för på något sätt, det kan jag ha kontroll över (...) jag kan bli bättre varje vecka. Alltså så, det är liksom, alltså bara också rent pragmatiskt.*

### **Deltagare**

Samtliga deltagare adresserar och problematiserar diskrepansen mellan studiedeltagare i RCT-studier och patienter som söker vård på psykiatrin avseende komorbiditet, socioekonomiskt kapital, livssituation samt personlighetsstruktur. Hos tre deltagare (3P) framkommer att anledningen till att dessa patienter inte representeras är att ovannämnda faktorer står i vägen för deras deltagande. Dessa uttrycker att patienternas oförmåga att delta i studier visar på orimligheten i att implementera evidensbaserade manualbaserade behandlingar; den grupp som tar del av behandlingen har generellt sett inte haft tillräckliga resurser för att delta i studier som utvärderat behandlingarna.

*P: Prevalensen för personlighetsstörningar inom psykiatrin är 50-70 procent [sic!] (...) dels liksom det socioekonomiska men också personlighetsstrukturmässiga alltså att de då svårare patienterna kanske inte nödvändigtvis hittar till studierna utan de hoppar av att det liksom ingår i problematiken att man har svårt att upprätthålla formella liksom relationer och liksom kontakter med myndigheter och så vidare.*

Två deltagare (P) anser att detta gör att RCT-studiers resultat är svåra att tillämpa i deras kliniska vardag. En behandlingsmanual som är utformad för en viss problematik låter sig inte direkt översättas till patienterna inom psykiatrin.

*En grupp som behöver ha en ganska lång förberedande fas innan de går in i behandling, det är som att man måste socialisera dem till att gå i terapi och socialisera dem till att komma till mottagningen och prata om sig själv liksom "jaha vad ska jag prata om? hur kan det här hjälpa mig?" (...) jag tänker att de manualiserade behandlingarna ställer ganska höga krav på patienten (...) som jag tycker lilar ganska dåligt med ekologisk validitet.*

En deltagare (P), som jobbar inom Vuxenpsykiatri, har uppfattningen att RCT-studier i stort sett är meningslösa i försöken att förstå och hjälpa en patient eftersom de patienter hen möter inte representeras i någon RCT-studie.

*P: Alltså, sjukskriven sen gud vet när, ekonomiskt kaos, tio liksom tablettintoxer, alltså total misär. Inte en högutbildad käft på bygget. Så det är en realitet liksom, min upplevelse är att många studier inte riktigt fångar det.*

Tre andra deltagare (PF) är av uppfattningen att diskrepansen är problematisk men uppger samtidigt att den är svår att komma runt forskningsmässigt, rent praktiskt. De berör inte vilka eventuella implikationer den kan ha avseende implementering av behandlingar.

### **Epistemologisk position**

Samtliga deltagare uttrycker att de förespråkar en epistemologisk pluralism inom psykologin och tre (P) anser att olika sorters kunskap borde värderas lika högt. De menar att de psykoterapeutiska processerna är alltför komplexa för att låta sig fångas utifrån endast en epistemologisk hållning.

En deltagare (P) säger explicit att hen har en fenomenologisk utgångspunkt i sitt sätt att närma sig och förstå sina klienter. Denna deltagare anser att det är omöjligt att helt förstå en annan människas subjektivitet men att språket är det bästa sättet att närma sig den. Språket, menar deltagaren, är symboler vi använder oss av för att försöka dela med oss av våra subjektiva erfarenheter. Språket är alltså aldrig en exakt beskrivning av ett inre fenomen utan endast en representation av det vi upplever. Deltagaren uppger vidare att en fenomenologisk hållning innebär att varje subjekt är ett eget universum som måste förstås på nytt. Kvantitativ forskning, som undersöker fenomen på gruppnivå, kommer således för långt ifrån det subjektiva, enskilda. Deltagaren förhåller sig således kritisk till evidensparadigmet eftersom det bygger på en positivistisk epistemologi. Citatet nedan återspeglar deltagarens sätt att resonera kring den positivistiska epistemologins försök att förstå människan:

*P: Jag tänker att psykoterapi har att göra med subjektiv sanning, och så försöker man ta vetenskapen som behandlar objektiv sanning och så försöker man få ihop de här. Som att försöka klämma in en fyrkantig kloss i ett såndär runt hål liksom.*

Tre andra deltagare (2P, 1PF) uttrycker inte explicit en viss epistemologisk position utan förhåller sig till kunskap på ett pluralistiskt sätt under intervjun. Detta gör de genom att hänvisa till olika kunskapskällor, så som fallstudier och klinisk erfarenhet, både när de underbygger sina resonemang och när de återger hur de resonerar i sitt kliniska arbete. Två av dessa deltagare betonar att trots mängder av kvantitativ psykoterapiforskning har stora delar av den psykoterapeutiska processen ännu inte kunnat förklaras. De efterfrågar, i likhet med den första deltagaren, en större ödmjukhet inom forskningsfältet;

*P: Jag tänker absolut att det verkligen borde präglas av en mycket större pluralism när man tar in kunskap, många fler kunskapskällor och också att erkänna alltså komplexiteten i hur psykoterapi bedrivs i verkligheten.*

Två andra (2 PF) deltagare uppger att de anser det viktigt med pluralism vad gäller epistemologiska hållningar i forskningen men under intervjuerna förankrar de ofta sina resonemang i positivistiska vetenskapsteoretiska termer. När de blir explicit tillfrågade, och därmed påmind om, andra perspektiv bejakar de betydelsen av andra epistemologier.

*I: Och kvalitativa studier?*

*PF: Ja, du menar utifrån att bestämma vilka terapiformer som är bra? Där får jag nog passa litegranna för där känner jag mig lite mer, det är svårare (...) ja men dit kanske vi kommer faktiskt när jag tänker ett varv till.*

## **DSM-5.**

Samtliga deltagare berör DSM-5 utifrån olika perspektiv. Ingen deltagare anser att DSM-5 är optimal men vissa lyfter fram värdet av DSM-5. Tre deltagare (PF) anser att DSM-5 har ett funktionellt syfte utifrån ett forsknings- och kunskapsgenererande perspektiv eftersom den är användarvänlig. Det sistnämnda ser dessa deltagarna som en positiv konsekvens av den deskriptiva och kategoriska indelningen av symptom som görs i DSM-5 och ICD-10.

*PF: Som det var innan när jag började så var det ju rena vilda västern(...) Man gjorde ju diagnoser eller hittepå-diagnoser och såg det från sitt perspektiv. Då kunde man göra studier på en grupp och så var det inte alls samma patienter, man hävdade att det är denna diagnosen så fick man ett resultat men så fick man ett annat resultat från ett annat land som hade helt andra patienter.*

Vidare framhåller de tre deltagarna (PF), tillsammans med ytterligare två deltagare (P), att diagnoserna i DSM-5/ICD-10 skapar ett gemensamt språk som underlättar kommunikationen, dels kollegor emellan, men även i undervisningssyfte. Tre andra deltagare (P) är dock noga med att betona att de anser att DSM-5/ICD-10 diagnoser bör användas med försiktighet i kommunikationen eftersom interbedömar-reliabiliteten är förhållandevis låg. Citat nedan speglar deras syn på diagnoser som kommunikationsmedel:

*P: Som en slags grovsortering som kommunikationsverktyg så tycker jag absolut att det har ett värde.*

Samtliga deltagare uppger att de inte diagnostiserar enligt DSM-5/ICD-10 i den kliniska verkligheten. Fyra deltagare (3P, 1PF) talar om att diagnostisering enligt DSM-5/ICD riskerar att stigmatisera patienter snarare än hjälpa dem. Vidare anser de att diagnoser riskerar att reducera patientens lidande och subjektivitet och i värsta fall försvåra för behandlaren att möta patienten på ett öppet sätt.

*P: Jag tycker snarare att det finns en väldigt stor risk om du jobbar utifrån diagnostik att du tänker väldigt reduktivt kring patienten istället för att vara närvarande i er relation och kontakt. Så jag tror att det är riskfyllt och det tycker jag är viktigt att lyfta.*

Två deltagare (P) anser att de eventuella fördelarna med diagnoser i DSM-5/ICD inte överväger nackdelarna. Dessa deltagare anser därför att diagnossystemen borde avskaffas. De deltagare som intervjuats i egenskap av psykologer uppger att de använder sig av DSM-5 i de administrativa aspekterna av sitt arbete, för att de måste.

*P: När du jobbar inom psykiatrin så måste du diagnostisera, det är så mottagningen får pengar och av den anledningen diagnostiserar jag, men inte av någon annan anledning.*

### **RCT-studiens kontra psykoterapins villkor**

#### ***Diagnostikens funktion***

Samtliga deltagare gör en åtskillnad när de talar om diagnoser i en kontext av psykoterapi- forskning respektive psykoterapi. När deltagarna talar om forskning talar de underförstått om diagnoser utifrån DSM-5/ICD. När deltagarna däremot talar om diagnostik i kontexten av psykoterapi åsyftar de snarare ordets egentliga betydelse, nämligen

bedömning. Detta har speglat en skillnad i hur diagnostikens funktion skiftar beroende på i vilken kontext den används.

Samtliga deltagare talar om diagnosens funktion i forskning. Diagnosens primära funktion i detta sammanhang, menar de, är att kategorisera studiedeltagares symtom på ett standardiserat sätt. Tre deltagare (PF) som berört diagnosen i forskningssammanhang vidhåller att diagnoser måste vara standardiserade för att man ska kunna säkerställa att samtliga deltagare i en RCT-studie har samma eller liknande symtomkluster. Detta eftersom behandlingen testas för just det symtomklustret.

*PF: För ordningens skull och för att förstå vad det är vi pratar om och kunskapsinhämtandets skull, kan vi behöva de här lite styltiga kategorierna.*

I den kliniska verkligheten däremot, menar samtliga deltagare att diagnosen endast är en arbetshypotes att utgå ifrån för att förstå den unika patientens lidande. Fem deltagare (3P, 2PF) uppger att DSM-5 diagnoserna, eftersom dem är deskriptiva, generella och kategoriska inte fyller en funktion som arbetshypoteser eftersom de saknar förklaringsvärde, såsom etiologi. Därför använder de sig inte av DSM-5 i sin kliniska praktik. Istället formulerar dessa deltagare diagnoser utifrån en bredare och mer pluralistisk kunskapsbas, där bland annat patientens anknytning, individuella personlighetsstruktur samt förmåga till emotionsreglering tas i beaktning. Därefter formuleras en behandlingsplan i samråd med patienten. Eftersom diagnosens primära funktion i ett kliniskt sammanhang är att förstå patienten kan diagnosen därför komma att revideras under behandlingens gång, varpå fokus i behandlingen också justeras. I den kliniska vardagen kommer alltså diagnosen först, och därefter behandlingsplanen, till skillnad från i en RCT-studie. En deltagare (P) sammanfattar tre av deltagarnas (P) arbetsförfarande i citatet nedan:

*P: Då kan man ha sjukt många falsifikationer per session, alltså du kan egentligen, varje gång du säger någonting så säger du det utifrån en hypotes och så kan den antingen falsifieras eller bekräftas beroende på hur patienten reagerar på det, (...) medans jag upplever att i mycket evidensbaserad behandling så at best så har man väl en falsifikation i veckan ungefär.*

Tre deltagare (P) uppger att skillnaderna mellan diagnosens funktion i den kliniska verkligheten och i forskning försvårar möjligheten att tillgodogöra sig RCT-studien.



*P: Man ska också akta sig för att stirra sig för blind (...) på behandlingsprinciperna som finns i en manual och som hör till en diagnos därför att det finns mycket mer att ta hänsyn till hos patienten än symptomklustret då som den råkar kunna berätta om.*

### **Omdöme kontra randomisering**

Samtliga deltagare adresserar att randomiseringen som görs i en RCT-studie skiljer sig från den kliniska verkligheten. Tre deltagare (PF) framhåller vikten av randomisering i RCT-studier, för att värna den interna validiteten inom en RCT-studie. En deltagare (PF) uppger att randomiseringen ibland är till de slutgiltiga resultatens nackdel eftersom vissa deltagare randomiseras till en behandling som absolut inte passar dem.

*PF: Det har vi ju sett, man har ju patienter som man tänker den här skulle passa perfekt för KBT för den vill inte resonera eller tänka kring sig själv och så blir han lottad till en PDT till exempel så får man sämre effekt.*

I den kliniska verkligheten däremot, menar samtliga deltagare, är randomisering inte aktuellt. Fyra deltagare (3P, 1PF) berättar att de använder sitt omdöme för att bedöma vilken terapiform och behandlare som skulle passa en enskild patient. De uppger att de i allra högsta grad även väger in aspekter som personkemi för att möta patientens behov. Vidare uppger de att de utformar behandlingen tillsammans med patienten på det sätt som de bedömer skulle gagna patienten bäst.

*PF: I den kliniska verkligheten gör du en sällning på ett intuitivt sätt eller en sorts intuitiv kunskap som finns i den gruppen som gör som fördelar remisser eller liknande.*

Tre deltagare (P) berättar att randomisering ytterligare skiljer sig från den kliniska praktiken eftersom de ofta träffar patienter som fått en viss behandling ett antal gånger.

*P: Hela grejen med en RCT att bli randomiserad (...) i praktiken där utformar vi ju en terapi för den patienten liksom (...) jag haft många patienter på nybesök som har typ vet inte, gått i KBT i typ tre år och de tyckte inte det var så användbart.*

### **Generell kontra lokal kunskap**

Det uppkommer en skillnad i hur deltagarna talar om och beskriver olika sorters kunskap. Fyra deltagare (P3, PF1) gör en explicit åtskillnad mellan lokal och generell kunskap. Dessa betonar att RCT-studier ger en generell kunskap som gäller på gruppnivå och att kunskapen kan ge vissa riktlinjer i hur man som psykolog ska förhålla sig på lokal nivå.

*P: Den där RCT-studien säger, låt säga att den pekar på vissa mekanismer som verkar vara verksamma eller som har en viss effekt så tänker jag "det där är bra att känna till" men sen är det som att sen måste jag ändå anpassa allt jag gör till varje patient.*

Citatet ovan visar på två deltagares (P1, PF1) relation till RCT-studier och den generella kunskap de förmedlar. Vidare visar citatet på hur dessa deltagare arbetar utifrån både lokal och generell kunskap. Den lokala kunskapen beskriver de som den kunskap de skapar tillsammans med patienten. Dessa två deltagare uppger att den lokala kunskapen alltid väger tyngre och att den generella kunskapen endast fungerar som ett riktmärke som dessutom inte sällan visar på fel riktning. Två andra deltagare (P2) upplever att RCT-studien knappt bidrar med någon kunskap i deras kliniska praktik, på grund av den låga ekologiska validiteten. En av dessa uppger att RCT-studiens resultat också är lokal kunskap i någon mån;

*P: Idag [ser jag på] en RCT som att den kan säga mig någonting om de specifika deltagarna i de specifika studierna och för de specifika populationerna som de studierna på något sätt undersöker men de kan säga mig extremt lite om vad som är användbart i min kliniska praktik, skulle jag säga.*

Två deltagare (PF2) rör sig fritt mellan de båda kunskapsnivåerna och tenderar att inte betona att RCT-studiers fynd rör sig om fynd på gruppnivå. Dessa deltagare har uppfattningen att RCT-studiers resultat inte alltid är applicerbara i den kliniska praktiken men fäster ingen vikt vid att betona svårigheterna med att applicera den generella kunskapen på unika patienter. Tre (PF3) deltagare anser datan som genereras i en RCT-studie, trots att den är på generell nivå, kan bidra med viktig information till den unika psykoterapeutiska situationen. Dessa deltagare lyfter fram RCT-studiens interna validitet som argument för resultatens generaliserbarhet.

*PF: Man kan ju få massa information från en RCT studie som är kliniskt intressant. Vi har ju massa data (...) då kan du ju jämföra och se att det inte beror på massa andra variabler då tror man ju att effekten beror på terapin i det här fallet (...) Så RCT studier är ju bra att ha det har ju en bra hög intern validitet.*

## Evidensparadigmet

### *Evidensparadigmets för- och nackdelar*

Samtliga deltagare lyfter kritik av olika grad mot evidensparadigmet men förhåller sig olika till paradigmet som helhet. Två deltagare (2PF) uttrycker sig positiva till evidensparadigmet och anför psykologins och psykiatrins mörka historia som argument för dess berättigande. De har uppfattningen att skiftet till evidensparadigmet behövdes för att säkerställa att psykiatrisk och psykologisk vård inte skulle motiveras av den enskilde yrkesutövarens godtycke, som alltför ofta betraktades som sanning.

*PF: Jag tror det är viktigt att utsätta sin metod för kritisk granskning. Men det är klart att för de som drömmer sig tillbaka till 80-talets dynamiska terapi där de psykodynamiska terapeuterna var någon slags gudar. Den tiden är förbi.*

Fyra andra deltagare (3P, 1PF) beskriver att de ser på evidensparadigmet som en reaktion på tidigare paradigmet där psykiatrin och psykologer och psykiater utan granskning kunde ägna sig åt behandling utan någon vetenskaplig grund. Tre av dessa deltagare anser att evidensparadigmet har medfört positiva förändringar i form av ett större fokus på behandlingsresultat och patientsäkerhet.

Samtidigt menar de att evidensparadigmet, precis som tidigare paradigmet, utgår ifrån antagandet att det finns bara en sanning, en terapimetod och ett forskningssätt. Tre av dessa deltagare menar att dessa implicita antaganden inom evidensparadigmet leder till att även psykiatrins framtida historia kommer inrymma felaktigheter. Citatet nedan speglar de fyra deltagarnas uppfattning om vad evidensparadigmet får för konsekvenser i praktiken.

*P: Man utgår ifrån ett diagnossystem som är väldigt generaliserat och som inte tar hänsyn till patientens behov och det gör att vården per definition blir sämre. När du bara erbjuder en och samma behandling (...) det är inte alla som blir hjälpta även den mest evidensbaserade metoden (...). Då säger man i princip "då har du ingen plats här", jättekonstigt sätt att ge vård. Och oetiskt.*

En deltagare (P) lyfter att evidensparadigmet, i lika stor grad som det psykoanalytiska paradigmet var, är korrumperat och ohederligt.

*P: Båda teoribildningarna har sina förtjänster men de blir nog korrumperade när de här teoriernas sanningshalt börjar förknippas med pengar, karriär och makt och då börjar folk liksom vakta sin egen (...) framgång och (...) det får man då göra via att på nåt sätt försvara teorin och se till att den håller och har någon slags status och det kan ju leda till att vetenskap blir snarare ett maktmedel än sanningssökeri.*

### ***Vidmakthållande av evidensparadigmet***

Tre av deltagarna (3PF) redogör för hur evidensrörelsen växte fram delvis som svar på ökad konkurrens med läkemedelsindustrin. De framhåller att terapiforskningen var nödvändig för att visa på terapins effektivitet i jämförelse till psykofarmaka. Samtliga deltagare (3Pf, 3P) anser att detta medförde en vilja att utvärdera och förbättra terapin, och menar att detta i grunden är bra. Fyra deltagare (3P, 1PF) lyfter nackdelarna med att psykoterapiforskningen antog samma vetenskapliga metoder och antaganden som används inom forskning på psykofarmaka. Deltagarna menar att dessa antaganden inte nödvändigtvis går att överföra till psykoterapi. De, lyfter bland andra, antaganden om att diagnoser har biologiska markörer och att behandlingar bör utvärderas utifrån minskade symtom på en specifik diagnos. Detta har lett till att behandlingsmanualer i allt större utsträckning utformats efter specifika diagnoser, eftersom symtomreducering är det resultatet som eftersträvas i. En deltagare uttrycker det enligt följande:

*PF: Sen är det klart att RCT-paradigmet gynnar ju behandlingsformer som är specifika mot det symtom som vi utvärderar och det är alldeles självklart.*

Psykoterapiforskningen har således, menar dessa deltagare, lett till att psykoterapier anpassat sig efter antaganden och premisser som härrör ur den medicinska forskningen. Vidare uppger två av dessa deltagare (2PF) att, då KBT var den metod som det initialt forskades, dagens psykoterapiforskning utgår ifrån mått och operationaliseringar som har en liten slagsida åt KBT.

*PF: Så det är klart att vår forskning har ju varit till hälften dynamisk men på ett sätt lite mer inne på KBTs planhalva vilket ju är helt rimligt eftersom typ 90% av alla behandlingsstudier (...) är KBT studier. (...) Det skulle ju vara svårt om alla teoritraditioner hittade på sina egna diagnoser. (...) Det är bra med det här gemensamma språket också.*

Fyra deltagare (3P, 1PF) uppger att psykoterapiforskningen varken har undersökt sina antaganden eller redovisat dem på ett transparent sätt. Istället tas dessa antaganden för sanning. Dessa deltagare anser att antaganden skapar cirkelresonemang som förstärker evidensparadigmets hegemoni.

*PF: Då får du ju högre impact [genomslagskraft för studien] om det är en RCT studie även om du hade kunnat hitta samma material i en icke RCT studie tror jag man kan tänka sig. Så att på det viset har ju RCT högst status idag. När det gäller den typen av aspekter.*

*Och det kan man diskutera om det är rimligt eller inte rimligt och det är inte alltid rimligt tänker jag faktiskt.*

Citatet ovan belyser hur antagandet om RCT-studien som “golden standard” leder till att psykoterapiforskare väljer RCT-metoden för att slå igenom med sin forskning och bli publicerade. En deltagare (P) lyfter publikationsbias, forskningsfusk och återigen implicita antaganden, som ytterligare ett vidmakthållande av evidensparadigmet.

*P: De utgår ifrån sånt som är vetenskapligt osunda premisser i stor utsträckning och mycket av forskningen som de baserar sig på har ju jättestora problem med fusk och osund forskningsmetodik och massa biases och alltså så det finns ju jättemycket problem med den forskningen och själva grundbegreppen som man utgår ifrån det vill säga diagnoserna.*

#### ***New Public Management och evidensparadigmet***

Samtliga deltagare har adresserat att psykiatrin styrts utifrån New Public Management (NPM), och menar på att detta styrsätt verkar prioritera ekonomisk vinst framför god vård. Två deltagare (2P) anser att både NPM och evidensparadigmet omfattas av ett ännu större paradigmet. De upplever att logiken i RCT-studier och evidensbaserade behandlingsmanualer hänger ihop med logiken i NPM. De menar att denna logik härrör ur en större trend i samhället som strävar efter effektivisering, standardisering och kontroll. De redogör för likheterna mellan NPM-logiken (kontroll, effekt, mätbarhet) och en evidensbaserad behandlingsmanual. De uppger att manualen består av ett på förhand bestämt antal sessioner (kontroll), är utvärderad (effekt) med hjälp av statistiska analyser (mätbarhet). Dessa deltagare menar att den positivistiska vetenskapsteorin som evidensparadigmet vilar på är en del av en större trend i samhället som strävar efter mätbarhet och effektivitet. Dessutom menar de att implementering av behandlingsmanualer kontrollerar den enskilde yrkesutövaren.

*P: Det är manualen som kontrollerar mig istället för att jag har kvar något slags inflytande över arbetsprocessen och hur jag strukturerar den och i vilken arbetsintensitet (...) Vad är det som håller på att hända och varför får det här ett sånt genomslag? Det handlar om vem som har makten över arbetsprocessen.*

En deltagare (P) vill inte med säkerhet säga att evidensparadigmet och NPM hör samman inom ett mer omfattande mätbarhetsparadigmet. Däremot påpekar deltagaren att RCT-studier kan utnyttjas av politiker som vill göra besparingar inom psykiatrin. Risken

finns, menar deltagaren, att evidensparadigmet är så härskande att RCT-studiers resultat tas för generell sanning istället för att se resultaten som kontext-, behandlar- och patientberoende. Denna deltagare delar dock tidigare nämnda deltagares uppfattning om överensstämmelser mellan evidensparadigmets- och NPMs-logik. Överensstämmelserna, menar deltagaren, öppnar upp för risken att beslutsfattare implementerar evidensbaserade behandlingar i syfte att spara pengar.

*P: Tänker att det sämsta blir nog när det är någon annan än den som ligger bakom behandlingen, typ politiker som vill implementera den kanske utifrån kostnadseffektivitetsskäl.*

Tre av deltagarna (3PF) gör däremot ingen explicit koppling mellan NPM och evidens- paradigmet. Dessa deltagare ger snarare uttryck för uppfattningen att psykiatrins brister beror på politiker som, oberoende av forskning, i strävan efter att kunna erbjuda billig vård till många, gör reformer som leder till oetisk behandling av patienter.

*PF: Men sedan är det också absolut så att på många mottagningar så vill de att det ska vara så billigt så möjligt. Små mellanchefer som sitter och bestämmer vem som ska göra vad. Och i region Halland (...) där för man ju diskussioner om att man helt ska gå över till 3 sessioners terapier och så tänker jag "amen vilket forskningsstöd då", vad grundar de det på?*

I citatet nedan lyfter dock en deltagare (PF), när deltagaren talar om forskning som hen själv inte bedriver, riskerna med att forskningen kan komma att användas på ett sätt som avsändaren inte önskar.

*PF: Det är svårt för det finns en risk att de här internetstudierna kommer kunna användas på ett sätt som inte ens skaparna av de ens avser. Jag tror det finns en stor risk för att internetpsykoterapi kommer att införas på väldigt bred front.*

### **Minska gapet**

Samtliga deltagare uppger sig vara intresserade av att minska gapet mellan psykoterapi- forskning och den kliniska verkligheten men framförallt fyra deltagare (P3, P1) betonar vikten av en mer psykoterapinära forskning. Fyra deltagare (P1,PF3) uttryckte att psykoterapiforskning borde titta mer på terapeutiska principer och core factors, så att dessa kan ligga till grund för evidensbaserade behandlingar, snarare än terapimetoder eller manualer.

*Pf: Där tänker jag mig att det är en komplex diskussion och det är där jag tycker att de där riktlinjerna [Socialstyrelsens riktlinjer] behöver egentligen [vara] någon form av terapeutiska principer som man kan evidensbasera.*

Samtliga deltagare var positiva till naturalistiska studier även om två (2PF) uttryckte en oro över minskad kontroll över urvalet. Framför allt fyra (3P, 1PF) lyfte fram den naturalistiska metoden som bra med hänsyn till ekologisk validitet.

Tre deltagare (3P) menade att gapet endast kan minskas om psykologkåren lyckas förankra sig i någon eller några vetenskapsfilosofier. De uttryckte behovet av informerade samtal om vilka vetenskapsfilosofiska utgångspunkter som lämpar sig för psykologin och psykoterapi- forskningen.

*P: För psykologin måste hitta någon vettig vetenskapsfilosofisk utgångspunkt, för egentligen skulle jag säga att det här är det största problemet inom psykologin, att vi vetenskaps- filosofiskt är vi helt ignoranta.*

Först då, menar två av dessa (P) kan forskningen närma sig den kliniska praktiken. Vidare lyfte en deltagare (P) en önskan om att psykoterapiforskning skulle tillvarata den erfarenhet som finns inom kåren genom att systematisera den kunskap som finns inom professionen.

### **Diskussion**

Syftet med denna studie är att, utifrån en kritisk teoretisk epistemologi, undersöka hur ett urval av psykodynamiskt orienterade psykologer respektive psykoterapiforskare värderar evidensparadigmets status. Genom att intervjua tre psykoterapiforskare och tre psykodynamiskt orienterade psykologer ämnar studien att klargöra och jämföra hur deltagarna ur de respektive yrkeskategorierna förhåller sig till evidensparadigmet och de evidensbaserade behandlingarnas grundbult; RCT-studien.

Följande teman genererades utifrån de transkriberade intervjuerna: *Säkerställandet av kvalitet, Deltagare, Epistemologisk position, DSM-5, RCT-studiens kontra psykoterapins villkor (underteman; diagnostikens funktion, omdöme kontra randomisering, generell kontra lokal kunskap), Evidensparadigmets för- och nackdelar, Vidmakthållandet av evidensparadigmet, Hur minskar vi gapet?*

Resultatdiskussionen kommer att belysa de skapade teman utifrån Lesches (1976) och Schöns (1991) formuleringar om psykoterapins villkor. Vidare kommer resultatet att diskuteras utifrån Thomas Kuhns teorier om vetenskapliga paradig. Slutligen kommer resultaten kontextualiseras utifrån Foucaults teori om makt så som de redogjorts för i teoridelen. Inledningsvis är det viktigt att understryka att urvalet som studiens resultat baseras på är litet och kan därför inte anses vara representativt för de respektive professionerna. Således är det viktigt att betona att studiens resultat baseras på hur just de, av författaren, valda psykoterapiforskarna och psykologerna tolkat, uppfattat och svarat på intervjufrågorna.

### ***Skillnader mellan de psykoterapeutiska villkoren och RCT-studier***

I likhet med resonemangen i McWilliams (2017) uttrycker samtliga deltagare att det finns en diskrepans mellan psykoterapins och RCT-studiens respektive behandlingsprocedurer. Diskrepansen bedömdes av samtliga tre psykologer som för stor för att kunna överbryggas. Psykoterapiforskarna däremot, såg i likhet med Creemers et al. (2017), att RCT-studier, trots diskrepansen, kunde bidra med viktig information till kliniker. Möjliga orsaker till skillnaderna mellan psykoterapiforskarnas och psykologernas uppfattningar kommer att behandlas mer ingående under rubriken *Vi borde befinna oss i en kris*.

Studiens resultat visar att samtliga deltagare betonar vikten av att använda omdömet och den kliniska erfarenheten vid val av behandling. Detta eftersom faktorer som till exempel patientens personlighet och behandlingshistoria spelar stor roll. Detta resultat påvisar hur randomiseringen som görs vid en RCT-studie inte tycks motsvara klinisk verklighet, vilket, sett till psykologernas beskrivning, försvårar dess tillämpning. Det vill säga, i en RCT-studie som visar att PDT är överlägsen KBT i behandling av depression, har deltagarna randomiserats till olika betingelser. Detta resultat anses visa på hur en genomsnittsmänniska svarar på behandlingen. Samtliga deltagare uppger dock att man inte möter en genomsnittsmänniska i den kliniska praktiken. Istället möter man ofta en patient som redan genomgått tre KBT/PDT-behandlingar för depression och i dessa är fall är det inte självklart att erbjuda samma behandling på nytt.

Resultaten visar också att ingen av deltagarna arbetar utifrån DSM-5's eller ICD-10's klassifikationer eftersom de menar att de inte är kliniskt användbara. Detta eftersom DSM-5 diagnoserna uppges vara alltför kategoriska och vidare sakna förklarande inslag, såsom etiologi. Deltagarna beskriver istället hur de använder diagnosen i likhet med hur Lesche



(1976) och Schön (1991) formulerar psykologers arbetsförfarande. I likhet med Van Heule (2019) lyfter några av deltagarna att klassificering genom de angivna diagnossystemen ökar risken för stigmatisering och reducering av patientens lidande. Sammantaget belyser deltagarna ännu en svårighet med att använda sig av RCT-studiers resultat i den kliniska praktiken: nämligen att RCT-studier nästan uteslutande utgår ifrån DSM-5 diagnoser, samtidigt som ingen av deltagarna använder sig av dessa.

Ett sätt att minska gapet mellan psykoterapiforskning och psykoterapi vore således, enligt studiens resultat, att psykoterapiforskning använde liknande klassifikationer av svårigheter som används i den kliniska praktiken. I likhet med författarna i Thomas et al. (2012) lyfter fyra av studiens deltagare personlighetsrelaterade svårigheter såsom emotionella och relationella som mer vägledande i utformandet av behandling.

Studiens resultat visar vidare på att psykologerna värderar den kunskap som skapas i terapirummet högre än RCT-studiernas föreskrift om hur en specifik problematik bör behandlas. Deras arbetsförfarande är således koncentrerat kring patienten och den lokala kunskap som skapas i mötet med patienten. Studiens resultat illustrerar hur psykologerna såväl som psykoterapiforskarna, i enlighet med det arbetsförfarande som Lesche (1976) formulerar, arbetar i en växelverkan mellan teori och möte. De utgår ifrån patientens idiosynkratiska villkor och symptom för att bedöma vilken vidare kunskap de behöver söka. Tre deltagare betonar explicit att kunskapen kan sökas inte bara i teorier utan även i patientkontakten, handledning och hos kollegor. Den värdering av kunskapskällor som deltagarna beskriver står i kontrast till hur man bör arbeta evidensbaserat inom evidensparadigmet (Berg, 2019).

Det arbetssätt som deltagarna beskriver, det vill säga växelverkan mellan teori och praktik, visar på en flexibilitet i likhet med det arbetsförfarande som Schön (1991) formulerar. Resultaten visar att samtliga deltagare arbetar utifrån en pluralistisk kunskapssyn och att de således integrerar både patienten och kvalitativa respektive kvantitativa källor i sitt arbete. En sådan pluralism hos kliniker torde uppmana till en pluralism i underlaget för de riktlinjer som ska vägleda psykoterapeutiskt arbete; studien visar på att deltagarna anser att olika kunskapskällor är viktiga i olika sammanhang och således bör inte RCT-studien, i motsats till vad Creemers et al. (2017) anser, vara "golden standard".

Därtill visar studiens resultat att psykologerna inte använder sig av RCT-studier i sin kliniska praktik. Psykoterapiforskarna, å andra sidan, uppger i likhet med Crits- Christoph et al. (2005) att RCT-studien bidrar med värdefull information till både beslutsfattare och psykologer som arbetar med psykoterapi. Föreliggande studies resultat har dock, i likhet med McWilliams (2007), visat att samtliga deltagare upplever ett gap mellan RCT-studiens och psykoterapins betingelser. Detta väcker frågan om om vem RCT-studien är till för?

Vidare visar studiens resultat att två av psykoterapiforskarna, i likhet med författarna i Crits-Christoph et al. (2005) och Creemers et al. (2017), tenderar att betona vikten av intern validitet i forskning, medan psykologerna framhåller den ekologiska validiteten som viktigast. För att öka den ekologiska validiteten uttrycker fyra av deltagarna, i enlighet med McWilliams (2017), att psykoterapiforskningen bör närma sig den kliniska praktiken.

Å andra sidan är det viktigt att betona RCT-studiens fördelar. Genom att RCT-studien möjliggör för forskare att isolera en rad variabler kan dessa undersökas på ett sätt som ingen annan forskningsmetodik tillåter. På så sätt kan forskare undersöka vilka faktorer i en psykoterapeutisk process som bidrar till positiva förändringar och därtill vilka faktorer som är överflödiga eller kanske till och med skadliga. Majoriteten av den forskning som redogjorts för i föreliggande studie baseras på RCT-studier. Därtill utgår mycket av den forskningen som kritiserar evidensparadigmet från just RCT-studier. Denna hållning delas av fem av deltagarna som anser att RCT-studien kan bidra med viktig kunskap.

### ***Närmar vi oss en kris?***

Resultaten kan tolkas som en indikation på att psykologin eventuellt befinner sig i en vetenskaplig kris. Detta indikeras genom att flera deltagare, främst psykologer, lyfter anomalier inom evidensparadigmet; de adresserar att evidensparadigmets metafysiska inte har undersökts, de lyfter DSM-5 diagnosernas bristfällighet, forskningsfusk och de lyfter gapet mellan RCT-studier och den kliniska praktiken. Andra deltagare, främst psykoterapiforskare, bejakar anomalierna men uttrycker inte att dessa på något vis utgör ett hinder för eller hot mot evidensparadigmet. Samtidigt finns det, enligt Kuhn (1962) anomalier inom alla vetenskapliga paradigmen. Föreliggande studie har alltför få deltagare för att kunna göra anspråk på att kunna fastslå huruvida psykologin befinner sig i en vetenskaplig kris. Det går inte att utesluta att de tre deltagande psykologernas kritiska hållning till evidensparadigmet utgör en liten och inom varje paradigm förekommande minoritet.

En trend i resultatet är att psykoterapiforskarna och psykologerna värderar evidensparadigmets status olika. Detta kan man förstå som att deltagarna har olika positioner i förhållande till evidensparadigmat; psykoterapiforskarna, som är mer investerade i evidensparadigmat eftersom de producerar kunskap inom det, lyfter inomparadigmatiska lösningar på anomalierna, såsom bättre skattningsskalor. Samtidigt är det viktigt att betona att deltagarnas olika professioner inte per se innebär olika positioner i relation till evidensparadigmat. Många av de studier som ligger till grund för föreliggande studie har utförts av psykoterapiforskare som är kritiska till evidensparadigmat.

Detta åskådliggörs också genom att de motiverar evidensparadigmat genom att hänvisa till att det löste de problem som fanns under auktoritetsparadigmat, detta i likhet med Kuhns (1962) teorier om vetenskapliga paradig. Psykologerna, som inte är lika investerade i evidensparadigmat anser att anomalierna inte går att lösa inom evidensparadigmat. Dessa deltagare kritiserar istället evidensparadigmets vetenskapsteoretiska grundval, positivismen. Dessa deltagare lyfter i, likhet med Thomas et al. (2014), nya frågor och nya problem som nuvarande paradig inte intresserar sig för att lösa. Psykologerna och psykoterapiforskarna ger därmed uttryck för olika ontologiska och epistemologiska positioner. De olika perspektiven som psykologer respektive psykoterapiforskare belyser är ofta inkommensurabla. Två psykologer anser att deras ontologiska antaganden och värderingar skiljer sig för mycket åt från evidensparadigmat antaganden och värderingar för att de ska kunna betrakta evidensparadigmat som meningsfullt.

Studiens resultat visar att synen som deltagarna har på psykopatologi är mer komplex än vad evidensparadigmets antaganden, såsom de redogjorts för i Westen et al. (2004) antar. Studiens resultat visar på att fyra av deltagarna anser att evidensparadigmets antaganden inte tar hänsyn till psykopatologins komplexitet.

### ***Makt***

De deltagande psykologerna i föreliggande studie ansåg, i likhet med Lesche (1976), Bornemark (2020) och Schön (1996), att den enskilda psykologen bör ha makt över psykoterapin, på så vis att det är dennes omdöme (förankrat i kunskap och erfarenhet) som ska vara styrande. Dessa förespråkar en eklektisk kunskapsbas där psykologen avgör vilken kunskap som är relevant i varje enskild situation. Detta i motsats till den ståndpunkten som lyfts av Creemers et al. (2017); nämligen vikten av att manualen följs så att behandlingen

kan betraktas som evidensbaserad. Det är viktigt att betona att Creemers et al. (2017), gemensamt med psykoterapiforskarna, inte betraktar evidensbaserade behandlingar som inherent bättre. Däremot anser de att evidensbaserade behandlingar säkerställer att psykologer inte missbrukar sin makt eller utformar behandlingar utifrån godtycke och lathet. I studiens resultat finns där en variation i hur deltagarna ser på makt; sin egen makt, RCT-studiens makt och slutligen psykologens makt.

Denna variation visar sig i inte minst i temat *säkerställandet av kvalitet*. I detta tema ställs uppdelningen på sin spets eftersom temat adresserar skillnaden i deltagarnas uppfattning om hur och vem som definierar vad som är en god behandling och hur man bäst säkerställer att en sådan ges. Uppfattningen om hur man bäst säkerställer god kvalitet verkar vara nära förbunden med vilken uppfattning deltagarna har av vad kvalitet innebär. Psykologerna, som framförallt definierade god kvalitet utifrån psykologens förmågor och kunskaper betonade den enskilde psykologens ansvar att upprätthålla god kvalitet genom dialog med kollegor, handledning samt egenterapi. Två av psykoterapeutiforskarna, som var mer benägna att framhålla evidensbaserade behandlingar som god behandling, betraktar framförallt säkerställandet av kvalitet som en extern och hierarkisk styrd angelägenhet, det vill säga att ansvaret inte i lika hög grad vilar på den egna individen som på omgärdande strukturer.

Detta resultat kan förstås utifrån att tre av deltagarna intervjuades i egenskap av psykoterapiforskare och att deras fokus således låg på forskarrollen, snarare än psykologrollen. Psykologerna uppgav, i likhet med Bornemark (2020), att en ansvarsförskjutning från psykologen till policies och psykoterapiforskare, riskerar det att urholka psykologens legitimitet, eftersom denna, enligt den evidensbaserade logiken, inte bäst själv kan avgöra vad som är en god behandling.

Vidare visar studiens resultat att det finns en dikotomi bland deltagarna i synen på huruvida evidensparadigmet och NPM hänger ihop ideologiskt. Även detta kan förstås utifrån makt, så som Foucault teoretiserar om den. En psykolog poängterar, precis som Greek et al. (2006), att kunskap, makt och organisation är sammanflätade och att evidensparadigmet hör samman med större ideologiska strömningar. Psykologerna adresserar, precis som Greek et al. (2006) och Murray et al. (2008), hur terminologi, logik och mål är desamma inom NPM och evidensparadigmet. Psykoterapiforskarna uttrycker ingen sådan koppling. De betraktar framförallt evidensparadigmet som någonting gott och

viktigt. De lyfter istället politiker och beslutsfattare som ansvariga för NPM och felaktigheter inom vården. Psykoterapiforskarna har, enligt Greek et al. (2006) en privilegerad position inom evidensparadigmet, eftersom att de producerar kunskap och därmed reproducerar diskurser inom det.

En förklaring till dikotomin kan vara ålder och erfarenhet; psykoterapiforskarna är samtliga äldre än psykologerna och det kan tänkas vara så att de, tack vare erfarenhet, funnit vägar att arbeta autonomt även inom evidensparadigmet. Två av psykoterapiforskarna har dessutom varit yrkesverksamma under tidigare paradigmet och således upplevt dess baksidor. En annan förklaring kan vara, som Greer et al. (2006) föreslår, att makten inte märks av individen själv eftersom den, precis som alla andra, också behöver anpassa sig efter rådande maktdiskurser- och discipliner. Studiens resultat går i linje med detta; till exempel så använder sig psykoterapiforskarna av RCT-metoden, även om inte samtliga är överens om att den är bäst, eftersom det är den som ger legitimitet inom evidensparadigmet.

Samtidigt är teorierna som Greer et al. (2006) redogör för just ett, bland flera sätt att försöka förstå och förklara vissa fenomen och strukturer och de gör inte anspråk på att vara naturgivna lagar. Det är dock viktigt att belysa att det finns psykoterapiforskare som är kritiska till evidensparadigmet och psykologer som är positiva till det. Om föreliggande studie hade haft ett annat urval, eller gjorts av någon som var mer positivt inställd till evidensparadigmet, hade resultatet kunnat bli motsatt. Psykoterapiforskare som är kritiska till evidensparadigmet hade inte kunnat förstås utifrån de teorier om makt och de privilegier som medföljer en kunskapsproducerande position som Greer et al. (2006) redogör för.

Även behandlingsmanualer kan förstås som en del av den diskursiva och disciplinära makten, såsom Foucault (1991) beskrivit den. Psykoterapiforskarna delar argumenten som lyfts i Waller & Turner (2016) om att manualen är viktig och att den bör vara vägledande i behandlingsarbetet. Dessa deltagare anser inte att behandlingsmanualer, i motsats till Westen et al. (2004), kan leda till en rigid och oempatisk behandling. Psykologerna, å sin sida, lyfter risker med manualer och lyfter exempel på mottagningar där dessa implementeras på ett väldigt rigitt sätt. En deltagare lyfter att manualen, i extrema fall av styrning, äger arbetsprocessen. Manualen kan i detta avseende förstås som en slags disciplinär kontroll som underminerar den enskildes yrkesprofession. Med hjälp av Greek et al. (2006) kan

detta förstås som ett disciplinärt maktutövande där den enskilde psykologen fogas under manualen.

Samtidigt är det viktigt att lyfta fram att Foucaults teorier inte går att falsifiera och att de lätt bildar cirkelresonemang; att psykoterapiforskarna i studien inte anser sig besitta en maktposition måste bero på att de inte är medvetna om sin maktposition eller själva påverkas av rådande maktdiskurs. Så är nödvändigtvis inte fallet. De deltagande psykoterapiforskarna förlägger ansvaret på politiker och beslutsfattare och studiens resultat kan inte säga sig göra anspråk på att bevisa motsatsen.

Slutligen visar studiens resultat på en risk med evidensparadigmets logik, med att, som flera deltagare och som Greek & Rennie (2016) menar, eftersträva implementering av *en* evidensbaserad behandling för *en* diagnos. Studiens resultat visar således på, i motsats till vad Creemers et al. (2017) framhåller, risken att en överskattad inställning till RCT-studiers resultat kan leda till oetiska behandlingar.

### ***Sammanfattning av diskussion***

Studios resultat visar på att alla deltagare, oavsett position inom evidensparadigmet, strävar efter att förbättra psykoterapeutisk behandling. Evidensparadigmet har, enligt deltagarna, medfört en positiv utveckling för psykoterapin, i form av ett resultatinriktat arbete och ökad patientsäkerhet. Föreliggande studies resultat visar emellertid också på att tre av deltagarna anser att evidensparadigmet i sin rådande form, inom vilket RCT-studien är Golden Standard, inte kan anses vara den rätta vägen framåt i detta arbete. Detta eftersom RCT-studiernas betingelser, som föreliggande studie visat, skiljer sig för mycket åt från den kliniska verkligheten för att den ska anses vara "golden standard". Studios resultat illustrerar att RCT-studier och evidensparadigmet som helhet vilar på antaganden som flera av deltagarna anser saknar giltighet i den kliniska praktiken. Därtill visar studiens resultat att de argument för RCT-studier som deltagarna framför framförallt berör möjlighet till kontroll och ökad produktivitet snarare än främjandet av det terapeutiska arbetet.

Studios resultat implicerar att evidensparadigmet är oskiljaktigt förbundet med organisation och ideologi, enligt Foucaults (1991) terminologi, även om detta inte går att fastställa. Slutligen har denna studies resultat ämnat att visa på komplexiteten i de psykoterapeutiska processerna, vilka samtliga deltagare anser erfordrar en bredd av metoder och epistemologier för att låta sig angripas.

Sammanfattningsvis kan sägas att studiens resultat visar att psykologin bör sträva efter en tvärvetenskaplig och pluralistisk grund där psykoterapiforskning tar sin utgångspunkt i en bredd av metoder, ontologier och epistemologier. Dessa bör bilda ett pussel, snarare än en hierarkisk trappa, för att ge en sannare bild av psykoterapins komplexitet.

### ***Metoddiskussion***

Metodvalet som gjordes för föreliggande studie har, som tidigare nämnts, motiverats utifrån syftet att söka fördjupad förståelse för hur individer betraktar ett fenomen. Den tematiska analysen har fördelen att vara flexibel och lättillgänglig. Den är inte bunden till en specifik vetenskapsteori, vilket medför att den kan användas i en rad olika syftet. Att den tematiska metoden kan användas någorlunda mångsidigt har dock sina brister; den har kritiserats för att den, i brist på ett tydligt ramverk, inte i tillräcklig grad låter sig granskas eller värderas, och därför heller inte jämföras (Clark & Braun, 2006). Clark & Braun (2006) har därför formulerat tydliga riktlinjer för hur den tematiska analysen ska genomföras. För att säkerställa att studiens resultat ska kunna värderas och granskas har dessa riktlinjer genomgående följts under utförandet av studien.

En annan metod som övervägdes var den fenomenologiska analysmetoden, IPA. IPA är en metod som främst används för att undersöka upplevelser, känslor och subjektivitet emedan föreliggande studies syfte inledningsvis var att fånga upp åsikter, uppfattningar samt teorier. Valet av IPA som metod hade därför inneburit en förskjutning i fokus som inte gagnat studiens syfte. Allteftersom kom författaren dock att ändra förhållningssätt till datan. Författaren blev varse vikten av att undersöka och tolka de underliggande betydelseerna av deltagarnas utsagor. Förhållningssättet och tolkandet av datan närmade sig således ett förfarande för vilket IPA hade lämpat sig. Vid det laget hade författaren redan arbetat utifrån den tematiska analysen som metod och valde att fortsatt göra så.

Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer. Genom semistrukturerade intervjuer skapas ett möte där forskaren påverkar respondenten och vice versa. Detta leder till att varje intervju, med utgångspunkt i samma frågor, tenderar att skilja sig åt. Mötet mellan två subjekt skapar en bredd av perspektiv och infallsvinklar, även om underlaget är detsamma. Reflexiviteten, det vill säga forskarens medvetenhet om och dennes reflektioner

kring situationens och kontextens påverkan i intervjuerna kommer att behandlas vidare under diskussionen om studiens tillförlitlighet (Morrow, 2005; Willig, 2001).

### ***Studiens tillförlitlighet***

En kvalitativ studies tillförlitlighet bedöms utifrån huruvida de ontologiska och epistemologiska antaganden som studien vilar på följs, samt redovisas på transparent sätt, vilket har gjorts i metoddelen (Willig, 2001). Vidare är det viktigt att redogöra för en förståelse för den kontext som deltagarna verkar inom, så att deras svar och citat kan förstås utifrån den. Föreliggande studie har konsekvent haft ambitionen att ta hänsyn till de samhälleliga, paradigmatiska, epistemologiska och politiska kontexter inom vilka deltagarna verkar. Då syftet i studien har varit att undersöka bland annat dessa kontextuella aspekter inom psykoterapiforskningen har de semistrukturerade intervjuerna varit formulerade så att deltagarna uppmanats att reflektera kring dem.

Reflexivitet innebär en medvetenhet om att förförståelse, subjektivitet samt värderingar kan påverka intervjuer, genererandet av teman samt slutligen resultatet. Vidare innebär reflexivitet att använda sig av sin medvetenhet om dessa faktorer genom att, när det är nödvändigt, försöka ställa sig åt sidan och bemöta deltagare och datan på ett neutralt sätt (Morrow, 2005; Willig 2001). I enlighet med den konstruktivistisk- interpretivistiska ontologin som föreliggande studie utgår ifrån har författaren inte eftersträvat en neutral hållning, då detta inte anses vara möjligt (Ponterotto, 2005).

Som nämnt är det mindre vanligt med psykodynamiskt orienterade psykologer än med kognitivt beteendeorienterade psykologer inom psykiatrin. Valet att rekrytera psykodynamiskt orienterade psykologer motiveras med hjälp av den kritisk teoretiska ontologin, vilken lyfter vikten av att minoriteter kommer till tals (Ponterotto, 2005). För transparensens skull bör här belysas att författaren har en psykodynamiskt orienterad hållning. Detta har med största sannolikhet påverkat deltagarnas svar och förhållningssätt i relation till författaren. Författaren har inte haft som avsikt att vara neutral och objektiv i relation till deltagarna utan har varit transparent med sina ståndpunkter. En neutral hållning hade varit svårt att uppnå med tanke på frågorna i den semistrukturerade intervjuguiden som ligger till grund för intervjuerna. Intervjuguiden baseras i stor del på källor och argument som hör till kritiker av evidensparadigmet. Eftersom författaren inte ville föra deltagarna bakom ljuset angavs studiens syfte under varje intervju. Det betonades dock att studiens syfte (som kom att ändras under processens gång) var preliminärt. Vidare gavs en kort



introduktion av författarens tankar kring evidensparadigmet och författarens drivkraft att genomföra föreliggande studie.

Författarens drivkrafter springer ur bland annat erfarenheter av sommarvikariat inom psykiatri. Där har författaren genomgående upplevt ett gap mellan den kvantitativa psykoterapiforskningen och den kliniska verkligheten. Efter att ha uppmärksammat detta gap har författaren tagit del av litteratur, youtube-föreläsningar samt debattinlägg som sökt att uppmärksamma och/eller förklara gapet. Författaren har således tillgodogjort sig en del kunskap inom området. Vidare har författaren upplevt att gapet och evidensparadigmets slagsidor inte belysts på Psykologprogrammet vid Lunds universitet, utan att utbildningen i stort har bejakat evidensparadigmets värderingar och antaganden. Studiens ämne har således varit angeläget och relevant för författaren.

Det finns både för- och nackdelar med att de olika deltagarnas professioner redovisas i resultatdelen. Risken finns att en läsare av studien drar slutsatsen att psykoterapiforskare som yrkeskår förhåller sig till evidensparadigmet på ett sätt och att samtliga psykodynamiskt orienterade psykologer på ett annat sätt. En sådan generalisering kan ej göras. Fördelarna däremot är dels att studiens resultat och arbetsprocess blir mer transparent. Därtill har ett underlag för diskussion skapats genom att redogöra för deltagarnas professioner.

Vidare har studiens resultat förmodligen präglats av att de deltagande psykologerna arbetar utifrån ett psykodynamiskt förhållningssätt. Som tidigare nämnt har den psykodynamiska teoribildningen inte lika hög status inom evidensparadigmet som den kognitiva beteendeterapin. Den relativt lägre statusen kan ge upphov till svar som är präglade av avund eller ilska. Samtidigt bör forskning, enligt Eagle och Riger (2014), just utgå ifrån personer med låg status eftersom dessa har en större kunskap om hela systemet. Eagle och Riger (2014) uppger att detta beror på att personer med låg status tvingas förhålla sig till samtliga aktörer inom det system man verkar.

Författaren hade gemensamma vänner med två av studiens deltagare vilket kan antas ha påverkat studiens resultat. Å ena sidan kan dessa deltagare ha känt sig mer bekväma i intervjusituationen, eftersom de kände till författaren och dennes vetenskapsteoretiska ståndpunkter sedan tidigare. En trygg intervjusituation kan skapa leda till en större ärlighet och öppenhet. Å andra sidan kan dessa deltagare ha varit mer benägna att falla in i ett socialt önskvärt agerande, och således svara i enlighet med sina föreställningar om vad författaren

önskar höra. Författaren har dock inte noterat att intervjuerna med de bekanta deltagarna skiljde sig åt från övriga intervjuer.

Ett sätt att stärka författarens reflexivitet, och därigenom studiens tillförlitlighet, hade kunnat vara att låta deltagarna ta del av citat och teman innan dessa färdigställdes. På grund av tidsmässiga begränsningar var detta inte möjligt. Detta anses dock inte, utifrån en konstruktivistisk-interpretivistisk ontologi, vara nödvändigt eftersom verkligheten aldrig kan anses vara objektiv (Ponterotto, 2005). Studiens resultat är således att betrakta som kunskap som skapats i dialog med verksamma psykoterapiforskare samt psykologer och att samtliga intervjuer har formats av både forskaren och dennes position samt deltagaren och dennes position.

Då föreliggande studie utgår ifrån en kritisk-teoretisk ontologi utgår författaren ifrån att dennes egna ståndpunkter har påverkat studiens utfall. En studie med samma syfte hade kunnat få helt andra resultat beroende på urval, tolkning av data samt bakgrundsteorier. Detta innebär inte att studien inte är tillförlitlig, författaren argumenterar snarare för att all forskning påverkas av upphovspersonernas ståndpunkt. Föreliggande studie har velat visa bland annat detta. Således är föreliggande studie ett inlägg, utifrån en viss ståndpunkt, bland många viktiga inlägg, utifrån andra ståndpunkter.

### ***Framtida studier***

Föreliggande studie har ämnat att undersöka evidensparadigmets status men utvecklar inga idéer om vilka alternativ som finns. Då föreliggande studie har konstaterat att gapet mellan psykoterapiforskning och psykoterapi är stort, vore det av intresse att undersöka vilken typ av forskning som psykologer faktiskt efterfrågar i sin kliniska praktik. Sådan forskning skulle kunna föranleda att psykoterapiforskningen förändrades till förmån för psykoterapi, vilket utifrån föreliggande studies resultat bedöms som viktigt.

Eftersom samtliga deltagare lyfter vikten av en vetenskapsteoretisk pluralism inom psykoterapiforskning och anser sig arbeta utifrån ett pluralistiskt förhållningssätt, vore en systematiserad översikt över hur psykologer, i sin praktik, förhåller sig pluralistiskt till forskning intressant. Läser de fallstudier, RCT-studier och naturalistiska studier? Hur värderar de själva de olika metoderna? Sådan forskning skulle eventuellt kunna påvisa just vikten av en vetenskaplig pluralism.

En deltagare i studien uttryckte en önskan om att den kunskap som finns inom psykologkåren tillvaratas. En systematiserad kunskap över hur psykologer förhåller sig till

olika situationer, patienter och svårigheter i yrkeslivet hade varit ytterligare ett sätt att minska gapet mellan psykoterapiforskning och psykoterapi.

Eftersom föreliggande studie endast har intervjuat psykodynamiskt orienterade psykologer vore det av stort värde att utföra en liknande studie utifrån kognitivt beteendeterapeutiskt orienterade psykologer. Utifrån slutsatsen att evidensparadigmet premierar KBT som behandlingsmetod vore det värdefullt att ta del av KBT-psykologers perspektiv, kanske skulle det skilja sig åt från resultaten i denna studie. Det vore även relevant att undersöka hur familjeterapeuter förhåller sig till evidensparadigmet och psykoterapiforskning, eftersom familjeterapi är svårare att forska på med RCT-studier.

### ***Etisk reflektion***

För att ta vägledning i etiska överväganden har Willigs (2001) punkter om etik använts som riktlinjer. Willig (2001) lyfter vikten av informerat samtycke, en öppenhet och transparens gentemot deltagarna, att deltagarna erbjuds att ta del av studien, samt att deltagarnas konfidentialitet garanteras. Arbetsprocessen har genomgående präglats av etiska överväganden, inte minst gällande vikten av öppenhet och transparens gentemot deltagarna. Då föreliggande studie skrevs utifrån en induktiv ansats har studiens syfte kommit att förändras under arbetsprocessen. För att undvika att föra deltagarna bakom ljuset uppgavs således inget bestämt syfte för studien vid intervjuerna. Vidare har författaren konsulterat med handledare Per Johnsson gällande etiken kring studiens förändrade syfte i relation till deltagarna. Bedömningen gjordes att studiens syfte inte har förändrats i den utsträckning att deltagarna förts bakom ljuset. Studien hade redan inledningsvis en kritisk teoretisk ansats och i den bemärkelsen var samtliga deltagare införstådda med premisserna.

Då studiens syfte har varit att undersöka evidensparadigmets status har stor möda lagts på att belysa kontexter, snarare än de enskilda deltagarnas utsagor. Detta har gjorts i syfte att rikta kritiken mot strukturer snarare än att skuldbelägga enskilda deltagare. Samtliga deltagare har utlovats konfidentialitet och detta har säkerställts genom att inte beskriva samtliga deltagarnas utifrån kön, ålder och profession. Urvalet har istället återgetts i form av grupper; 3 psykologer och 3 psykoterapiforskare, 4 män och 2 kvinnor. Annan konfidentiell information om deltagarna har inte haft något värde i relation till studiens syfte och har således kunnat utelämnas helt. Samtliga deltagare har gett sitt muntliga samtycke. Dock är det en brist att författaren inte samlat in skriftligt samtycke. Deltagarna har utlovats att få studien skickad till dem då den färdigställts.



## Referenser

- Aldhous, P. (2011, May 5) *Journal rejects studies contradicting precognition*. Hämtad från <http://www.newscientist.com/article/dn20447-journal-rejects-studies-contradicting-precognition/>
- Ansvarskommittén. (2007). *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft: slutbetänkande*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- APA. (2019) *Clinical Practise guidelines for treatmet of Depression across Three Age Cohorts*. Hämtad från <https://www.apa.org/depression-guideline>.
- Aradas, J., Sales, D., Rhodes, P., & Conti, J. (2019). "As long as they eat"? Therapist experiences, dilemmas and identity negotiations of Maudsley and family-based therapy for anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 7.
- Arpi, A. & Olsson, E-S. (2021, 08/15). "Sektliknande-som att förlora förståndet". *SvD*. Hämtad från <https://www.svd.se/sektliknande--som-att-forlora-forstandet>
- Bakker, M., Cramer, A., Matzke., Kietvit, R., van der Mass, H., Wagenmakers, E.-J., & Borsboom, D. (2013). Dwelling on the past. *European Journal of Personality*, 27, 120-144.
- Ben. D. J. (2011). Feeling the future: Experimental evidence for anomalous retroactive influences on cognition and affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 407-425.
- Berg, H. (2019). Evidence-based practice in psychology fails to be tripartite: A conceptual critique of the scientocentrism in evidence-based practice in psychology. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3389/fpsyg.2019.02253>
- Bornemark, J. (2020). *Horisonten finns alltid kvar: om det bortglömda omdömet*. (Första upplagan). Stockholm: Volante.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research*.
- Brusén, O. (Producent) & Larsson, A. (Producent). (2021). *Glashuset*. [Dokumentärfilm]. Sverige: Svt/Baam.
- Creemers, H. E., Sundell, K., Deković, M., Dijkstra, S., Stams, G. J. J. M., & Asscher, J. J. (2017). When the 'golden' standard should be the general standard: Response to a commentary on the use of randomized controlled trials to examine the effectiveness of family group conferencing. *British Journal of Social Work*, 47(4), 1262-1267.

- Crits-Christoph, P., Wilson, G. T., Hollon, S. D. (2005). Empirically Supported Psychotherapies: Comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin*, 131 (3), 412-417.
- Daws, R. M. (2008). Psychotherapy: The myth of expertise. In S.O. Lilienfeld, J. Ruscio, & S. J. Lynn (Eds.), *Navigating the mindfiel: A user's guide to distinguishing science from pseudoscience in mental health*, 311-344.. Prometheus Books/Rowman & Littlefield.
- Eagly, A., Riger, S. (2004). Feminism and Psychology Critiques of Methods and Epistemology. *The American Psychologist*, 69.
- Estimating the reproducibility of psychological science. (2015). *Science*, 349(6251), 1-8.
- Fransson, M., Hussein, S. (2019). Psykologers motivation i skuggan av New Public Management. [Masteruppsats, Lunds universitet]. Databas. <https://lup.lub.lu.se/>
- Francis, G. (2012). The psychology of replication and replication in psychology. *Perspectives on Psychological Science*, 7(6), 585-594.
- Greek, L. - A., & Rennie, D. L. (2006). Providers' and payers' endorsements of empirically supported therapy: A power-knowledge relationship? *Psychotherapy Research*, 16(1), 67-70.
- Horwitz, A.V. (2021). *DSM: a history of psychiatry's bible*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 678–685.
- Hyman, S. E. (2010). The diagnostic of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155-179.
- Jacobson, N. S., Dason, K. S., Truax, P.A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortned, E., & Prince, S. E. (2000). A component analysis of cognitive-behavioural treatment for depression. *Prevention & Treatment*, 3(1).
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 10, doi: 10.1001/archpsyc.56.10.921.
- Kristensson Uggla, B. (2019). *En strävan efter sanning: vetenskapens teori och praktik*. (Upplaga 1.) Lund: Studentlitteratur.

- Kuhn, T. S. (2017). *Vetenskapliga revolutioners struktur*. (Jubileumsutgåvan). Stockholm: Thales.
- Lesche, C. (1971). *Om psykoanalysens vetenskapsteori*.
- Lindbladh, J. (2018). "Att räkna pinnar" En kvalitativ undersökning av hur psykologer påverkas av och hanterar att möta krav på antal. [Psykologexamensuppsats; Lunds universitet]. Databas. <https://lup.lub.lu.se/>
- Longmore, R. J., & Worell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behaviour therapy? *Clinical Psychology Review*, 27(2), 173-187.
- Milrod, B. (2008). *Psykodynamisk behandling vid panikstörning: Manual för behandling enligt panikfokuserad psykodynamisk psykoterapi - PFPP*. Stockholm: Studentlitteratur.
- McWilliams, N. (2017). Integrative research for integrative practice: A plea for respectful collaboration across clinician and researcher roles. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(3), 283-295.
- Mathur, M. B., & VanderWeele, T. J. (2021). Estimating publication bias in meta-analyses of peer-reviewed studies: A meta-meta-analysis across disciplines and journal tiers. *Research Synthesis Methods*, 12(2), 176–191.
- Mineka, S., Watson, D., Clark, LA. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annu Rev Psychology*, 49, 377-412.
- Moncrieff, J., Wessely, S., & Hardy, R., (1998). Meta-analysis of trials comparing antidepressants with active placebos. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 172, 227-232.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260.
- Murray, S. J., Holmes, D., & Rail, G. (2008). On the constitution and status of the "evidence" in the health sciences. *Journal of Research in Nursing*, 13(4), 272-280.
- Pirozelli, P. (2021). The grounds of knowledge: a comparison between Kuhn's Paradigms and Foucault's Epistemes. *Kriterion*, 148(1), 277-304.
- Ponterotto, J.G. (2005) Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136.

- Sakaluk, J. K., Williams, A. J., Kilshaw, R. E., & Rhyner, K. T. (2019). Evaluating the evidential value of empirically supported psychological treatments (ESTs): A meta-scientific review. *Journal of Abnormal Psychology, 128*(6), 500–509.
- Schön, D.A. (2003[1995]). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. (Repr.[= New ed.]). Aldershot: Arena.
- Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Glass, D. R., & Dolan, R. T. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry, 49*(10), 782–787.
- Stein, D. B., & Foltz, R. (2010). If psychology refuses to police itself, then it may be the courts that force an overhaul of clinical psychology. *Ethical Human Psychology and Psychiatry: An International Journal of Critical Inquiry, 12*(2), 99–110.
- Stricker, G., & Goldfried, M. R. (2019). The gap between science and practice: A conversation. *Psychotherapy, 56*(1), 149–155.
- Stricker, G., & Trierweiler, S. J. (1995). The local clinical scientist: A bridge between science and practice. *American Psychologist, 50*(12), 995–1002.
- Thomas, P., Bracken, P., & Timini, S. (2012). The anomalies of evidence-based medicine in psychiatry: Time to rethink the basis of mental health practice. *Mental Health Review Journal, 17*(3), 152–162.
- Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy, 77*, 129-137.
- Wampold, B. E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research, 7*(1), 21-43.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015) *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Weisz, J. R., Weersing, V. R., & Henggeler, S. W. (2005). Jousting With Straw Men: Comment on Westen, Novotny, and Thompson- Brenner (2004). *Psychological Bulletin, 131*(3), 418-426.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson- Brenner, H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Empirically Supported



Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials.

*Psychological Bulletin*, 130(4), 631-663.

Wiggins, B. J., & Christopherson, C. D. (2019). The replication crisis in psychology: An overview for theoretical and philosophical psychology. *Journal of Theoretical and*

*Philosophical Psychology*, 39(4), 202–217.

Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. (3. ed.) Maidenhead:

McGraw Hill Education, Open University Press.

Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (1997). Cognitive- behavioral therapy for

bulimia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 67–93). New York: Guilford Press

## **Bilaga A**

### **Övergripande**

1. Vad för slags forskning har du bedrivit? / Hur har du arbetat kliniskt?
  - Område, metoder, nu/tidigare
2. Kan du lite kort berätta om vad du anser att en RCT-studie ger för information till en kliniskt verksam psykolog? Lyft gärna brister respektive fördelar med RCT-studien som metod.
3. Hur förhåller du dig till det som inte låter sig mätas?

### **Diagnoser**

4. Hur förhåller du dig till att rekrytering av studiedeltagare med diagnos som sätts enbart utifrån observerbara/mätbara kriterier riskerar att inkludera/exkludera patienter med mer komplex eller annan problematik än vad som framstår vid en screening?
5. Hur förhåller du dig till den kritik som lyfts i relation till dagens diagnossystem?
  - Borde forskningen intressera sig för andra typer av diagnossystem, såsom HiTop?
  - Vad är fördelarna med dagens system?
  - Överväger fördelarna nackdelarna eller tvärtom? Varför?

### **Urval/Extern validitet**

6. Hur ska en kliniker bäst tillämpa resultaten av en RCT-studie i mötet med en patient som lider av två diagnoser?
  - Hur tror du att den externa validiteten kan ökas i en RCT-studie avseende komorbiditet?
7. Hur förhåller du dig till att den socioekonomiska homogeniteten i urvalsgrupperna ofta är hög?
  - Hur tror du att den externa validiteten skulle kunna ökas i detta avseende?

### **Vetenskaplighet**

8. *Forskning visar att den behandling som är mest verksam är den som behandlaren tror mest på. På samma sätt visar forskning att den behandlingsmetod som*

*forskarlaget tror mest på är den som visar sig överlägsen i en specifik studie. Hur förhåller du dig till denna typ av konfirmationsbias?*

9. Tycker du att det finns en poäng med diversitet i terapimetoder, utifrån detta argument?
  - Finns de fördelar med diversitet i psykoterapimetoder, trots bristande evidens?
  - Om så, var ska gränsen dras för vilka metoder som är vetenskapligt och etiskt försvarbara?
  - Vilket evidensläge och vad för typ av evidens bör en metod ha för att vara vetenskapligt och etiskt försvarbar?
  - Gör du någon gränsdragning mellan vetenskapligt och etiskt berättigande av en terapimetod?

### **Blandat**

10. Hur förhåller du dig till kritiken som lyfts kring att manualbaserad behandling riskerar att underminera och/eller urholka psykologers professionella omdöme?
11. Hur tycker du att Socialstyrelsen bör förhålla sig till psykoterapiforskningen?
  - Borde studier med olika metoder inkluderas i forskningsunderlaget vid framtagandet av riktlinjer?
12. Hur förhåller du dig till att RCT-studier premierar de terapimetoder där mötet mellan terapeut och patient inte är lika inbakat i terapimetoden?

## Bilaga B



### Inbjudan till intervjustudie om den kvantitativa psykoterapiforskningens utmaningar

- Är eller har du varit verksam inom psykoterapiforskning?
- Har du ägnat dig åt kvantitativ psykoterapiforskning?
- Vill du bidra med en ökad förståelse för hur psykoterapiforskning bäst tillämpas i den kliniska verkligheten?

Jag är student på Psykologprogrammet vid Lunds Universitet och söker intervjupersoner till min examensuppsats som ämnar att undersöka psykoterapiforskarens syn på den kvantitativa psykoterapiforskningens utmaningar.

Det vetenskapliga paradigmet vi nu befinner oss i värderar mätbar kunskap. Detta framgår till exempel genom att Socialstyrelsens riktlinjer för val av psykologiska behandlingsmetoder enbart grundar sig på RCT-studier. Vissa kliniker uttrycker en kritik mot att psykoterapiforskningen befinner sig för långt bort från den kliniska verkligheten. Dessa menar att RCT-studiers strävan efter generaliserbarhet sker på bekostnad av det situationsspecifika mötet och det kliniska omdömet. Syftet med examensuppsatsen är att undersöka hur psykoterapiforskare som ägnar sig åt kvantitativ forskning förhåller sig till denna kritik; kan gapet mellan forskning och praktik minskas? Hur bör resultaten tillämpas? Kan/bör den kvantitativa psykoterapiforskningen utvecklas?

Intervjun är semistrukturerad och kan ske i person eller digitalt. Deltagandet är anonymt. Ersättning utgår ej. Intervjun beräknas ta 1 timme.

Har du några frågor eller är intresserad av att delta?

Hör av dig till [jonatan.wullt@gmail.com](mailto:jonatan.wullt@gmail.com)

Jonatan Wullt  
Psykologstudent, Lunds Universitet

Per Johnsson  
Docent och leg. Psykolog på Lunds  
Universitet  
[Per.johnsson@psy.lu.se](mailto:Per.johnsson@psy.lu.se)