

# Samma svårigheter och glädjeämnen oberoende av terapeutisk skola

Psykologer som arbetar med psykoterapi har besvarat en omfattande enkät om sin identitet som behandlare och om centrala terapeutiska frågor. Majoriteten anser sig vara psykodynamiker och näst största grupp uppger kbt-inriktning. Författarna **Sven Carlsson** och **Per Magnus Johansson** ser fler likheter än olikheter i svaren.

Enkätundersökningen kom till som en konsekvens av att vi båda, trots olika erfarenheter, har ställt oss frågor kring motsättningarna inom psykologkåren. Vi hade båda på olika sätt iakttagit en destruktiv rivalitet mellan olika grupperingar inom psykologkåren. Vi har slagits av hur svårt det har varit att skapa intellektuellt präglade och vetenskapligt grundade samtal i vilka deltagarna respekterar varandras skilda teoretiska utgångspunkter. Samtidigt har vi erfarenhet av att sådana olikheter kan producera både ny kunskap och initiera intressanta diskussioner. Snarare har alltså behandlingsprincipiella och/eller teoretiska diskussioner mellan psykologer med olika teoretiska förankringar haft karaktären att man betraktat den med en annan teoretisk utgångspunkt än den egna som mindre vetande och "ute på helt fel spår". Denna erfarenhet ska också ställas i relation till att kombattanterna har i princip en gemensam femårig utbildning följt av ett års praktik. Den gemensamma utbildningsbakgrunden till trots talar och agerar de olika teoriernas representanter som om de inte hade något gemensamt.

Vi hade från våra respektive yrkesverksamheter gjort erfarenheten att legitimerade psykologer många gånger mer uppträdde som troende personer än som personer med en akademisk utbildning förankrad i ett vetenskapligt och rationellt tänkande. Vår grundfråga gällde om detta fortfarande motsvarar de faktiska förhållandena. Naturligtvis var vi medvetna om att den erfaren-

het vi utgick ifrån var fragmentarisk, selektiv, subjektiv och på intet sätt heltäckande, men vi upplevde att vår erfarenhet var tillräckligt intressant för att ställa oss frågor som länade sig till vetenskapligt arbete.

Likheter och olikheter inom kåren Vi ville ta reda på hur denna frågeställning tar sig uttryck i samband med att olika problem uppkommer i en psykoterapeutisk process. Vi ställde oss också frågan om det kan vara så att motsättningen i högre utsträckning är närvarande på en metanivå än i det konkreta praktiska terapeutiska arbetet.

En dialog oss emellan ledde alltså till att vi ville undersöka likheter och olikheter inom psykologkåren med avseende på psykoterapeutisk inriktning. Därför bestämde vi oss för att göra en enkät, som vi utarbetade i två faser. Vi lät några utvalda med psykodynamisk inriktning (fyra personer) respektive kognitiv inriktning (fyra personer) svara på en enkät som var under utarbetande. Vi tog oss an deras kritik och lät den påverka vår slutgiltiga enkät. Denna skickades till 388 slumpvis utvalda offentliganställda.<sup>1</sup>

## Psykologens identitet

Vi var initialt intresserade av att förstå psykologernas identitet. Vi människor beskriver oss själva med hjälp av ord och beteckningar. Vilka vi är framträder bland annat med hjälp av de ord vi använder om oss själva och om andra. Vad gäller de svarandes identitet kan vi nu sedan vi bearbetat enkätsvaren

konstatera att majoriteten anger psykodynamisk psykoterapeut/psykolog eller kbt-psykoterapeut/psykolog som sin (yrkes-)identitet. Hänvisningen till psykodynamisk identitet är alltjämt störst. Ett annat fenomen värt att notera är att ett integrativt eller eklektiskt förhållningssätt visar sig förhållandevis ofta hos flera av de svarande. Svaren pekar på att en betydande grupp enskilda psykologer undviker en polarisering mellan psykodynamisk teori och kognitiv beteendeteori. De anpassar i allmänhet sin metod till situationen och till patientens problem.

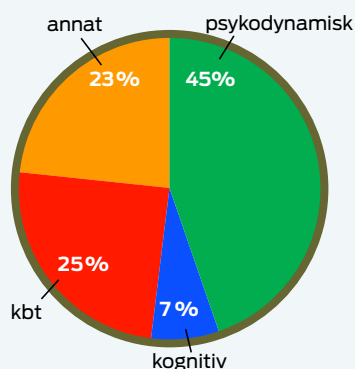
Enkäten har besvarats fullständigt eller praktiskt taget fullständigt av 163 respondenter. Bortfall inom respektive fråga förekommer, men oftast endast med några få procent. Flertalet har flitigt utnyttjat möjligheten att kommentera frågeställningarna.

Enkäten bestod av såväl öppna frågor som frågor med fasta svarsalternativ. De senare gav möjlighet till kommentarer. Frågeformuleringarna och svarsalternativen framgår av den sammanställning som följer. Vi har nöjt oss med en beskrivning av de kvantitativa frågesvaren, kompletterad med en jämförelse mellan svarande med olika terapeutisk inriktning i de få fall där påtagliga skillnader föreligger.<sup>2</sup> I den kvalitativa delen av svaren har vi lyft fram det vi uppfattat som tydliga huvudteman.

**Fråga 1:** Identifierar du dig, eller uppfattar du dig, som psykodynamisk psykoterapeut/psykolog (pdt), som kognitiv psykoterapeut/psykolog (kt), eller som kbt-

psykoterapeut/psykolog, eller har du en alternativ beskrivning av din yrkesidentitet eller psykoterapeutiska inriktning?

## FRÅGA 1



Knappt hälften av respondenterna (73 av 163 svarande, det vill säga 45 procent) anger "psykodynamiker" som identitet. I gruppen "annat" (23 procent) finns även de som angivit "psykodynamiker och kognitiv psykoterapeut". Sammantaget innebär det att bland de svarande dominerar andelen som i första hand och direkt betraktar sig som psykodynamiker. De med kbt-inriktning är den näst största gruppen, och utgör cirka 25 procent. Andelen som anser sig vara kognitiva psykologer/psykoterapeuter är relativt liten, endast drygt 7 procent. De jämförelser vi försökt göra mellan olika terapiinriktningar blir därför osäkra när det gäller denna svarandekategori.

När det gäller frågan om yrkesmässig identitet visar det sig genomgående att de svarande inte systematiskt håller fast vid den behandlingsinriktning som är deras huvudsakliga inriktning. Ibland uppstår strukturella hinder på vägen för att nå en viss identitet. En av de svarande svarar exempelvis: *Jag har en psykodynamisk grundutbildning steg I, kbt – steg II. Jag kan inte bli en renodlad kbt:are då utbildningen inte kunde ge en bra grund för arbete med personlighetsstörningar vilket jag fortfarande tycker den psykodynamiska teorin/metoden är överlägsen i.*

Ett förhållandevis typiskt svar är: *Jag är eklektisk. Jag har en steg I dynamiskt i botten och steg I kbt med inriktning*

*barn o. ungdom ovanpå det. De är båda användbara.*

Och en av de svarande som betecknar sig som psykodynamiker svarar: *Använder mig av olika tekniker/metoder beroende på problematik.*

## Eklektisk/integrativ inställning

Tittar man närmare på de kommentarer som lämnats av de svarande som valt det fjärde svarsalternativet "annat" när de karakteriserar sin inriktning, finner man att mer än hälften (22 av de 38 som valt detta alternativ) använder termerna "eklektisk" eller "integrativ", eller någon omskrivning som kan ses som synonym med någon av dessa beteckningar. Man kan ana att den eklektiska/integrativa inställningen gäller ytterligare några som nöjer sig med att ange att de använder sig av två eller flera terapiinriktningar utan att explicit beskriva den relation de ser mellan sina olika arbetssätt. Möjligen är detta ett tecken på att skotten mellan terapiskolorna inte är lika täta som vi hade föreställt oss och som vi dessutom erfarit i skilda sammanhang.

Utifrån enkätens resultat tänker vi att det är sannolikt att de som har en psykodynamisk identitet är påverkade såväl av SBU-rapporter och Socialstyrelsens rekommendationer som av hur dessa rapporter och rekommendationer har diskuterats ute på arbetsplatserna. Psykodynamiker i allmänhet är öppna för att integrera moderna psykoterapeutiska tekniker. Skillnader i enkätsvar mellan respondenter som uppger olika "identitet" är i allmänhet små (och inte statistiskt signifikanta). I ett par fall skiljer de sig emellertid åt, vilket framgår av den följande sammanfattningen.

**Fråga 2:** Hur lång tid har du dina patienter i behandling i allmänhet? Ange på ett ungefär i procent hur dina behandlingar fördelar sig med avseende på antalet sessioner. (Mindre än 10 sessioner; mellan 10-50 sessioner; mer än 50 sessioner.)

**Fråga 3:** Är antalet sessioner tillfredsställande? (öppen fråga)

Beträffande behandlingens längd och sessionernas antal framkommer i enkä-

ten att en viktig faktor är om psykologen själv kan avgöra antalet sessioner. De psykologer som kan styra över detta tenderar att vara mer tillfreds med sin situation och de använder sig av en varierad behandlingslängd (ofta 10-50 sessioner). En av psykologerna svarar: *Det är en tillfredsställande situation [eftersom] min arbetsgivare och chef överlåtit bedömningen av hur många sessioner som krävs till mig.*

Det kan vara av intresse att notera att 35 procent av de svarande anger att de aldrig utnyttjar mer än 50 sessioner. Samtidigt anger drygt 50 procent av de svarande att de är tillfreds med det antal sessioner de använder sig av. En respondent uttrycker följande tanke: *Om alla patienter i primärvården skulle få optimal behandling skulle primärvården fungera ännu sämre.*

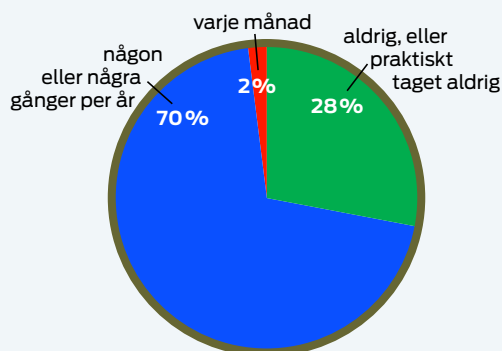
Jämför man de svarande som anger pdt, kt eller kbt som "identitet" finner man att alla uppger praktiskt taget samma andel (knappt 25 procent) korta terapier (<10 sessioner). Däremot finns en skillnad när det gäller de längre terapierna (>50 sessioner) där psykologerna med kbt-inriktning ligger betydligt lägre, och de medellånga, där de ligger högre.

Enkätsvaren pekar på att då arbetsgivaren entydigt har en generell politik som klart talar för korta behandlingstider tenderar psykologernas missnöje att öka. Ett begränsat antal svarande är nöjda med att ge korttidsbehandling. Några få kontrasterar privat mottagning mot offentlig vård. Inom ramen för den privata behandlingen ter sig längre behandlingstid mer naturlig. En av psykologerna ger följande kommentar: *I anställning i sjukvården är kontakterna generellt kortare, max 50 sessioner. I privatpraktik oftast längre.* Underförstått är att denna struktur av tidsbegränsning fungerar bra för psykologen.

Några psykologer ger uttryck för att de skulle vilja ha större frihet. Denna uppfattning uttrycks till exempel i följande svar: *Jag arbetar med korttidsrapier – huvudsakligen, men skulle gärna ha fler längre, som kunde vara 3 till 5 år.*

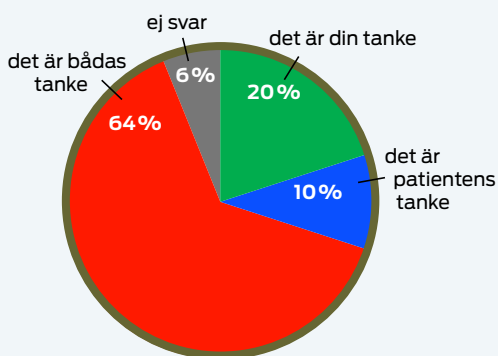
**Fråga 4:** Hur ofta inträffar det att du och din patient kör fast?

FRÅGA 4



Enkätsvaren ger bilden att psykologerna i allmänhet upplever att den psyko-terapeutiska behandlingen fungerar. En majoritet av de svarande anser att något allvarligt problem kan uppstå någon gång per år. Nästan alla av de svarande (mer än 98 procent) väljer alternativen "aldrig, eller praktiskt taget aldrig" respektive "någon eller några gånger per år". Det betyder sannolikt att de är nöjda med behandlingen, eller åtminstone då en direkt fråga ställs anger att så är fallet. Några lyfter fram betydelsen av att göra en korrekt bedömning innan behandlingen börjar. En psykolog skriver: *Jag kan inte nog betona vikten av att göra en ordentlig beteendeanalys inledningsvis, för att så långt det är möjligt undvika detta. Men ibland har [vi] kört fast.*

**Fråga 5:** När det gäller att avbryta/avsluta en behandling, vems tanke är det oftast?



I fråga om att avbryta en behandling lyfter respondenterna i allmänhet fram (64 procent) att det är viktigt att avbrottet bygger på ett gemensamt taget beslut. Detta svar överväger alltså. Några

av de svarande uppger att externa faktorer kan påverka avbrottet (exempelvis högt söktryck till mottagningen). Det betyder att andra skäl än de som är knutna till patienten i behandling leder till beslutet att avbryta en behandling. I en del fall (cirka 10 procent) anges att en patient kan sluta utan att psykologen gett sitt samtycke. Detta måste uppfattas som att psykologen tänker sig att behandlingen skulle kunna vara positiv för patienten, trots patientens tveksamhet. Tio respondenter (cirka 6 procent) väljer att inte besvara frågan, eller markerar mer än ett alternativ.

En av psykologerna som besvarat enkäten lyfter fram att ibland kan yttre hinder, som exempelvis föräldrar, tvinga fram att en behandling avslutas i förväg: *Behandlingen bryts ibland i förtid av föräldrarna, inte av mig.*

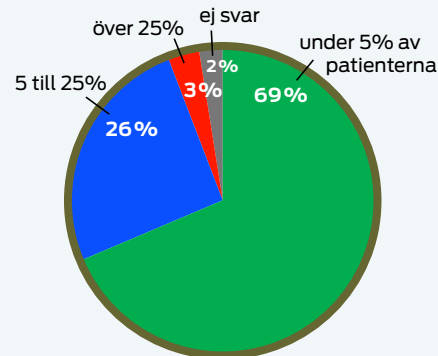
**Fråga 6:** Vad gör du i de situationer där du och din patient inte är överens om den fortsatta behandlingen? (öppen fråga)

När psykolog och patient inte är överens om behandlingen framträder två aspekter i ungefär lika stor omfattning. Den ena svarar mot upplevelsen att det hos den behandlande psykologen finns en kunskapsbrist, vilket leder denne att söka handledning. Då granskas behandlingsprocessen kritiskt och fokus är inställt på att finna en lösning. I den processen försöker psykologen också samtala med patienten. I några fall anges just att handledningshjälp då söks.

Den andra aspekten svarar mot att annan behandlare föreslås. Denna behandlare kan finnas inom såväl offentlig som privat vård och kan ha samma teoretiska inriktning eller annan inriktning än den behandlande psykolog som stött på svårigheter i mötet med en patient. Med andra ord kan en psykodynamiker hänvisa till en psyko-terapeut som arbetar inom kbt, och vice versa. Här visar sig således en öppenhet av det slag vi upptäckte redan i svaren till fråga 1.

**Fråga 7:** Hur ofta träffar du patienter som du bedömer att du inte kan hjälpa och där följaktligen ingen behandling påbörjas?

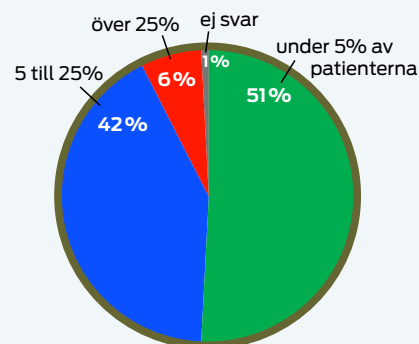
FRÅGA 7



De svarande bedömer i stor utsträckning (nära 70 procent) att mindre än 5 procent av deras patienter inte har kommit till rätt person. Dessa respondents svar pekar på att 95 procent av deras patienter således har fått träffa en psykolog som tänker sig kunna hjälpa patienten. Av de 159 som besvarat frågan bedömer 154, det vill säga nära 97 procent, att de minst tre gånger av fyra har något att erbjuda den patient de träffar i terapeutiskt arbete. I några enkätsvar betonas att den gallring bland patienter som föregår mötet mellan psykolog och patient har hög kvalitet. Detta medför i sin tur att den patient som psykologen möter i allmänhet passar för det psyko-terapeutiska arbetet.

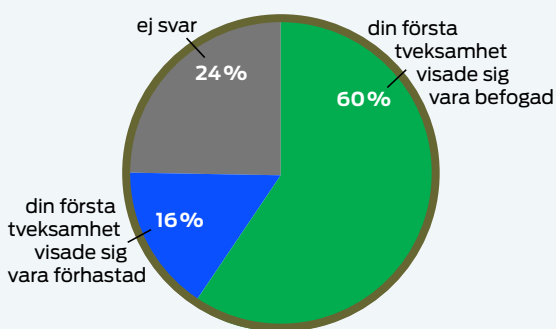
**Fråga 8:** Hur ofta inträffar det att du är tveksam över möjligheterna till behandling av en patient, men du gör ändå ett behandlingsförsök?

FRÅGA 8



**Fråga 9:** Hur har dessa försök oftast utfallit (syftar på fråga 8)? Drygt hälften av de svarande psykologerna (51 procent) påbörjar behandling trots att de med upp till 5 procent av

FRÅGA 9



patienterna initialt tvekar över möjligheten till behandling. En korstabulering av de två frågorna visar att de flesta av dessa (53 procent) upplever att tveksamheten har varit befogad. Ytterligare 42 procent anger att de varit tveksamma inför 5–25 procent av sina patienter; av dessa menar 69 procent att tveksamheten visade sig befogad. Oförutsägbara positiva förändringar sägs kunna förekomma under en behandling; drygt 20 procent av de svarande hävdar att tveksamheten var obefogad. Patienterna var i dessa fall mer lättbehandlade än behandlande psykolog inledningsvis tänkte sig. *Jag blir ofta överraskad. [...] "svåra" [patienter] gör underverk.* Den tveksamhet beträffande motivation som först infann sig försvann och patienterna fann en mening i att gå i psykoterapi.

**Fråga 10:** Hur viktigt är det för dig att den typ av behandling du använder är evidensbaserad? (öppen fråga)

I svaren på denna öppna fråga om evidens kan man lyfta fram några väsentliga typer av svar. Vissa av de svarande fäster stor tilltro till evidens medan andra uttrycker tvekan eller osäkerhet, och vill på grund av detta föra en diskussion om begreppet. Icke desto mindre finns en samstämmighet om att ett utvidgat evidensbegrepp borde införas; det bör inkludera evidensbaserad praktik, vetenskapligt beprövad erfarenhet och resultat från forskning som inkluderar kvalitativa metoder kring psykoterapins effekter.

*Det är viktigt för mig att bedöma helheten: vad vill patienten, vad kan jag, hur är den yttre situationen, vad säger forskningen, vad säger erfarenheten i*

*studier och på mottagningen.* Denna aspekt finner många svarande vara av avgörande betydelse.

En grupp svarande psykologer vänder sig emot ett evidensbegrepp som är förankrat i ett naturvetenskapligt/medicinskt paradigm, och flera uttrycker irritation över krav man upplever sig ha mött på att inga andra metoder får användas än sådana som är baserade på evidensforskning.

*Kejsarens kläder intresserar inte mig – men min arbetsgivare, säger en. En annan svarar: Så länge evidensbegreppet bara omfattar randomiserade studier, är det oväsentligt. Ett utvidgat evidensbegrepp blir viktigt. Men viktigast är den kliniska evidensen.*

Det finns emellertid en kollektiv konsensus om att systematiska studier behövs vid utvärdering av psykologpraktiken och psykoterapin. Men dessa studier kan se olika ut och bör varieras.

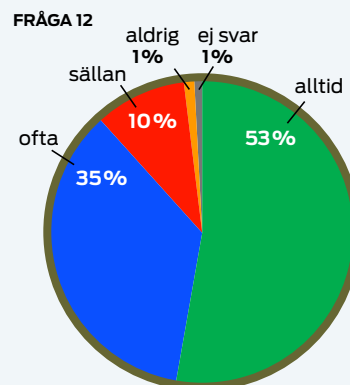
**Fråga 11:** Utvärderar du dina behandlingar eller låter du dem bli utvärderade? (öppen fråga, inledd med kryssalternativet: Mina behandlingar utvärderas i allmänhet inte.)

Nästan tre fjärdedelar av de svarande (drygt 73 procent) utvärderar sitt terapeutiska arbete. En majoritet av respondenterna ställer sig också positiva till utvärdering. Flertalet poängterar att utvärderingen sker genom att den behandlande psykologen samtalar med patienten om behandlingens effekt/resultat liksom om förhållandet mellan uppsatta mål och i vilken grad de förverkligats/uppnåtts, medan andra beskriver utvärderingar som sker med hjälp av enkäter eller skattningsskalor. Eftersom innebörden av termen "utvärderar" i frågetexten inte preciserats kan vi inte närmare ange hur de svarande fördelar sig på dessa olika utvärderingsstrategier.

*Svårt att besvara då det beror på definition av utvärdering. Mina beh[andlingar] utvärderas i allmänhet inte på ett systematiskt sätt. Däremot utvärderar jag muntligen och tillsammans med pat[ienten] vår kontakt och vad vi åstadkommit.*

En dryg fjärdedel (27 procent) av de svarande uppger att deras verksamhet sker utan utvärdering. En betydande andel av de svarande uppger att bristen på ekonomiska resurser och tidsbrist leder till att mer kvalificerade utvärderingar inte kommer till stånd. Av kommentarerna att döma finns en utbredd önskan att arbetet på något sätt ska utvärderas. En jämförelse mellan inriktningarna när det gäller huvudfrågan, om man utvärderar eller inte, utvisar en tendens till att en mindre andel (13 procent) av dem med kbt-inriktning säger sig inte utvärdera jämfört med övriga (26–35 procent).

**Fråga 12:** Formulerar du behandlingsplan för dina terapier?



**Fråga 13:** Tillåter du att den uppgjorda behandlingsplanen förändras under behandlingens lopp? (öppen fråga)

**Fråga 14:** Vad gör du då behandlingen avviker från behandlingsplanen? (öppen fråga)

Man kan notera att majoriteten av de svarande gör upp behandlingsplaner – 53 procent fyller i svarsalternativet "alltid" och 35 procent alternativet "ofta" – och är även beredda att revidera planen tillsammans med patienten då det är befogat och/eller nödvändigt. Några svarande inom den psykodynamiska traditionen visar en negativ inställning till behandlingsplaner; dessa är inte kompatibla med ett fungerande behandlingsarbete. Några svarande med förankring inom kbt-traditionen, samt de som ingår i ett psykiatriskt teamarbete lyfter fram att behandlingsplanen är en skyldighet. För dessa blir behand-

lingsplanen inte en fråga om att välja. I en majoritet av enkätsvaren framkommer att psykologen känner sig komfortabel med idén att skriva om en tidigare uppgjord behandlingsplan. Den går att anpassa efter hur arbetet utvecklas. Behandlingsplanen är en plan som alltså har ett förhållande till hur patienten reagerar på behandlingen.

**Fråga 15:** Vad gör du som klinisk psykolog/psykoterapeut då det uppkommer svårigheter i behandlingen? (öppen fråga)

Det kan konstateras att de svarande, då det gäller uppkomna svårigheter i behandlingen, företrädesvis för fram att de tar stöd i kollega/handledning för att försöka lösa svårigheten. Detta gäller cirka 85 procent av respondenterna. Att byta behandlingsinriktning är ett alternativ för endast ett fåtal av dem som svarat på enkäten. Det tycks således finnas en tilltro till förmågan att kunna lösa uppkomna svårigheter genom samtal med kolleger och handledare. Handledningsgrupper och/eller -team är naturliga fora för att söka en lösning då en behandling gått i stå eller präglas av svårigheter.

**Fråga 16:** Vad uppfattar du som de viktigaste skälen till att en behandling inte går på det sätt som du och din patient önskar? (öppen fråga)

Om orsakerna till uppkomna behandlingssvårigheter anger de svarande en rad olika skäl. Summan av dessa skäl speglar ett brett spektrum. I detta spektrum framträder a) motivationsfaktorn, främst hos patient men även hos behandlande psykolog, b) svårigheter att etablera en terapeutisk allians, c) felaktiga bedömningar gällande patientens möjligheter att tillgodogöra sig terapin, d) externa faktorer (men direkt terapi-relaterade) såsom alltför snäva tidsramar för terapin, och e) divergerande uppfattningar om behandlingstiden.

Även andra externa faktorer, icke direkt relaterade till terapin, nämns – såsom att patienten drabbas av nya traumatiska erfarenheter eller att patienten blir bostads- eller arbetslös. I grunden finns inget som tyder på att det är någon fundamental skillnad mellan

de yrkesidentiteter som de svarande representerar när det gäller hur orsakerna till svårigheter i behandlingsarbetet/psykoterapin förklaras. Man kan till och med göra gällande att det finns ett gemensamt sätt hos de svarande att reflektera kring uppkomna behandlingssvårigheter, oberoende av psykoterapeutisk hemvist eller tillhörighet/identitet.

**Fråga 17:** Vilken eller vilka strategier använder du för att vända en negativ reaktion eller trend i en behandling? (öppen fråga)

En av de mer frekvent använda metoderna för att vända en negativ trend eller reaktion i behandlingen är att söka lösningen inom ramen för ”motivation”; den negativa trenden/reaktionen betraktas som ett svar på en motivationsfråga. Ett antal strategier för att undersöka patientens motivation, och möjliggöra för patienten att ta ställning till om denne verkligen vill gå i terapi, förs fram i enkätsvaren. Flera av de svarande hävdar att en framkomlig väg just är att öka patientens motivation. Det finns motivationshöjande metoder för att vända en negativ trend. Även i svaren till denna fråga förekommer, hos flera av de svarande, idén att söka stöd i handledning för att kunna vända den negativa utvecklingen i behandlingsarbetet. Något enstaka svar för fram möjligheten att söka stöd hos någon av patientens anhöriga för att höja patientens motivation.

**Fråga 18:** När du ger upp i en behandling – i vilka sammanhang avslutar du en psykologisk behandling/psykoterapi och refererar patienten till en kollega? Hur skulle du vilja beskriva den situationen? (öppen fråga)

I många svar framskymtar det smärtsamma som präglar den situation då en behandling inte gått som man önskat och man står inför beslutet att hänvisa patienten till en kollega. Ett representativt svar lyder: *Om pat[ienten] är tydlig med att han/hon inte har förtroende för mig o[ch] fortsatt samarbete inte är möjligt utan skulle urarta i en maktkamp.*

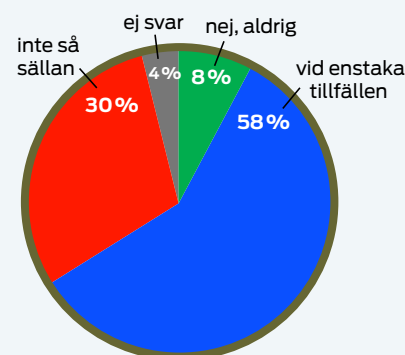
I dessa situationer verkar de flesta

ändå vara fria att överlämna patienten till annan behandlare. Tendensen är att prestigeförlusten i att inte ha lyckats i ett behandlingsarbete inte hindrar psykologen/behandlaren från att tänka klart: *Tänker att det är viktigt att inte låta sin omnipotens styra el[ler] hålla kvar patienter som visar [...] att det inte är bra [...].*

Och därmed låta en annan psykolog som eventuellt har bättre förutsättningar ta över: *Om jag ser att jag tömt min ”verktyglåda” och vet att en kollega har en annan behandling som skulle kunna hjälpa patienten så är det ju klart att patienten ska gå dit där [patienten] får bäst hjälp.*

**Fråga 19:** Händer det att du rekommenderar en patient att gå till en psykoterapeut med annan inriktning än din egen?

FRÅGA 19



Nära 92 procent av de 157 som besvarat frågan kan se något positivt i att överlämna en patient till en terapeut med annan inriktning än den egna (omfattar svarsalternativen ”vid enstaka tillfällen” och ”inte så sällan”). Cirka 8 procent av de svarande hävdar att det aldrig sker. Denna grupp har sannolikt svårt att uppfatta något positivt i att överlåta patienten till behandlare av annan inriktning än den egna. Absolut trohet till den egna skolbildningen är mindre framträdande än vad vi tänkte oss. Det handlar om så få som 8 procent av de svarande. Bortfallet på denna fråga är cirka 4 procent.

Resultat och kommentar

De svarandes sätt att svara pekar på att föreställningen att det finns en entydig

antagonism mellan representanter för kbt respektive psykodynamisk teori är felaktig; den speglar inte det verkliga förhållandet. En ömsesidig förmåga att uppskatta värdet i den andra teoribildningen tycks finnas. Mycket tyder på att identiteten som psykolog är viktigare än identiteten som "kbt-are" eller "psykodynamiker". Likheterna mellan de olika inriktningarna är större än skillnaderna, att döma av de analyser vi gjort av hur psykologer med olika identitet besvarar enkätens frågor om förhållningssätt till centrala terapeutiska frågor. Denna brist på skillnader ser vi som ett viktigt resultat av enkätundersökningen. Kanske är den ett uttryck för att polariseringskrafterna är i avtagande. Det är också möjligt att utifrån enkätundersökningen påstå att psykologer uppfattar att skilda problem lämpar sig för olika psykologiska behandlingar.

Mycket tyder på att de intryck och erfarenheter vi utgick ifrån inte konfirmeras av enkätsvaren. Likheterna mellan de svar psykologerna ger framträder tydligare än olikheterna. Det psykoterapeutiska arbetet innebär uppenbarligen svårigheter och glädjeämnen som är oberoende av den terapeutiska skola man bekänner sig till. Av enkätsvaren kan vi även utläsa att öppenheten är större än vad som ibland framgår i debatten och som sagt större än vad vi föreställde oss. Hur en psykolog reagerar inför svårigheter i behandlingsarbetet (den psykoterapeutiska processen) tycks vara förhållandevis oberoende av vilken inriktning den svarande psykologen tillhör. Gemensamt är till exempel att psykologerna kan ifrågasätta valet av patient, söker handledning vid svårigheter och, när det är möjligt, försöker höja patientens motivation inför det psykoterapeutiska arbetet i avsikt att på gemensam grund försöka lösa uppkomna svårigheter.

En olikhet gäller behandlingens längd. De psykodynamiskt orienterade respondenterna anger en större andel långa terapier än kbt-psykologerna, medan förhållandet är det omvända när det gäller terapier med en varaktighet mellan 10–50 sessioner. De kortaste terapierna (upp till 10 sessioner) uppvisar

däremot inga olikheter mellan terapiinriktningarna. Påtagligt och viktigt att notera är att majoriteten av de svarande kan hänvisa patient till terapeut med annan inriktning än den egna.

#### Några hypoteser

När de svarande psykologerna i lugn och ro och anonymt fyller i enkäten, plus de reflexioner som frågorna initierar, är det inte i en polemisk situation, vilket får till följd att svaren får en mer försonlig karaktär. Motsättningarna uttrycks svagare i en sådan situation än då man är mitt inne i en polemik och/eller då den enskilde befinner sig i en situation där han/hon påverkas av grupptryck och/eller av den muntliga diskussionens tendens till överdrifter.

Tiden tycks göra sitt. Det innebär att när ett nytt paradigm introduceras blir motsättningen initialt som störst. Motsättningen är ett svar på en ackumulerad besvikelse över ett äldre paradigm, som, när det ersätts, omvandlas i en orealistisk, närmast tveklös tilltro till det nya paradigmet. Med tiden tonas såväl besvikelsen som de överdrivna förhoppningarna ner. Det hindrar emellertid inte att meningsskiljaktigheterna består, men det skapas också förutsättningar för kompromisser och mer genomtänkta ställningstaganden.

De olika teoretiska inriktningarna, olikheterna till trots, kan inspirera varandra och skapa nya behandlingsformer och förhållningssätt. Genom att representanter för de olika inriktningarna lär känna representanter för andra inriktningar minskar motsättningarna. Det är lättare för fördomar att frodas när man inte känner någon från andra sidan än när man ingår i gemensamma samtal/konferenser/projekt.

Det är också möjligt att när de motsättningar som vi i denna undersökning utgick ifrån har fått en mer rimlig karaktär, skapas förutsättningar för att över tid arbeta fram en psykoterapi som i större utsträckning är baserad på en typ av vetenskapligt tänkande som erkänns av representanter för de olika inriktningarna.

Enkätresultatet pekar på att det finns mer av ett eklektiskt och integrativt tänkande, liksom av en pluralistisk inställning än vad vi initialt föreställde oss. Vi hävdar att vår initiala tanke också väl motsvarar hur man under de senaste två decennierna i allmänhet tänkt i denna fråga. Vårt arbete pekar på att ett paradigmiskt försoningsarbete är i verksamhet. ✨

SVEN CARLSSON

PER MAGNUS JOHANSSON

Båda författarna delar samma ansvar för artikeln.

#### OM FÖRFATTARNA

**Sven Carlsson** är psykolog och professor emeritus i psykologi vid psykologiska institutionen i Göteborg. Hans forskningsinriktning ligger inom områdena hälsopsykologi, psykoterapi och psykosomatisk medicin. Han har medverkat till utbildningar för psykologer verksamma i primärvården.

**Per Magnus Johansson** är psykolog och ordförande i Sveriges Psykologförbunds etikråd. Han är också psykoanalytiker och



FOTO: MAGNUS GOTÅNDER

docent i idé- och lärdomshistoria i Göteborg där han undervisar och handleder vid psykologiska institutionen, i psykiatri och privat.

1. Enkäten sändes till två slumpmässigt dragna stickprov om 200 som ställdes till vårt förfogande av Psykologförbundet ur en förteckning på offentliganställda psykologer bland förbundets medlemmar (N 3228). På grund av att en adress var defekt och elva av adresserna i det andra stickprovet redan fanns i det första, blev det totala antalet utsända enkäter 388 (motsvarande 12 procent av det totala antalet i förteckningen). Efter upprepade påminnelser hade i december 2010 308 enkäter kommit i retur (79 procent). Av dessa svarande angav 123 att de inte sysslade med psykoterapi och därför inte ansåg sig kunna besvara enkäten, och 22 angav att de avstod från att svara av andra skäl. Det totala antal ifyllda enkäter som vår studie baseras på är alltså 163. Enkäterna besvarades anonymt, men var försedda med ett kodnummer som avlägsnades när svaret registrerats.

2. Jämförelserna mellan inriktningar har analyserats med chi2 testning, och de specifika avvikelser som kommenteras baseras på signifikanta residualer. Jämförelserna av behandlingens längd baseras på variansanalys av de procenttal som angavs för de olika terapilängderna.