

# **Psykoterapiintegration – en del av vardagen för vårdcentralpsykologen**

**Lotten Almgren**

Vetenskapligt specialarbete  
Klinisk psykologi

Oktober 2010

Omarbetad version nov 2010

Handledare: Professor Rolf Holmqvist  
Linköpings universitet

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b>	3
<i>Tidigare forskning</i>	3
<i>Eklektisk eller integrativ psykoterapi</i>	6
<i>Vad vill jag ytterligare bidra med?</i>	10
<b>Syfte</b>	11
<b>Metod</b>	11
<i>Deltagare</i>	11
<i>Datainsamling</i>	12
<i>Analys</i>	12
<b>Resultat</b>	13
<i>Psykoterapiintegration</i>	13
<i>Som en verktygslåda</i>	13
<i>Patienten i centrum</i>	17
<i>Reflektion</i>	18
<i>Teoretisk reflektion</i>	18
<i>Teknisk reflektion</i>	19
<i>Psykologen</i>	19
<i>Kunskap</i>	19
<i>Personliga egenskaper</i>	21
<i>Kontext</i>	22
<i>Inställning till integration</i>	22
<i>Att arbeta på vårdcentral</i>	22
<i>Sammanfattning av resultatet</i>	23
<b>Diskussion</b>	24
<i>Metoddiskussion</i>	24
<i>Resultatdiskussion</i>	25
<b>Referenser</b>	31
<b>Bilagor</b>	
Bilaga 1: Intervjufrågor	34
Bilaga 2: James Bennet-Levys modell av en psykoterapeuts utveckling	35

# **Psykoteraپیintegration – en del av vardagen för vårdcentralpsykologen**

Många psykologer säger sig arbeta eklektiskt/integrativt. Studien ger en beskrivning av vad termen omfattar när den används av psykologer verksamma på vårdcentral. Beskrivningen är baserad på semistrukturerade intervjuer med sju psykologer. Intervjuerna har analyserats och sammanställts med hjälp av tematisk kvalitativ analys. Resultatet lyfter fram den bredd av metoder som används från olika teoretiska skolbildningar för att matcha patientens behov och ger en bild av de förutsättningar och ramar som påverkar arbetet. De intervjuade vårdcentralpsykologernas arbete kan karakteriseras som psykodynamisk assimilativ integrativ psykoteraپی, i hög grad utformat utifrån patienten. Tre av fyra ansatser inom psykoteraپیintegration finns representerade i resultatet: assimilativ integration, ”common factors” och teknisk integration.

## **Inledning**

Denna studie är genomförd som en del i min specialistutbildning inom klinisk psykologi. Efter att ha arbetat som psykolog i femton år började jag under år 2009 arbeta inom ett för mig nytt område - på vårdcentral. När jag skulle välja ämne för mitt vetenskapliga specialarbete föll det sig därför naturligt och spännande att skriva något om just psykologernas arbete på vårdcentral. Psykologisk behandling och psykoteraپی utövas även av andra yrkeskategorier i verksamheten, men jag har valt att fokusera just på psykologerna i denna studie. Arbetet är dock förhoppningsvis givande att läsa även för andra yrkesgrupper.

### *Tidigare forskning*

Psykologisk utredning och behandling inom primärvårdsverksamhet hade sin början i USA år 1962 på Kaiser Permanente Medical Center i Kalifornien. Psykologer och socialarbetare integrerades i den medicinska verksamheten och samarbetade kring patienter tillsammans med läkare. Liknande verksamheter skapades i Boston under 1970-talet (Haas, 2004). I Holland och England har modeller med integrerad vård utvecklats och varit föregångare inom europeisk sjukvård (Carlsson, 2001). I Sverige har av tradition kuratorer varit verksamma sedan länge på vårdcentraler. Vad gäller psykologer fanns spridda verksamheter med psykolog på vårdcentral under 1970-talet, men under 1990-talet kom denna verksamhet igång

på allvar. Då bedrevs flera projekt på olika ställen i landet med goda resultat (Marne, Persson, Selander & Weirén, 2004).

Göteborg var tidigt ute jämfört med andra delar av landet. Här startades 1994 projekt med psykolog på vårdcentral både på Hisingen (senare Deltaprojektet) och på Svalebo vårdcentral. I Mölndal startades ”Psykolog på vårdcentral” 1998 och POPPIS, ett samarbete mellan psykologer och privatpraktiserande läkare, startade året därpå (Larssen & Pettersson, 2002). Projektresultaten pekade entydigt på nyttan med psykologer på vårdcentral, vilket professor emeritus Sven Carlsson sammanfattade i sin rapport ”Psykologi i primärvården” år 2001. De goda resultaten ledde till att det år 2003 fanns 12 psykologer anställda på 15 (av 34) offentliga vårdcentraler i Göteborg (Marne m.fl., 2004). POPPIS presenterade också goda resultat av samarbetet mellan privatpraktiserande läkare och psykologer (Järvå, 2005 i Ekerlid, 2006). Resultatet innefattade inte bara patienternas upplevelser. Man visade också att majoriteten av läkarna (ca 95 %) upplevde att man hade ”mycket goda erfarenheter” från samarbetet med psykologer. Liknande resultat har även framkommit i amerikanska undersökningar, där läkare inom integrerad vård upplever sig mer tillfreds med arbetet (Blount, 1998 i Haas, 2004).

Under 2000-talets första decennium fortsatte expansionen i Sverige. I slutet av 2005 fanns sammanlagt 129 psykologer som arbetade på vårdcentraler i landet. Av dessa fanns 30 psykologer inom Västra Götalandsregionen, varav ca 20 i Göteborg (Myhr, 2005). På tio år hade man alltså ökat tillgången från 0 till 20 anställda psykologer. Denna siffra ökade de därpå följande åren, men har under det senaste årets nedskärningar minskat igen till drygt 20 psykologer.

En rapport med titeln ”Psykolog på vårdcentral, verksamhet och visioner” publicerades år 2004 av fyra psykologer verksamma på vårdcentraler i Göteborg. Rapporten tillkom på uppdrag av Ledningsgruppen för Primärvårdsområde Centrum. Psykologerna presenterade hur verksamheten med psykolog på vårdcentral utvecklats dittills och vilka utvecklingspotentialer de kunde se i sitt arbete. Göteborg har sammanfattningsvis legat i framkanten av utvecklingen med psykologverksamhet på vårdcentral, något som uppmärksammas i övriga delar av landet (Marne m.fl., 2004). Psykologiska Institutionen vid Göteborgs universitet var år 2004 pionjär i landet med anpassad vidareutbildning för psykologer på vårdcentral.

Utbyggnaden av psykologisk kompetens på vårdcentraler föranleddes av att patienters behov av detta hade kartlagts. Beräkningar i internationell forskning pekar på att 20-40 % av vårdcentralens patienter är i behov av psykologisk behandling (Carlsson, 2001). De problem

patienterna uppvisar kan handla om psykiatriska symtom, stressrelaterad ohälsa eller problem relaterade till kronisk sjukdom eller psykosocial belastning (Haas, 2004). Begreppet ”den tredje patienten” har myntats för att beskriva det faktum att var tredje patient som söker vårdcentralen i första hand är i behov av psykologiska insatser (Marne m.fl., 2004). Patienterna lider framförallt av psykisk ohälsa i form av depressioner, ångest och stressrelaterade symtom, vilket många gånger tar sig fysiska uttryck såsom exempelvis hjärtklappning, högt blodtryck, smärtproblematik eller sömnstörningar. WHO har beräknat att depression kommer att vara den näst vanligaste sjukdomen i världen år 2020.

Svenska vårdcentralpsykologer träffar ett stort antal patienter i sitt arbete. Medeltalet i en kartläggning från 2005 låg på 127 nybesök per år. En tredjedel av psykologerna hade 150-200 nybesök på ett år. Antalet samtal med varje patient låg i medeltal på 7 samtal. De vanligaste diagnoserna utgjordes av depression, ångest samt stressrelaterad depression. Hälften av patienterna hade depressionsdiagnos (Myhr, 2005).

I rapporter och studier som beskriver hur psykologer arbetar på vårdcentraler finns en gemensam nämnare, nämligen begreppet eklektiskt. Sven Carlsson skrev i sin rapport att primärvårdpsykologer oftast har en psykodynamisk utbildningsbakgrund. ”Mycket få, om ens någon, arbetar emellertid konsekvent psykodynamiskt. Inte heller kan man säga att någon genomgående arbetar med en trogen tillämpning av någon annan av de etablerade terapiformerna. Man väljer det tillvägagångssätt som man bedömer att situationen kräver. Det verkar inte som om detta erbjuder några svårigheter, snarare uppfattar man den teoretiska flexibiliteten som naturlig och nödvändig” (Carlsson, 2001, s. 7). En annan studie beskriver hur psykologer på vårdcentral arbetar utifrån egna eklektiska modeller och anpassar sig efter patienterna (Larssen & Pettersson, 2002). Även psykolog Ulla Myhr kom i sin kartläggning fram till att många psykologer på vårdcentral hittat ett eklektiskt arbetssätt för att uppnå bästa resultat. Hon beskrev att man arbetade med ”blandformer överensstämmande med personlig stil och mognad” (Myhr, 2005).

I Göteborgsrapporten från 2004 beskrevs olika delar av psykologers arbete. Förutom psykoterapi arbetar psykologen med konsultation, rådgivning, kristerapi och stödjande insatser i det direkta patientarbetet. Den korttidspsykoterapi som man bedrev utgick som regel från ett ”integrerat teoretiskt perspektiv, vilket innebär att psykologen använder sig av den teori eller metod som är mest lämplig för patienten” (Marne m.fl., 2004, s. 30). ”Eventuellt använder psykologen kombinationer av olika insatser från de problemställningar som patienten presenterar” (Ibid, s. 31). Magnus Ekerlid undersökte i sin psykologexamensuppsats vad det innebär att arbeta eklektiskt utifrån en rad diagnoser som är vanligt förekommande

inom vårdcentralsverksamhet. Han kartlade via enkäter vilka interventioner som psykologer på vårdcentral använde sig av vid olika problemställningar. Resultaten visade att psykologerna hade en flexibel inställning till val av behandlingsmetod. Eklektisk terapi visade sig vara den vanligaste behandlingsmetoden, vilket stämde väl överens med internationella studier. Den enskilda intervention som oftast förekom vid olika diagnoser var psykoedukation (Ekerlid, 2005).

Anledningarna till att så många psykologer säger sig arbeta eklektiskt hör sannolikt ihop med de särdrag som präglar arbetet och de patienter man möter som behandlare. Arbetet i primärvården utmanar psykologens beslutsfattande, effektivitet och kliniska kompetens. "Rena" psykiatriska tillstånd är ovanliga, symtomen på psykisk ohälsa är ofta sammanflätade med medicinska tillstånd och sidoeffekter av medicinering (Haas, 2004, s. 21). Det faktum att Primärvården omfattar en blandad patientgrupp med en så stor variation av problem medför att pragmatism och effektivitet är nödvändigt. Snabbhet, effektivitet och ont om tid tillhör därför huvuddragen i arbetet (Lee i Haas, 2004). Det gäller för psykologer att kritiskt granska välbekanta delar av sin kliniska praktik och på ett effektivt sätt anpassa dessa till vårdcentralsmiljön (Haas, 2004). Som Marne m.fl. uttryckte det: "Behandlingsinsatsen är begränsad och syftar till att hjälpa individen att klara en besvärlig situation. Det gäller att ge patienten "hjälp till självhjälp", snarare än att följa patienten hela vägen fram till hälsa. Fokuserade, snabba insatser och korta behandlingstider är nyckelord" (s. 25).

I boken "Primary care psychology" skriver författarna:

As though guided by the industrial principles of the assembly line, health care has been increasingly broken into smaller and smaller units of service offered by generic providers. Another aspect of this trend has been an increased emphasis on treatment guidelines, part of what has sometimes been referred to as *evidence-based medicine*. The function of a guideline is to identify the most effective treatment for a particular condition, with the intended results that the quality of care offered to the patient will be increased and that variability in the care offered to a patient will be reduced. However, many of the guidelines offered by managed care organizations conflated the goals of cost containment and quality assurance, thereby attempting to control costs through decisions about treatment rather than about benefits. *An excessive or rigid reliance on guidelines as a substitute for clinical judgement is certainly likely to undermine the treatment relationship. Moreover, complex clinical situations rarely lend themselves to treatments that can be applied in step-by-step cookbook fashion.* (Frank, McDaniel, Bray & Heldring, 2004, s. 33, andra kursiveringen tillfogad)

Med komplexiteten i behandlingen som utgångspunkt har begreppet evidensbaserad *praktik* (istället för medicin) lyfts fram i debatten kring evidensbaserad behandling. Kriterierna för evidensbaserad praktik har formulerats av det amerikanska psykologförbundet, APA, där patientens preferenser och praktisk erfarenhet betonas som komplement till resultat från forskningsstudier. Inom internationell psykoterapiforskning råder konsensus kring det faktum att ingen psykoterapeutisk inriktning visat sig mer effektiv än någon annan på ett generellt plan (Lambert, 2004). Man betonar däremot att behandlarens egenskaper får stor inverkan på resultatet av psykoterapin. Det kan handla om terapeutens interpersonella, empatiska förmåga, träning, erfarenhet och förmåga att inge hopp. Det är även framträdande att patientens egenskaper spelar stor roll för utfallet, exempelvis handlar det om patientens problem/diagnos, grad av svårigheter, tidigare och nuvarande funktionsförmåga, komorbiditet (personlighetsstörningar, tidigare övergrepp) och en rad sociodemografiska variabler. Vidare betonas personlighetsvariabler såsom förväntningar på terapin, förändringsbenägenhet, jagstyrka, psykologisk ”mindedness”, interpersonella färdigheter och patientens anknytningsmönster (Lambert, 2004). Att förminska patienten till en diagnos och utifrån denna diagnos fastställa vilken behandling som ska ges utesluter den komplexitet som behandlaren måste ta ställning till vid val av interventioner. Det eklektiska/integrativa förhållningssättet till psykoterapi förhåller sig adaptivt till dessa variabler.

### *Eklektisk eller integrativ psykoterapi*

Då många psykologer som arbetar på vårdcentral uttryckt att de arbetar eklektiskt eller eklektiskt/integrativt tog jag utgångspunkt i begreppet eklektisk i mitt arbete. Termen härrör från grekiskans ”eklegein” som betyder välja ut. I Nordisk familjebok kan man läsa att eklekticism är ”den metod inom vetenskap (särskilt filosofin) och konst, som kännetecknas därav, att man i sin egen åsikt eller uppfattning sammanför beståndsdelar ur föregående åsikter eller uppfattningar. Inom de sköna konsterna menas med eklekticism en strävan att förena olika förebilders stilar”. Ordet eklektiker har en mer negativ klang: ”person, vars åskådning och vetenskapliga eller konstnärliga alstring sakna djupare originalitet och som rör sig med ett urval av andras idéer och motiv” (Nordisk familjebok, 1945).

Begreppet eklektisk har även kommit att användas inom det psykoterapeutiska fältet. Begreppet är bl.a. förknippat med Lazarus multimodala terapi (Lazarus, 2005). Lazarus själv betecknar sig som eklektiker (Stricker, 2010). Begreppet är dock inte okontroversiellt. ”The term *eclecticism* has acquired an emotionally ambivalent, if not negative, connotation for

some clinicians due to its alleged disorganized and indecisive nature. In some corners, eclecticism connotes undisciplined subjectivity, 'muddle-headedness', the 'last refuge for mediocrity, the seal of incompetency'" (Robertson, 1979 citerad i Norcross, 2005, s. 15). Termen teknisk integration används som ett alternativ till teknisk eklekticism av Stricker, som menar att det är viktigt att skilja psykoterapiintegration från eklekticism. Han menar att "*the vast majority of practitioners of psychotherapy integration prefers the term integration to eclecticism and view integration as a high-order approach to theory rather than the absence of a guiding theory*" (Stricker, 2010, s. 5). Under fortskridandet av uppsatsen har termen eklektisk framstått som alltmer oprecis och svårdefinierad. Jag har i det följande därför valt att gå på Strickers linje och använda termen *teknisk integration* i den följande presentationen av psykoterapiintegration, även om termen eklekticism används i dagligt tal och i annan litteratur på området (Norcross & Goldfried, 2005; Holmqvist & Lilliengren, 2008).

Psykoterapiintegration har förekommit sedan 1930-talet, men har inte förrän de senaste decennierna blivit en internationellt etablerad rörelse, där möjligheterna att integrera psykoterapier på ett tekniskt, teoretiskt och filosofiskt plan utforskas (Holmqvist & Lilliengren, 2008). The Society for the Exploration of Psychotherapy Integration grundades 1983 och ger bl.a. ut tidskriften *Journal of Psychotherapy Integration* sedan 1991 (Stricker & Gold, 2006). Psykoterapiintegration generellt beskriver aktiviteten hos en behandlare som förhåller sig öppen för bidrag från olika skolbildningar i arbetet med en enskild patient. Psykoterapiintegration omfattar en process där många olika teorier och tekniker övervägs innan man kommer fram till i en behandlingsplan och vilka behandlingsaktiviteter man ska använda för att arbeta i enlighet med planen. Man skiljer på psykoterapiintegration som är ett förhållningssätt, en rörelse inom psykoterapiområdet och på integrativ psykoterapi. Den sistnämnda betecknar en produkt, en etablerad om än mångfacetterad psykoteraeutisk modell (Sticker, 2010).

Ansatzerna inom psykoterapiintegration kan delas in i fyra områden som har delvis olika strävanden: teknisk integration, teoretisk integration, assimilativ integration och s.k. "common factors" (Stricker, 2010). Teknisk integration, som nämns ovan, är den minst teoretiska inriktningen av dessa. Teknisk integration syftar till att hitta den bästa behandlingen för den enskilda patienten och problemställningen. Behandlingen utformas på grundval av vilka interventioner som behandlaren tidigare har sett varit hjälpsamma för patienter med liknande karakteristika. Här finns inte nödvändigtvis någon koppling mellan metaantaganden inom metoden och tekniker (Norcross, 2005). Den tidigare nämnda multimodala terapin

(Lazarus, 2005) utgör tillsammans med systematiskt behandlingsval (Beutler, Cosoli & Lane, 2005) de mest framträdande exemplen på teknisk integration.

Teoretisk integration utgörs av en syntes av terapiformer som integreras i hopp om att resultatet ska bli bättre än de enskilda terapiformerna för sig. Här betonas den teoretiska sammansmältningen vid sidan av tekniker. Integrationen strävar efter mer än en enkel sammanslagning (Norcross, 2005). Här finns namn som Wachtel, som räknas till en av pionjärerna på området psykoterapiintegration. Han skrev 1977 boken *Psychoanalysis and behaviour therapy: Toward integration*, som utgör en viktig milstolpe på området. Wachtel har utvecklat en modell för behandling i form av den cykliska psykodynamiska modellen (Wachtel, Kruk & McKinney, 2005). En annan form av teoretisk integration har skapats av Prochaska och DiClemente: den transteoretiska förändringsmodellen (2005). Ytterligare ett exempel som lyfts fram är Ryle's kognitiva analytiska terapi (CAT), som är sammansatt av kognitiv beteendeterapi och objektrelationsteori (Ryle, 2005). Enligt Stricker är teoretisk integration den ansats inom psykoterapiintegration som är svårast att lyckas med: "Theoretical integration remains an elusive holy grail, one that offers significant rewards, but not at a level at which most practitioners can function at a present time" (2010, s. 24).

Assimilativ integration är den senast utvecklade ansatsen inom psykoterapiintegration. Vid assimilativ integration utgår man från en solid teoribildning i grunden men assimilerar, lägger till, tekniker eller inslag från andra metodinriktningar för att optimera behandlingen. Vid assimilativ integration används den teoretiska grunden inledningsvis för att klargöra patientens behov. Därefter används vid behov tekniker från andra teoribildningar i utformandet av en individuell behandlingsplan, i samklang med den teoretiska förståelsen. Behandlingen kan efterhand revideras, i takt med att behandlarens förståelse för patienten ökar (Stricker, 2010). Det finns exempel på kognitiv beteendeterapeutisk assimilativ integration (Castonguay, Newman, Borkovec, Holltforth & Maramba, 2005) och exempel på psykodynamisk sådan (Stricker & Gold, 2005). KBT är i sig själv en förening mellan kognitiva och beteendeterapeutiska metoder, där en övergripande teoribildning finns. Dessutom har man under det senaste decenniet integrerat buddhistiska tankegångar, varför man idag beskriver KBT som en integrativ terapiform (Lars-Gunnar Lundhs förord i Kåver, 2006). Särskilt framträdande är det integrativa inslaget i modeller såsom ACT, DBT och schematerapi (Holmqvist & Lilliengren, 2008). Affekt-fobiterapi är en annan form av assimilativ terapi som utgår från en psykodynamisk grund i kombination med affektteori och beteendeterapeutiska principer (McCollough & Andrews, 2001).

”Common factors”-strömningen utgår från de kärnfaktorer som resultaten inom psykoterapiforskning visat vara verksamma i psykoterapeutiskt arbete, oavsett behandlarens teoribildning. Dessa faktorer används för att optimera behandlingsutfallet. De faktorer som det råder konsensus kring är: terapeutisk allians, att patienten utsätts för svårigheter som liknar tidigare och får en korrektiv emotionell erfarenhet, förväntningar hos terapeuten såväl som hos patienten på positiv förändring, att terapeuten är uppmärksam, empatisk och positiv, en rational för patienten som förklarar hans/hennes problem och användandet av några systematiska terapeutiska procedurer eller ritualer (Grencavage & Norcross i Stricker, 2010). Exempel på ansatser som bygger på common-factors-forskning är ”outcome-informed clinical work”, där kontinuerlig utvärdering av behandlingen bidrar till att förbättra utfallet (Miller, Duncan & Hubble, 2005) och ”patient-initiated integration”, där patientens initiativ till metodval är starkt vägande (Gold, 2006). Ytterligare en ”common factors”-ansats är Garfields integrativa psykoterapi, som bygger på insikt, exponering, möjliggörande av nya erfarenheter och förmedlandet av hopp genom den terapeutiska relationen. Med ökad erfarenhet som verksamt psykolog eller psykoterapeut antas generellt att gemensamma faktorer får ett större genomslag på behandlingsutfallet (Stricker, 2010).

De fyra olika strömningarna inom integrativ psykoterapi skiljer sig inte åt på ett påfallande sätt i den kliniska vardagen. Ingen patient skulle kunna skilja dem åt, menar Norcross:

Moreover, these integrative strategies are not mutually exclusive. No technical eclectic can totally disregard theory, and no theoretical integrationist can ignore technique. Without some commonalities among different schools of therapy, theoretical integration would be impossible. Assimilative integrationists and technical eclectics both believe that synthesis should occur at the level of practice, as opposed to theory, by incorporating therapeutic procedures from multiple schools. And even the most ardent proponent of common factors cannot practice “non-specifically” or “commonly”; specific techniques must be applied (Norcross, 2005, s. 10).

*Vad vill jag ytterligare bidra med?*

Tidigare studier har entydigt påvisat nyttan av psykologers insatser på vårdcentraler. Detta gäller både internationell och nationell forskning. Det har även konstaterats att de flesta svenska psykologer beskriver sitt psykoterapeutiska arbete som eklektiskt/integrativt och man har pekat på grunddrag i detta arbete. Mer teoretisk forskning och diskussion om ett eklektiskt förhållningssätt har dock efterlysts (Carlsson, 2001). Genom att göra en fördjupad analys av

psykologers beskrivning av det integrativa psykoterapeutiska arbetet och diskutera resultaten i förhållande till existerande teoribildning kan detta arbete bidra till att beskriva komplexiteten i den psykoterapi som bedrivs av psykologer på vårdcentraler.

### **Syfte**

Arbetet syftar till att ge en fördjupad beskrivning av vad eklektisk/integrativ psykoterapi omfattar när den används av psykologer verksamma på vårdcentral. Syftet är även att utforska hur beskrivningen av det psykoterapeutiska arbetet förhåller sig till förekommande teoribildning gällande psykoterapiintegration.

### **Metod**

Då syftet med studien handlade om att ge en fördjupad beskrivning av eklektisk/integrativ psykoterapi och inte att undersöka den kvantitativa aspekten av fenomenet, valdes en kvalitativ ansats. Kvalitativ metod ”syftar till att beskriva ett fenomen och dess egenskaper så grundligt som möjligt, till skillnad från kvantitativa metoder som först och främst syftar till att beskriva fenomenets utbredning.” (Jensen, 1995, s. 6). En fördel med kvalitativ metod beskrivs av Hayes:

What qualitative analysis can do is provide us with much richer information about the topic we are investigating. It allows us to avoid regarding a human activity as a simplistic, robotic action without motives or thought, and enables us to identify some of its complexity. As a result, we can gain a much deeper understanding of our topic, and one which reflects the complexities of human experience much more accurately. (Hayes, 2000, s.170)

### *Deltagare*

En förfrågan om deltagande i en studie skickades våren 2010 ut via e-post till samtliga psykologer som var anställda eller nyligen hade varit anställda på vårdcentraler i Primärvården Göteborg, sammanlagt 38 psykologer. Kriteriet för att ingå i studien var att man hade möjlighet att delta i en intervju med fokus på eklektisk/integrativ psykoterapi på vårdcentral. Förfrågan upprepades två veckor efter den första förfrågan, då få psykologer svarat. Sammanfattningsvis anmälde sig sju personer att delta. Två gruppintervjuer genomfördes med fyra resp. två deltagare. En deltagare fick förhinder och kunde inte delta i den andra intervjun. En personlig förfrågan ställdes då till en erfaren psykolog inom verksamheten och en individuell intervju genomfördes som komplement till

gruppintervjuerna. De sammanlagt sju psykologer som intervjuades hade arbetat som psykologer under två år som kortast och 36 år som längst. Tiden man arbetat på vårdcentral sträckte sig mellan två och tio år. Av de intervjuade var två män och fem kvinnor. Tre av de intervjuade hade förutom sin psykologlegitimation även legitimation som psykoterapeuter, två med inriktning på individuellt arbete med vuxna, en med barn, samtliga med psykodynamisk inriktning. En psykolog hade handledarutbildning och en var specialist i klinisk psykologi. Samtliga deltagare hade förutom sin grundutbildning, som var psykodynamisk, psykoterapeutiska vidareutbildningar bl.a. i kognitiv terapi (KT), kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell terapi (IPT), brief relational therapy (BRT), narrativ terapi, familjeterapi, psykodynamisk korttidsterapi, konsultationsmetodik, lösningsfokuserad terapi och psykodrama.

### *Datainsamling*

Datainsamlingen i studien skedde dels genom fokuserade intervjuer i grupp, fokusgrupper, dels genom individuell intervju. Gruppintervjuerna varade i två timmar och den individuella i en och en halv timme. Ljudupptagning gjordes med hjälp av en minidisc-spelare för att kunna skrivas ut ordagrant. Intervju i grupp bidrar till att ”deltagarna stimulerar och inspirerar varandra att reflektera över och verbalisera sina erfarenheter och åsikter. Ämnet kan på så sätt bli mer uttömt och bättre belyst från olika perspektiv än vid enskilda intervjuer” (Langemar, 2008, s. 81). Frågeguiden (bilaga 1) sattes samman med utgångspunkt i teorin inom psykoterapiintegration. Frågorna följde dock inte frågeguiden helt, utan utgick från svaren deltagarna gav, för att ge ett så innehållsrikt och uttömmande material som möjligt (Langemar, 2008), särskilt under den tredje intervjun för att kunna fördjupa innehållet från de två första intervjuerna. Vetenskapsrådets etiska riktlinjer har följts.

### *Analys*

Efter att de två första intervjuerna transkriberats till text analyserades innehållet med hjälp av tematisk kvalitativ analys (Hayes, 2000; Langemar, 2008). Vid en noggrann genomläsning av intervjuerna lyftes relevanta delar av intervjuerna ut och fick en sammanfattande benämning i form av nyckelord. Dessa nyckelord bearbetades och sammanfattades till övergripande begrepp, som fick preliminära rubriker, sammanlagt elva sådana rubriker. Intervjuerna genomsöktes återigen utifrån dessa övergripande begrepp/”för-teman” efter kompletterande material. Därefter bearbetades de ytterligare och reducerades till fyra övergripande teman. Dessa teman återfinns som huvudrubriker i resultatdelen nedan. Vid den tredje intervjun

ställdes frågorna öppnare för att ytterligare fånga in material som kunde vidga och fördjupa de preliminärt skapade rubrikerna. Den tredje intervjun genomlyssnades och relevant material transkriberades till text. För ämnesområdet relevant litteratur har lästs parallellt med att undersökningen har gjorts. Till en början mer övergripande och sedan alltmer fokuserat utifrån de framträdande resultaten för att kunna ställa dem i relation till förekommande teoretiska beskrivningar av psykoterapiintegration.

### Resultat

Resultatet redovisas under fyra rubriker: ”Psykoterapiintegration” som beskriver hur själva det psykoterapeutiska arbetet går till, ”Reflektion” och ”Psykologen” som rör förutsättningarna för det integrativa arbetet och slutligen ”Kontext” som handlar om omgivningens inflytande på arbetet. Varje huvudrubrik har två underrubriker enligt nedan.

<u>Psykoterapiintegration</u>	<u>Reflektion</u>
<i>Som en verktyglåda</i>	<i>Teoretisk reflektion</i>
<i>Patienten i centrum</i>	<i>Teknisk reflektion</i>
<u>Psykologen</u>	<u>Kontext</u>
<i>Kunskap</i>	<i>Inställning till integration</i>
<i>Personliga egenskaper</i>	<i>Att arbeta på vårdcentral</i>

Figur 1. Översikt av resultatet.

#### *Psykoterapiintegration*

*Som en verktyglåda.* Psykologerna arbetar med olika former av psykologisk behandling där korttidspsykoterapi utgör en del. I korttids terapin enas man tidigt i kontakten med patienten om ett problemområde att fokusera samtalen kring och om det är möjligt sätter man upp en rimlig målsättning för behandlingen. Psykologerna använder sig sedan av olika metoder och tekniker hämtade från olika psykoterapeutiska skolbildningar och modeller för att arbeta mot detta mål. Metoderna används ibland som en del av en sammanhållen modell, exempelvis inom en manualbaserad KBT-behandling och ibland som ett inslag utifrån att det passar att använda i stunden, såsom exempelvis användandet av en avslappningsövning för att

visa för patienten på sambandet mellan tankar och anspänning/avspänning i kroppen. En mer kognitivt inriktad behandling kan ibland övergå i mer psykodynamiskt insiktsbetonad terapi, då psykologen ”plockar upp” det behovet från patienten. Psykopedagogiska inslag i form av korta föreläsningar med penna och papper eller på whiteboard är vanligt förekommande. Flera psykologer arbetar med hemuppgifter, som formuleras i samråd med patienten och utifrån det mål man avtalat att arbeta mot. Andra metoder och inslag såsom skattningsskalor, motiverande intervju och beteendeanalys används både som utredning och behandling. Klarifiering och tolkning av överföringsreaktioner förekommer. Psykologen kan exempelvis göra patienten uppmärksam på att patientens beteendemönster påminner om något som patienten beskrivit funnits med under uppväxten, antingen riktat mot patienten eller ett sätt som patienten själv agerat på. Psykologerna beskriver också att man arbetar med exponering som metod, framförallt kognitiv exponering i rummet, då man inte har praktisk möjlighet att arbeta med exempelvis fobier utanför vårdcentralen. Lösningfokuserade inslag, Mindfulnessövningar och avsnitt från böcker är andra exempel på tekniker som flätas in i behandlingen. Det psykoterapeutiska arbetet liknas vid att ha många ”strängar på sin lyra” eller vid en verktygslåda, ur vilken man plockar fram lämpliga verktyg utifrån vad det är man arbetar med. En hantverkare utgår från de förutsättningar som finns när något ska renoveras eller byggas om. På motsvarande sätt behöver man som psykolog göra olika former av överväganden och beräkningar för att veta vilka åtgärder som är mest lämpade för den enskilda patienten. En bra bedömning lägger grunden för behandlingen och ger psykologen underlag för att bestämma hur behandlingen ska läggas upp.

*”Jag tycker att man kan betrakta sig själv som ett instrument på något sätt. Man har mycket med sig. Man har lärt sig väldigt mycket olika saker som man använder sig av också får man använda dem när det passar. Jag går inte direkt in och tänker nu ska det vara den här typen av terapi, utan jag har ett bedömningssamtal med patienten och så ser jag vad som skulle vara bäst, vad skulle passa här? Också försöker jag följa den linjen.”*

Psykologerna uttrycker att de har en bred kunskapsbas vad gäller metoder och tekniker och att det är viktigt i arbetet på en vårdcentral. En psykolog jämför detta med att kunna flera språk. Ett språk kan innehålla ord och uttryck, som inte finns i andra språk. Genom att kunna fler språk har man tillgång till ett bredare uttrycks- och tankesätt. På motsvarande sätt ger fler metoder och teorier en möjlighet att arbeta och tänka friare i det psykoterapeutiska arbetet.

Det faktum att Socialstyrelsen förordar bl.a. KBT diskuteras. Det finns en risk menar psykologerna att man fokuserar på en metod och mindre på en fördjupad bedömning. Ibland kommer patienten och begär att få KBT, ibland motiverat, men det kan också vara så att patienten inte alls vet vad KBT innebär och då får man börja där. Det händer att läkare, utan så mycket kunskap om olika behandlingsmetoder, ordinerar KBT, vilket kan upplevas som ett förminskande av komplexiteten i bedömningen. Bredden i behandlingsutbudet är viktig. Det går inte att i förhand bestämma vilken metod som ska användas, utan är något som man bedömer utifrån varje enskild patient. Att bara kunna erbjuda en enda metod skulle inte vara professionellt. Bredden behövs för att möta upp patienternas varierande behov.

*”Det är som en som söker med ont i benet och så säger läkaren att: - Ja, här har vi gipsning. Det är vad vi erbjuder.”*

De intervjuade psykologerna har en psykodynamisk kunskapsbas, vilket för dem är en referensram både vad gäller bedömning, förståelse och bemötande. Den behandling man bedriver är inte renodlat psykodynamisk i den bemärkelse att man arbetar med omedvetna processer och tolkning i hög utsträckning, utan handlar mer om en terapi med fokus på symtomreduktion och här och nu-situationen. Detta innebär ett mer aktivt förhållningssätt från psykologens sida. Man uttrycker att man kan arbeta psykoanalytiskt/-dynamiskt på det teoretiska planet, men också kognitivt, pedagogiskt och beteendeorienterat på det tekniska planet.

*”Jag kan ha långtgående analytiska tolkningar på en patient som jag sedan använder KBT med, men att man ju kommer överens om vad patienten är motiverad till och vad som faktiskt kan fungera utifrån en korttidsterapi.”*

I bedömningen av patientens problematik finns en psykodynamisk referensram som kan gälla psykopatologi, försvar eller personlighetsstruktur etc. I det fortlöpande arbetet kan det teoretiska finnas med i bakgrunden, men det behöver inte nödvändigtvis styra valet av behandlingsinterventioner. Ett psykodynamiskt inslag som dock nämns är det faktum att psykologerna ger akt på den egna motöverföringen och på så sätt kan erhålla viktig information om patientens sätt att relatera till andra människor eller att man som psykolog blir bärare av en känsla som patienten själv känner. Ovanpå denna psykodynamiska grund använder sig därefter psykologerna av metoder och tekniker som valts utifrån framförallt

patientens problematik och önskemål. En anpassning till patienten och till hur arbetet utvecklas sker fortlöpande.

*”Man märker hur patienten känner sig om det kan vara läge eller inte. Det kan man inte förutse riktigt (om att använda en avslappningsövning)”.*

Psykopedagogiska inslag i behandlingen nämns framförallt vad gäller ångestproblematik, men förekommer i arbetet med andra diagnoser också.

*”Många har inte kunskapen om sin kropp. Och där behöver man också pedagogiken. Var sitter magen och hur andas jag? Hur fungerar kroppen? Ångest, det är ju mycket pedagogiska förklaringar man ger. Ett liv utan ångest kan vi ju inte ha. Det är ångestfyllt och det innebär lidande att vara människa. Många vill ju ha bort allting på en gång och gärna med något universalpiller. Framförallt vad gäller panikångest så blir det en del rita modeller och förklara för patienten hur kroppen fungerar. Det fungerar jättebra vid paniksyndrom.”*

Även om psykologen tillsammans med patienten inledningsvis stakar ut en viss riktning i psykoterapin så kan man efterhand byta spår och ändra arbetshypotes. Det finns en flexibilitet i arbetssättet. Inget ligger helt fast, utan kan anpassas om nya behov dyker upp under kontaktens gång.

*”Det kan ju ta tre gånger, fyra gånger så upptäcker man nya saker. Man har inte förstått riktig, den här patienten, vem det är och vad det är för problem, och då kanske man också får ändra arbetshypotes.”*

Flexibiliteten kan handla om att byta metod under terapins fortskridande beroende på de resultat som uppnås.

*”Man kan börja med det, med kognitiv terapi med ångesthantering och depressionshantering och så. Sedan efter ett tag när patienten har förstått metoden lite grann, så kan man gå in på någon annan typ av terapi. Patienter kanske vill ha mer insiktsbetonad terapi, få reda på varför.”*

Även om det många gånger blir en individuellt skräddarsydd behandling som erbjuds patienten förekommer det också att man erbjuder behandling av mer paket-karaktär, såsom exempelvis KBT vid depression eller panikångest.

*”Det kan jag ibland tänka mig vid någon patient där det verkar förhållandevis, alltså renodlat, där det inte är så mycket annan problematik.”*

Den psykoteraپیintegration som beskrivs handlar inte enbart om att man som psykolog flätar in olika tekniker i sitt psykoteraپیarbete. Det kan även handla om att föreslå patienten annan typ av behandling parallellt med psykoteraپin, såsom medicinering, sjukgymnastisk behandling eller stresshanteringskurs.

*Patienten i centrum.* Valet av interventioner och terapeütiska metoder avgörs i mycket hög grad med utgångspunkt i patienten. Psykologerna är mycket uppmärksamma på patientens önskemål, förutsättningar, tillstånd, diagnos och framförallt vad patienten själv har för problem som han/hon anser viktiga att arbeta med i psykoteraپin. Patientens behov är överordnat metod eller särskilda modeller.

*”... i val av metod och förhållningssätt så försöker man väl utgå från patienten, patientens problematik. Och så är det väl kanske att man försöker tillmötesgå det, men också förstå varför patienten efterfrågar just det eller vad den har tänkt sig. /.../ Det är inte alltid de har rätt bild av... eller de kanske inte har så mycket kunskap om vad olika metoder innebär.”*

De förväntningar som patienten ger uttryck för i den inledande kontakten är av stor vikt för valet av interventioner, liksom patientens förutsättningar. Det kan gälla patientens intellektuella förmåga, utbildningsbakgrund eller patientens motivation till förändring. Fördelarna med ett integrativt förhållningssätt lyfts fram när det handlar om mötet med människor med olika kulturella bakgrunder.

*”Jag har aldrig någon färdig modell innan jag träffar patienten. För två patienter med samma diagnos kan man ändå behöva möta väldigt olika. En ung kvinna från Syrien med knappa språkkunskaper i svenska kan ju ha samma symtom som en medelålders man som jobbar som mellancheф och som har helt andra kulturella referenser. Så det handlar mycket*

*om att se människan och anpassa behandlingen. Jag tycker att uttrycket 'att lära av patienten' är väldigt bra. Patienterna lär oss mer än någon bok."*

En del patienter har en färdigformulerad beställning och tydliga preferenser vad gäller metod och mål när de kommer till behandlingen. Andra patienter behöver utrymme att fundera mer kring vad det är de har för bekymmer och möjliga vägar att komma till rätta med sina problem. De kan då få använda tiden till att formulera detta tillsammans med psykologen.

*"IPT och KBT, då är det ju vissa saker man ska göra, liksom. Då får man ju se till att patienten får det till sig. Men sen finns det en grupp patienter där det är mer odefinierat för det tar lång tid att komma underfund med kanske både på vilket sätt bekymret manifesteras hos dem och också hur man kan förhålla sig eller hur man kan jobba runt det. Vissa människor blir väldigt tydligt att det går inte att få in dem i någon struktur, utan de måste bara tala till..., tala sig till någon egen sortering eller struktur."*

I bedömningen av patientens problematik och på vad sätt man ska arbeta vidare vägs patientens personliga förutsättningar in för att på så bra sätt som möjligt skräddarsy behandlingen efter patienten. Det kan både gälla ett mer intuitivt inkännande från psykologens sida och mer konkreta hållpunkter såsom patientens diagnos och svårighetsgraden på patientens symtom.

*"Den här patienten gillar struktur, mer fyrkantig... En del är väldigt mycket mer kreativa... Det känner jag direkt ju och då får man kanske jobba på ett annat sätt. Och är det fobier, är det tvång, då är det ju väldigt mycket enklare att jobba kognitivt."*

### *Reflektion*

*Teoretisk reflektion.* Psykologerna anser att det i det praktiska psykoteraeutiska arbetet går att integrera teorier och metoder som på ett vetenskapsteoretiskt plan kan ha flera oförenliga delar. Som exempel på detta nämns psykoanalytiska förklaringsmodeller vad gäller ångest. I stort är detta dock inte till hinder i det praktiska arbetet, där psykologerna fokuserar på andra delar som är mer förenliga.

Genom handledning och vidareutbildningar skapas arenor för ett reflekterande över det egna arbetet. Ett reflekterande anses viktigt för kvalitetssäkring och professionell utveckling. Det kan ge perspektiv åt egna erfarenheter och insikt om att man tillägnat sig

mycket under sitt arbetsliv. Teoretisk reflektion förekommer inte påtagligt i det dagliga arbetet, där mer praktiska överväganden görs. Det teoretiska reflekterandet blir mer tydligt i samspråk med kollegor och kan då röra olika skolbildningar inom psykoterapi eller vetenskapsteoretiska frågor. En psykolog menade att de gängse vetenskapliga paradigmen inom psykologin, såsom det mer naturvetenskapliga å ena sidan och det mer tolkande/hermeneutiska vetenskapsparadigmet å andra sidan egentligen är föråldrade uppdelningar som behöver revideras.

*”Vad kan man då ha för slags paradigm för vad psykologi överhuvudtaget är? Då tänker jag hur det är inom andra områden. Man har ju gått ifrån det här väldigt; alltså vad är orsak - verkan. Det är ju inte bara det som är naturvetenskap längre, utan det finns en massa olika samband: cykliska och cybernetiken och det kan se ut hursomhelst och där känns det som att psykologin har kommit lite på efterkälken ibland. Man har hållit fast den här uppdelningen och sambandstänkandet.”*

*Teknisk reflektion.* Det finns en ”nåbild” av den eklektiska behandlaren som någon som helt oreflekterat använder sig av olika metoder utan tanke om konsekvenser och helt efter eget tycke. Den bild som de intervjuade psykologerna ger av sig själva och kollegor handlar snarare om seriösa, erfarna yrkespersoner som ägnar stor energi och tid åt reflektion kring sitt arbete och inte minst åt val av interventioner och metoder.

*”Det är lite så man tänker runt det eklektiska, som någon sorts slask... Man gör lite som man tycker utan att det är så genomtänkt, men det tror jag... Alltså det är väl så att man också mer och mer diskuterar begreppet. Och det är inte så att det bara blir som det blir eller att man plockar lite här och där, utan att de flesta tänker ganska mycket på vad man gör och hur man väljer.”*

En psykolog som arbetat länge uttrycker att det skett en förändring med tiden, sedan hon började som psykolog på 1970-talet. Att reflekterandet har ökat, inte minst genom att olika metoder ställts mot varandra och vetenskapligt utvärderats på andra sätt idag än tidigare.

### *Psykologen*

*Kunskap.* De faktorer hos psykologen som lyfts fram som viktiga för att kunna arbeta integrativt är teoretisk, teknisk och erfarenhetsbaserad kunskap. Grundutbildningen till

psykolog (fem år) beskrivs som viktig och något som präglar psykologernas arbete på olika sätt. Man betonar vikten av att lyfta fram den psykologiska kunskapen i förhållande till andra yrkesgrupper.

*”Vi har läst jättemycket under vår utbildning. /.../ Det tror jag är väldigt viktigt att påpeka. För annars så kan man ju få gå snabbkurser i olika metoder och tror att det är lika bra som en såhär väldigt djupgående utbildning.”*

De intervjuade psykologerna har alla en psykodynamisk bas i sin utbildning. Ingen upplever sig dock arbeta renodlat psykodynamiskt. Vidareutbildningar i KBT är vanlig bland primärvårdpsykologer och metoder såsom beteendeanalys, exponering, avslappning, hemuppgifter etc. är vanliga. Flera av dessa metoder har man provat sig fram att använda i sin kliniska vardag, ibland i samband med en vidareutbildning, ibland utifrån en handledningssituation. Med ökad erfarenhet har olika tekniker blivit integrerade i det praktiska arbetet och kan sägas vara en del av psykologens erfarenhetsbaserade kunskap.

*”Det blir en annan frihet också utifrån erfarenheten, alltså man har träffat många patienter, man har mött många olika tillstånd, man har gjort på flera olika sätt. Och då ökar friheten. Det blir också en slags teoretisk aspekt eller referensram som man bygger inom sig, en mer erfarenhetsbaserad. Så det är ju båda de här bitarna, som man får tänka om det eklektiska om, både på en teoretisk nivå men också på en mer erfarenhets... praktisk nivå.”*

En mycket stor andel psykologer fortsätter att vidareutbilda sig genom hela yrkeslivet, så också de intervjuade. Man betonar vikten av att hålla sig ajour med forskning och nytänkande för att inte själv stagnera som behandlare. Kunskapen om psykoterapiforskningens resultat bl. a. kring ”common factors” nämns på olika sätt. Psykologerna är medvetna om att det inom psykoterapiforskningen råder konsensus kring att faktorer såsom relationen, arbetsalliansen och förmågan att som terapeut att ingjuta hopp hos patienten, är viktigare ingredienser för ett bra resultat i terapin än den enskilda metoden.

I intervjuerna framkommer att yrkeserfarenhet ses som en god förutsättning för ett ökat integrativt arbetssätt. Det beskrivs som en process som går från ett mer renodlat sätt att arbeta på, antingen med alla patienter på samma sätt eller med en metod med en patient, till ett mer skraddarsytt behandlingsarbete, med större frihet att med ökad kunskap och klinisk erfarenhet bli bättre på att anpassa metoderna för varje enskild patient.

*”För mig var det i början jätteviktigt att dela upp det tydligt, att nu har jag en kognitiv och nu har jag en korttids intensiv... Och var också en väldig motståndare till det här eklektiska. Jag tyckte inte alls att det beskrev det man skulle göra. Nu har det ändrats jättemycket och det har utvecklats. Jag kan absolut säga att jag har en eklektisk eller integrativ modell eller vad man ska säga. Så det har ändrat sig för mig.”*

Med en liknelse vid hur det går till när man lär sig att spela ett instrument beskriver en av psykologerna att man som ny var tvungen att lära sig ”noterna” från början och vissa ”regler” som gäller när man ska bedriva psykoterapi. Efterhand med åren kan arbetet mer liknas vid att man improviserar.

*”Det gäller att hålla sig i bakgrunden. Man är som en kompmusiker. Även om man håller takten eller byter melodi så ska inte operastjärnan, alltså patienten, märka av det. Det är viktigt att patienten känner att det är de själva som har gjort ett arbete med sig själva när de avslutar. Att de inte tänker att de behöver mig nödvändigtvis nästa gång de mår dåligt, utan att de kan klara av det själva då.”*

När man börjar arbeta som psykolog behöver man de teoretiska referensramarna som stöd och gränser, men efterhand gör man små utflykter och ser hur det blir. Genom denna process ökar den erfarenhetsmässiga kunskapen. Denna kunskap beskrivs i termer av intuition, som liknas vid hur en erfaren jägare blir skickligare med åren på att spåra vilt, med hjälp av både skicklighet och intuition. Intuitionen används även för att matcha patient och behandling. Med hjälp av ökad kunskap vågar man arbeta mer intuitivt, vilket liknas vid en kreativ verksamhet, mer att jämföra med musik eller konst än en teknik som går att manualisera. Att utifrån sin egen erfarenhet våga testa nya vägar är ett sätt att skapa en egen referens för vad som är verksam behandling.

*Personliga egenskaper.* Det är inte bara teoretisk och erfarenhetsbaserad kunskap som ses som viktiga för att kunna utföra ett bra arbete. Man ser det också som viktigt att psykologen har andra intresseområden såsom exempelvis musik och litteratur och att man har en bred livs- och yrkeserfarenhet. En nyfikenhet, hög social kompetens och ett genuint intresse av den enskilda människan är viktiga förutsättningar.

*”Jag tycker att arbetet mycket är att likna vid musicerande. Tajmingen och intoningen är oerhört viktig. Att man hittar rätt tonart utifrån den människa man möter. /.../ Det är viktigt att patienten får känna sig unik. Och det är viktigt att veta hur man ska bete sig när man blir hembjuden in i den personens liv.”*

Andra egenskaper hos psykologen som framhålls som viktiga för att göra ett bra arbete och utvecklas är att man är nyfiken, förändringsbenägen och öppen, att man inte upprepar sig själv för mycket, utan att man vågar använda sin kunskap och prova nytt. Ett sådant utforskande kan också innebära att egna sanningar ifrågasätts. Arbetet innebär också att man blir ifrågasatt och utmanad av patienter. För att hålla kvar arbetsalliansen kan det då ibland vara nödvändigt att ta ett steg utanför metoden eller den utstakade banan, för att på så sätt kunna nå patienten, vilket ställer krav på psykologens interpersonella förmåga.

#### *Kontext*

*Inställning till integration.* Den omgivning man arbetar i som vårdcentralpsykolog påverkar hur man arbetar konkret i rummet med patienten. Det kan bl.a. handla om omgivningens negativa resp. positiva inställning till olika metoder som på olika sätt påverkar psykologens inställning till val av inriktning och arbetssätt. Det har funnits mycket negativa uppfattningar om att ha en eklektisk inriktning bland kollegor, handledare, men även hos psykologerna själva när de utbildat sig.

*”På utbildningen så var det skamfyllt att man... Det var smörgåsbord. Det nedvärderades mest att prata i de här termerna.”*

Man har också en uppfattning om att begreppet eklektiskt är mer negativt laddat än begreppet integrativt. Utvecklingen inom psykoterapiforskningen de senaste decennierna har lett till att de intervjuade psykologerna fått en mer positiv inställning till ett integrativt arbetssätt. Man har även träffat kollegor som hittat vägar att integrera nya metoder i sitt arbete, vilket inspirerat till ett liknande arbetssätt.

*Att arbeta på vårdcentral.* En annan kontextuell faktor som lyfts fram i intervjuerna är de ramar och karakteristika som finns utifrån verksamheten. Att arbeta som vårdcentralpsykolog kräver att man har kompetens inom många olika områden. Man beskriver sig som generalist, till skillnad från specialist. En annan del rör korttidsperspektivet,

som är ett önskemål från organisationen. Detta innebär att man inte alltid blir färdig eller når fram till det resultat som patienten önskat sig, men patienten får med sig ett tanksätt och får hjälp till självhjälp.

*”Det kanske också är så att jag ser att den här patienten har hur mycket som helst med sig i bagaget. Men vi har ju inte så många gånger. Det är ju ingen idé att vi börjar gräva i det där heller. Utan tillsammans med patienten komma fram till vad som kan vara vettigt att jobba med på de här fem eller tio gånger eller vad det är vi har.”*

Man beskriver vidare att det biopsykosociala perspektivet präglar arbetet och att det finns ett påtagligt existentiellt inslag, som kräver särskild kompetens att hantera och arbeta med. Patienterna lider av psykisk ohälsa, men det ena patienten är inte den andra lik. Det är en bredd av livsöden, svårigheter och diagnoser man möter. Då handlar det som psykolog om att ha redskap att bemöta det.

*”Och speciellt på en vårdcentral tycker jag att det verkligen är vårt uppdrag. Det kommer ju allt, helt osorterat. Det kommer ju absolut inte bara patienter som skulle passa nischen för någon slags evidensbaserad KBT, utan vi behöver många olika sätt att ta hand om det. Man blir mer flexibel med ett bredare antal metoder.”*

Själva intervjuandet i sig gav tillfälle för de deltagande psykologerna att reflektera en stund kring sitt eget arbete. Man delgav varandra sina erfarenheter av att arbeta på vårdcentral, som bl.a. karakteriseras av att man möter ett stort antal lidande människor:

Psykolog A: - *Man är hela tiden så otroligt koncentrerad och det tar på krafterna.*

B: - *Ja, det gör det. Slitage även kroppsligt av att man tar in så mycket människor, som lagras. Och hur gör man sig av med allting? Vad har man för ceremonier mellan varje patient? Det är ju en otrolig påfrestning i Primärvården. /.../*

A: - *Ja... och att försöka få igång en allians för att verkligen möta den patienten. Och man har ganska kort tid på sig och som du säger det är väldigt fokuserat och det är... Och vad man gör med sig själv ibland för att... Jag tycker man kan känna alltså rent kroppsligt på någon nivå hur man gör någonting med sig själv för att få till det...*

B: - *Ja, det är ju hjärta, tarmar, det är ju njurar, lever... Det är ju mycket vet du.*

A: - *Jo, det här man delar, för att få till det. Man går in i den andres värld lite.*

B: - *Ja, verkligen.*

### *Sammanfattning av resultatet*

Resultatet presenteras utifrån fyra övergripande rubriker; Psykoterapiintegration, Reflektion, Psykologen och Kontext. ”Psykoterapiintegration” innefattar en beskrivning av den integration av metoder från olika teoribildningar som sker i det korttidspsykoterapeutiska arbetet på vårdcentralen, vilken jämförs med att ha tillgång till en verktygslåda med en bred uppsättning verktyg. Arbetet utgår i mycket hög grad från patientens önskemål, förutsättningar och behov. Detta sammanfattas i att man arbetar med patienten i centrum. ”Reflektion” beskriver vikten av att man som psykolog har möjlighet till teoretisk och teknisk reflektion för att kunna anpassa behandlingen till varje enskild patient och att använda sig av den kompetens man besitter. Denna kunskap, som både kan vara teoretisk och erfarenhetsmässig, beskrivs i ”Psykologen”, där även behandlarens personliga egenskaper lyfts fram som en förutsättning i arbetet. Slutligen beskrivs under rubriken ”Kontext” hur både den personliga och omgivningens inställning till psykoterapiintegration förändrats över tid och vidare hur organisationens förväntningar påverkar utformningen av behandlingen.

## **Diskussion**

### *Metoddiskussion*

Valet av kvalitativ metod var ett självklart val med tanke på syftet och har under arbetets gång känts välgrundat. Kvantitativa data är viktiga och intressanta att uppdatera, men rymdes inte inom ramen för detta arbete (en stor studie av psykologisk behandling på vårdcentral kommer inom kort att presenteras vid Linköpings Universitet). För den mer beskrivande delen av vårdcentralpsykologers arbete var en kvalitativ metod mer adekvat. Valet att fokusera på det integrativa inslaget i behandlingen utgick från min egen kliniska utveckling som psykolog och var därför ett ämne som engagerade mig och som varit väldigt roligt att höra andra psykologer resonera kring i intervjuerna. Att datainsamlingen kom att ske både genom grupp- och enskild intervju var inte på förhand bestämt. Tanken var att intervjua fler psykologer i grupp. Det visade sig dock inte möjligt att engagera fler kollegor. En möjlig anledning till detta kan vara att många redan tidigare deltagit i intervjuer, men framförallt att intervjuerna genomfördes under en ekonomiskt mycket skakig period. Jag började arbeta på vårdcentralen på hösten -09 och då fanns 33 namn på e-postlistan av vårdcentralpsykologer i Göteborg. Strax efter nyår hade den minskat till 22 namn... Kanske var det så att de som slutade inte hade ork eller lust att delta i någon intervju och de som var kvar och fick en ökad arbetspress valde bort sådant

som att delta i en forskningsstudie? Några psykologer såg sig nog inte heller som rätt personer att intervjuas om psykoterapiintegration, då de har en uttalad psykodynamisk, kognitiv resp. kognitivt beteendeterapeutisk inriktning i sitt arbete.

Det faktum att jag själv är positiv till psykoterapiintegration har sannolikt påverkat de intervjuade psykologerna, men jag har svårt att se att det påverkat resultatet negativt. Det har snarare underlättat att man kunnat prata fritt i ämnet och vara mer utlämnande kring sina ”utflykter” från gängse modeller. Eftersom jag var relativt ny på vårdcentral kunde jag ställa frågor med ett utifrånperspektiv, vilket bidrog till att de intervjuade beskrev grundläggande delar av sitt arbete, som de i vardagslag inte reflekterat så mycket kring utan tagit som självklara. I gruppintervjuerna skapades intressanta frågor och diskussioner initierades av de deltagande själva och vid den enskilda intervjun kunde några delar fördjupas ytterligare, vilket gjorde att det blev lyckat att ha båda varianterna.

Intervjufrågorna var influerade av den forskning som finns inom psykoterapiintegration. Detta kan ha lett till en selektiv uppmärksamhet och påverkat hur psykologerna gav sina svar. Det kan även ha påverkat hur följdfrågorna ställdes. Det är dock något som jag i möjligaste mån försökt undvika. Utifrån att jag själv arbetar som psykolog på vårdcentral finns det risk att jag tagit saker för givet eller fyllt i luckor vid de svar som har getts (Langemar, 2008). En noggrann genomlysning av intervjuerna har förhoppningsvis bidragit till att sådana fenomen minimerats.

### *Resultatdiskussion*

Studien ger sannolikt en god beskrivning av hur psykologer på vårdcentral arbetar eklektiskt/integrativt. Resultaten överlappar dem som presenterats i tidigare studier (Carlsson, 2001; Larssen & Pettersson, 2002; Marne m.fl. 2004; Myhr, 2005; Ekerlid, 2006). Framförallt finns överlappningar med delar av Larssen och Petterssons resultat. Det som överensstämmer studierna emellan är hur psykologerna betonar vikten av att kunna använda sig av olika metoder och tekniker för att kunna anpassa sig efter patienten. På så sätt ökar möjligheten att hjälpa fler patienter. Larssen och Pettersson beskriver hur psykologerna arbetar aktivt och problemfokuserat och anpassar sig till den korta behandlingstiden. Pedagogiska inslag i behandlingen är vanliga. Relationen mellan psykolog och patient betonas, liksom vikten av att arbeta med ett avgränsat problem och inte alltför svåra tillstånd. Psykologens egen kompetens, utbildning och erfarenhet framhålls (Larssen & Pettersson, 2002). Det eklektiska/integrativa arbetssättet som beskrevs i Ekerlids studie (2006) överlappar även det resultatet i min studie. Ett särskilt tema som berörs i båda studierna är vikten av att förklara

hur kropp och psyke påverkar varandra för patienter med ångest, särskilt patienter med paniksyndrom. Resultatet går även att jämföra med den rapport Göteborgspsykologerna skrev, där de beskriver:

Från den psykodynamiska grunden tillägnar sig psykologen en rad olika terapeutiska tekniker såsom kristerapi, kognitiv psykoterapi, kognitiv beteendeterapi, stödterapi, konsultation, gruppterapi etc. för att kunna bemöta mångfalden av personligheter och problemställningar. /.../ Psykologen har specifik utbildning i att integrera personlighets- och utvecklingspsykologiska kunskaper med diagnostisk metodik relaterad till behandlingsuppläggning. (Marne m. fl., 2004, s. 29)

De beskriver också hur psykologer ger akt på sina egna reaktioner i relation till patienten: ”Oavsett vilken psykoterapeutisk teknik psykologen arbetar med, utgör överföring respektive motöverföring viktiga källor till information och förståelse av den djupare meningen i patientens uttryck.” (ibid.)

Vid en jämförelse med beskrivna modeller inom psykoterapiintegration kan de intervjuade vårdcentralpsykologernas arbete karakteriseras som psykodynamisk assimilativ integrativ psykoterapi, i hög grad patient-initierad. Här finns också likheter med selektivt behandlingsval. Därmed finns tre av fyra ansatser inom teoribildningen kring psykoterapiintegration representerade i resultatet: assimilativ integration, ”common factors” och teknisk integration. Även om det höga tempot i arbetet och avsaknad av handledning många gånger försvårar möjligheterna till reflektion är psykologernas val av metod och teknik i hög grad genomtänkta. Att kalla arbetet ”eklektiskt” i dess negativa mening är därför inte rättvisande. Istället kan termen integrativt användas, då den överensstämmer bättre med internationell terminologi och är bredare än termen eklektisk. Psykoterapiintegration innefattar teknisk integration, men det psykoterapeutiska arbetet som psykologerna bedriver omfattar mer än det. Psykologerna i denna studie var i grunden primärt psykodynamiskt skolade. Det hade varit intressant om gruppen även inkluderat fler psykologer med annan grundutbildning för att se till likheter och skillnader dessa grupper emellan.

Att göra en gränsdragning och definiera vilka ansatser inom psykoterapiintegration som finns representerade i psykologernas arbete är intressant, men inget som egentligen är vägledande i det praktiska arbetet. Den teoretiska kategoriseringen i fyra ansatser är också något som i sig integreras alltmer: ” ... the most significant conclusion that this book leads to is that psychotherapy integration itself may be undergoing an integrative process and that the four categories of approach may exist more clearly on paper than in the consulting room” (Stricker & Gold, 2006, s. 300).

Strävandet att utforma *en* gemensam modell för hur det psykoteraeutiska arbetet på vårdcentral ska bedrivas skulle gå stick i stäv med den ambition av ständig vidareutveckling utifrån terapeuten och patientens förutsättningar, som implicit innefattas i det integrativa förhållningssättet. För att möjliggöra denna vidareutveckling behöver man som behandlare hålla sig uppdaterad kring nya psykoteraeutiska modeller och tekniker som kan optimera behandlingen. Därefter krävs en fortlöpande teoretisk och teknisk reflektion med hjälp av vidareutbildningar och inte minst handledning. Handledning ger möjligheter att diskutera sitt arbete utifrån ett teoretiskt, praktiskt och personligt plan, vilket leder till ett arbete som även det kan kallas evidensbaserat. Dokumentation, forskning och diskussioner mellan behandlare är en mycket viktig del i att utveckla den psykoteraeutiska behandlingen och integrera denna i den medicinska verksamheten inom primärvården.

De intervjuade psykologerna upplevde att deras arbete var både stimulerande och roligt. En del i detta kan vara kopplat till det faktum att de arbetar med ett integrativt förhållningssätt. En stor internationell studie (n=3600) visade att psykoteraeuter som beskriver att de har en integrativ/eklektisk inriktning upplever en högre grad av effektivitet, engagemang och utveckling i sitt arbete. "...broad-spectrum integrative-eclectic practitioners were the 'most growing' therapists, being much more likely than most others to experience progress and least likely to show stasis" (Orlinsky & Rønnestad, 2005, s. 120). Utifrån detta perspektiv är det integrativa arbetssättet viktigt att värna om både för behandlare och för patienter och därmed även för verksamheten i stort.

I samma studie konstaterades att antal år som man arbetat ger en ökad trygghet i arbetet. Erfarenhet och den s.k. tysta kunskapen ökar möjligheterna att använda sig av de färdigheter man har. Detta faktum belyses även i Bennet-Levys modell av en terapeuts utveckling (bilaga 2). Han har byggt vidare på forskning kring lärandeprocesser och utvecklat en modell för hur psykoteraeutiska färdigheter utvecklas. Modellen består av tre system: det deklarativa (faktakunskap), det procedurella (hur och när?) och det reflektiva systemet. Under utvecklingen som terapeut förskjuts fokus från de deklarativa-procedurella systemen till de reflektiva-procedurella och vidare mot ökad tyngdpunkt åt det reflektiva systemet. Mycket av den deklarativa och procedurella kunskapen hos de erfarna behandlarna är "tyst" kunskap – de bara "gör det". En beskrivning av den integrativa erfarna psykologen skulle utifrån Bennet-Levys modell beskrivas förfoga över en bred deklarativ kunskap och en mångfald procedurella färdigheter. Vikten av det reflektiva systemets betydelse blir då ytterligare betonad. Det är genom reflektionen som den erfarna behandlaren omsätter och möjliggör användandet av den kunskap och de färdigheter han/hon har i nya kliniska situationer. Det är

också genom reflektion som den erfarna behandlaren uppmärksammar vilka områden han/hon behöver fortsätta utveckla.

Frågan kring evidensbaserade metoder är viktig och ett område som behöver utvecklas inom den integrativa rörelsen. En följd av det senaste decenniets debatt kring evidensbaserade metoder är att man på vissa håll tolkat det som att *endast* evidensbaserade psykoterapeutiska modeller är verksamma. Detta har dessvärre fått till följd att psykologer med psykodynamisk grundutbildning närmast blivit betraktade som överflödiga. Det tydligaste exemplet utgörs sannolikt av en privat aktör inom Stockholms psykiatri som ville friställa sju erfarna psykologer pga. att de inte hade KBT-utbildning, samtidigt som man anställde nya psykologer med denna kompetens (Psykologtidningen nr 6, 2010). Efter diskussioner enades man om att psykologerna kunde arbeta kvar förutsatt att de gick en vidareutbildning. Detta exempel leder osökt till liknelsen att ”kasta ut barnet med badvattnet”, då aktuell psykoterapiforskning betonar att metoden är av mindre betydelse för utfallet än en rad andra faktorer (Lindgren, Almqvist & Folkesson, 2009). Med detta inte sagt att det inte är av största vikt att fortsätta att både utveckla och utvärdera psykoterapeutiska metoder. Såsom vår legitimation påbjuder oss så ska vi arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket innebär att vi ska utöka metodarsenalen i enlighet med nya rön om verksamma behandlingar. Samtidigt måste komplexiteten i det psykoterapeutiska arbetet respekteras och ständigt aktualiseras. Dokumentation och diskussion, såsom denna studie är ett exempel på, kan hålla ”det reflekterande systemet” igång. Psykoterapiintegration är en mångfacetterad, komplex rörelse i ständig utveckling. Detta medför svårigheter när det kommer till att evidensbasera integrativt arbete utifrån det vetenskapliga paradigmet som är rådande idag. Min förhoppning är att detta inte ska komma att hindra en utveckling mot ökad integration metoder och skolor emellan, en integration som idag tycks mer accepterad än för tio år sedan och som kan leda till ett mognare och mer vetenskapligt förankrat växande på det psykoterapeutiska behandlingsområdet.

Trots komplexiteten som kännetecknar det integrativa arbetssättet finns möjligheter att forska vidare kring detta arbetssätt. En forskningsdesign och psykoterapeutisk modell som skulle vara intressant att prova i ett kliniskt sammanhang är utfallsbaserad (”outcome-informed”) psykoterapi, som kontinuerligt utvärderar patientens upplevelser i behandlingen, där man skulle kunna utvärdera resultaten hos integrativa behandlare. Ett liknande upplägg har genomförts i Östergötland, där 1200 patienter som gått i psykologisk behandling på vårdcentral, fått utvärdera behandlingen. De preliminära resultaten pekar på att det inte föreligger skillnader i resultat mellan olika psykoterapeutiska inriktningar. En stor andel av de

psykologer och kuratorer som ingått i studien har dessutom uppgett att de arbetar med ett brett metodurval, exempelvis både psykodynamisk psykoterapi och KBT (Holmqvist R., personlig kommunikation, 1 september 2010).

Vad gäller mitt eget arbetsområde, Primärvården Göteborg, hoppas jag att den här uppsatsen ska stimulera till diskussion och erfarenhetsutbyte behandlare emellan, för att öka transparensen kring psykologisk behandling inom verksamheten. Detta skulle vidare kunna ske i exempelvis seminarieform på temat psykoterapiintegration. Det integrativa förhållningssättet förekommer inte bara på vårdcentraler, utan även inom andra verksamheter. Ett utbyte mellan verksamheter inom detta fält skulle också vara spännande att ta del av.

Under min utbildningstid till psykolog var beteendeterapi nästan ett skällsord och frågan var inte om man var psykodynamiker eller inte, utan vilken psykoanalytisk inriktning man föredrog – Lacan, Klein eller objektrelationsskolan. Behovet av att ”tillhöra” en inriktning och svårigheterna med att ta till sig ett integrativt förhållningssätt beskrivs på ett målande sätt av Jerry Gold, som själv är psykoanalytiker i grunden, men nu arbetar med en psykodynamisk assimilativ inriktning (Gold, 2005). Han skriver bl.a. om att man som nybörjare behöver sina hjältar att dyrka, ett ”märke att vara lojal med och en stam att tillhöra” (min översättning). Mötet med verkligheten som psykolog visar sedan på behovet av att ha en bredare kunskapsbas för att på bästa sätt kunna hjälpa de patienter man träffar och behovet av att tillhöra en grupp minskar. Forskningen har dock visat att vi har en tendens att tänka mer svart-vitt kring andra skolbildningar än vad som egentligen finns anledning till (Larsson, 2010), något som försvårar ett kunskapsutbyte kollegor emellan.

En erfaren psykolog som jag mötte en bit in i mitt arbetsliv uttryckte att hon ”gjorde det som var bra för patienten”. Vid den tiden tyckte jag att det stod för en konturlöshet. Idag tolkar jag det hon sa på ett annat sätt. Hon menade inte att detta handlar om att följa en nyck, utan att all den kunskap man integrerat i sitt arbete under årtal, kanske decennier, ligger till grund för de interventioner man väljer. Detta är en del i den professionella utvecklingen och innefattar ibland ”icke-ortodoxa” utsvävningar. Detta är inget att känna skam eller skuld känslor för och som man ska hålla för sig själv, som Stricker beskriver att han gjorde under lång tid (2010, s. 95), utan något som är viktigt för den professionella utvecklingen. När ”det reflektiva systemet” aktiveras parallellt med dessa erfarenheter leder de till en ökad kunskapsstillväxt och i förlängningen till ett förbättrat kliniskt arbete, som kommer våra patienter till gagn.

Sammanfattningsvis har ett integrativt psykoterapeutiskt förhållningssätt en rad fördelar, vilka belysts i denna uppsats. Den flexibilitet som arbetssättet innefattar lämpar sig

särskilt väl för den komplexa miljö som vårdcentralen utgör, vilket sannolikt är anledningen till att en så stor andel psykologer säger sig arbeta på detta sätt. Verkligheten, det dagliga kliniska arbetet, har utformat förhållningssättet och ligger till grund för den anpassning och utveckling som sker kontinuerligt i mötet med patienterna.

## Referenser

- Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: a cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive psychotherapy*, 34, 57-78.
- Beutler, E. B., Consoli, A. P. & Lane, G. (2005). Systematic treatment selection and prescriptive psychotherapy: an integrative eclectic approach. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.
- Carlsson, S. (2001). *Psykologi i primärvården*. En kunskapsinventering i samarbete med Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan Västra Götalands län. Göteborgs Universitet: Psykologiska Institutionen, Göteborg.
- Castonguay, L. G., Newman, M. G., Borkovec, T. D., Holltforth, M. G. & Maramba, G. G. (2005). Cognitive-behavioral assimilative integration. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.
- Ekerlid, M. (2006). *Psykologiska behandlingsmetoder inom primärvården*. Opublicerad psykologexamensuppsats. Göteborgs Universitet: Psykologiska Institutionen, Göteborg.
- Frank, R., McDaniel, S., Bray, J. & Heldring, M. (2004). *Primary care psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Gold, J. (2005). Anxiety, conflict and resistance in learning an integrative perspective on psychotherapy. *Journal of psychotherapy integration*, 15, (4), 374-383.
- Gold, J. (2006). Patient-initiated integration. I G. Stricker & J. Gold (red.), *A casebook of psychotherapy integration*. Washington: American Psychological Association.
- Haas, L. J. (red). (2004). *Handbook of primary care psychology*. New York: Oxford University Press.
- Haas, L. J., & deGruy, F.V. (2004). Primary care, psychology, and primary care psychology. I L.J. Haas (red), *Handbook of primary care psychology*.
- Hayes, N. (2000). *Doing psychological research: gathering and analysing data*. Buckingham: Open University Press.
- Holmqvist, R. & Lilliengren, P. (2008). Integrativa psykoterapimodeller. I B. Philips & R. Holmqvist, *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber.
- Jensen, M. K. (1995). *Kvalitativa metoder för samhälls- och beteendevetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.

- Lambert, M.J. (red). (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi*. Stockholm: Liber.
- Larssen, V. & Pettersson, P. (2002). *Psykolog på vårdcentral – möjligheter och begränsningar med korta terapier*. Opublicerad psykologexamensuppsats. Göteborgs Universitet: Psykologiska Institutionen, Göteborg.
- Larsson, B. (2010). *Therapists and their patients: Similarities and differences in attitudes between four psychotherapy orientations in Sweden*. Avhandling. Psykologiska Institutionen, Göteborg.
- Lazarus, A. A. (2005). Multimodal therapy. I J. C. Norcross. & M. R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.
- Lindgren, O., Almqvist, K. & Folkesson, P. (2009). Psykoterapins g-faktor. Sammanfattning av aktuell forskning. *Läkartidningen*, 37:106, s. 2285-2288.
- Marne, E., Persson, E., Selander, M. & Weirén, L. (2004). *Psykolog på vårdcentral. Verksamhet och visioner*. Primärvården Göteborg.
- McCullough, L. & Andrews, S. (2001). Assimilative integration: short-term psychodynamic therapy for treating affect phobias. *Clinical Psychology: science and practice*, 8, 82-97.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. & Hubble, M. A. (2005). Outcome-informed clinical work. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.
- Myhr, U. (2005). *Psykologer i första linjen: Primärvårdspsykologernas arbetsförhållanden och psykosociala arbetsmiljö*. Opublicerad specialistuppsats i klinisk psykologi. Göteborgs Universitet: Psykologiska Institutionen, Göteborg.
- Norcross, J. C. (2005). A Primer on psychotherapy integration. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.
- Nordisk familjebok (1945). Malmö: Bokförlaget Norden AB.
- Orlinsky, D.E. & Rönneberg, H.M. (2005). *How psychotherapists develop – a study of therapeutic work and professional growth*. Washington: American Psychological Association.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. I J. C. Norcross. & M. R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.
- Ryle, A. (2005). Cognitive analytic therapy. I J. C. Norcross. & M. R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.

- Stricker, G. & Gold, J. (2005). Assimilative psychodynamic psychotherapy. I J. C. Norcross. & M. R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.
- Stricker, G. & Gold, J. (2006). *A casebook of psychotherapy integration*. Washington: American Psychological Association.
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behaviour therapy: Toward integration*. New York: Basic Books.
- Wachtel, P. L., Kruk, J. C. & McKinney, M. K. (2005). Cyclic psychodynamics and integrative relational psychotherapy. I J. C. Norcross. & M. R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.

## Bilaga 1

### Intervjufrågor

#### Bakgrund

Hur länge har ni arbetat som psykologer, ev. vidareutbildningar? Teoretiska kunskaper, arbetslivserfarenhet? Hur länge har ni arbetat på vårdcentral? Har ni handledning, vilken teoretisk inriktning har handledaren?

#### Vad lägger ni i begreppet eklektisk, integrativ psykoterapi?

Särskilda metoder, tekniker? Vilka? Från olika teoretiska skolor?

Är ett sådant arbetssätt mer förekommande på en vårdcentral än i andra verksamheter som psykolog? Finns det någon särskild psykoterapeutisk metod som ni tycker lämpar sig bättre än andra på en vårdcentral?

#### Förener ni olika psykoterapeutiska teoribildningar i ert arbete?

Vilka och på vilket sätt? Vad går att förena? Är det något som är svårt/inte går inte att förena teoretiskt? Är någon skolbildning mer tongivande i ert arbete än andra? Tidigare studier av vårdcentralpsykologer visar att många har en psykodynamisk grund, men beskriver sitt arbete som eklektiskt? Vad utgör det psykodynamiska i det arbetet? Teoretiskt? Metoder? Tekniker?

Finns annan kunskap/erfarenhet som är betydelsefull att ha i ert arbete?

#### Vad styr valet av interventioner?

Hur går det till? Hur spelar tidigare erfarenheter av patientarbete in i valet av interventioner?

Vad spelar patientens önskemål och svårigheter för roll?

Spelar patientens diagnos roll för valet av interventioner? Presenteras metoderna för patienten? Hur? Har ni en färdig uppsättning metoder som ni sedan använder, eller kan den ändras allt eftersom behandlingen fortskrider?

Arbetar ni eklektiskt, integrativt med alla patienter och mer ”renodlat” i vissa fall? Vilka och varför?

Om ni jämför hur ni arbetar nu med hur ni arbetade som nyutbildade – vad ser ni för skillnader?

#### Vad leder till positiv förändring hos patienten?

Vilken roll spelar val av metod?

Egenskaper hos patienten?

Egenskaper hos er själva?

Vad tänker ni om terapeutens betydelse?

Kan ni ge exempel på en lyckad eklektisk psykoterapi utifrån ett enskilt patientfall?

## Bilaga 2

James Bennet-Levys modell av en psykoterapeuts utveckling (2006, s. 62):

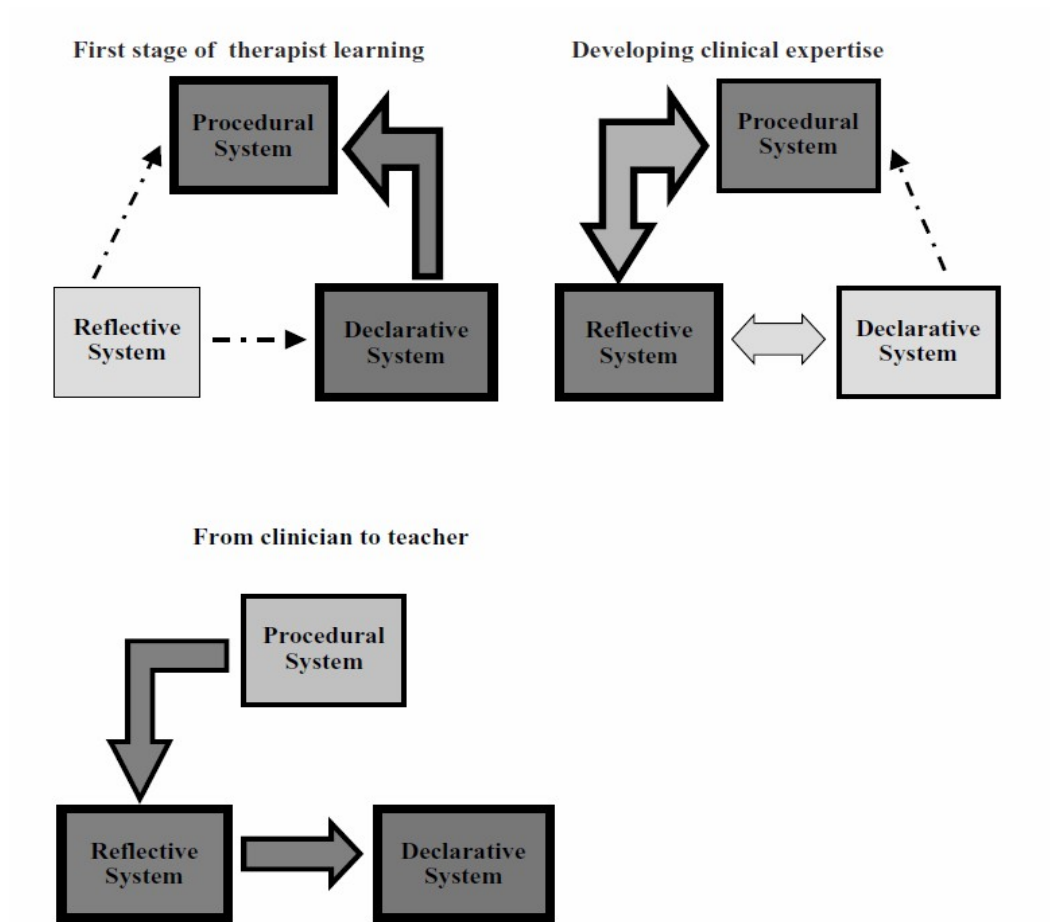


Figure 1. Where the action is for (i) First stage of therapist learning (ii) Developing clinical expertise and (iii) Moving from clinician to teacher. Darker shading indicates greater activity within that system