

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Att avvika från behandlingsmanualen i psykoterapi

Oscar González Mariezcurrena

Självständigt arbete 30 poäng
Examensarbete
PM2542
Vårtermin 2024
Handledare: Jennifer Strand

Att avvika från behandlingsmanualen i psykoterapi

Oscar González Mariezcurrena

Sammanfattning. Manualbaserade behandlingar har blivit allt vanligare inom psykoterapi. Behandlingen standardiseras genom att tydligt specificera innehållet och ge instruktioner för varje session. I den kliniska tillämpningen av manualen kan emellertid oväntade händelser uppstå, vilket kräver att terapeuten tar ställning till situationen. Det kan innebära att terapeuten väljer en intervention som avviker från det som manualen dikterar. Den aktuella studiens syfte var att få ökad kunskap om situationer där terapeuten väljer att avvika. Frågeställningar som undersökts är: 1) Vilka händelser eller omständigheter beskriver terapeuter bidrar till beslutet att avvika från manualen? 2) Vilka typer av avvikelser handlar det om och vad blir konsekvenserna av dem? Sex erfarna legitimerade psykologer och/eller psykoterapeuter intervjuades och datamaterialet analyserades genom tematisk analys. Resultatet visade att anledningar bakom avvikelser kan vara patientens unika situation, terapeutens kunskap och erfarenhet, terapeutens egen preferens men också krav från organisationen där behandlingen ges. Bland konsekvenserna fanns en starkare arbetsallians, terapeutens ökade känsla av frihet och kreativitet men också minskad evidens. Slutsatsen av den aktuella studien är att terapeutens erfarenhet och kunskap är en viktig faktor bakom beslutet att avvika. Avvikelser har inte sällan med patientens unika situation att göra och syftet är att möjliggöra för patienten att tillgodogöra sig behandlingen.

Forskningen inom psykoterapi handlar många gånger om att studera effekten av specifika metoder relaterade till enskilda diagnoser. När fokuset ligger på studien av metoden är det viktigt att arbeta systematiskt och minimera påverkan av andra parametrar på resultatet (Hofmann & Asmundson, 2017). Inte sällan handlar det om att studera metoder som standardiseras i form av manualer med tydliga instruktioner att följa under sessionen, antal sessioner och innehållet i sessionerna. Det finns idag manualbaserade terapier för de flesta diagnoser och även transdiagnostiska behandlingsmanualer. När terapeuten sedan ska implementera den forskade metoden i sitt kliniska arbete är det inte ovanligt att oförutsedda händelser, som inte specificerats i behandlingsmanualen, uppstår (Hofmann & Asmundson, 2017). Terapeuten ställs inför ett val: Ska hen prioritera att följa nästa steg i manualen eller ska hen välja att adressera det som har uppstått? Den aktuella studiens syfte var att få ökad kunskap om sådana situationer där terapeuten väljer att avvika från den manualbaserade behandlingen. Frågeställningar som undersökts är: 1) Vilka händelser eller omständigheter beskriver terapeuter bidrar till beslutet att avvika från manualen? 2) Vilka typer av avvikelser handlar det om och vad blir konsekvenserna av dem?

Manualbaserade behandlingar

Mycket har hänt inom psykoterapifältet sedan Freud i slutet av 1800-talet myntade begreppet "the talking cure". Psykoterapi är idag en väletablerad, vetenskapligt grundad disciplin med omfattande forskningskorpus som stöder effektiviteten av olika terapimetoder och belyser de mekanismer som ligger till grund för förändring i terapiprocessen (Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015). Det vi idag känner som kognitiv beteendeterapi (KBT) började utvecklas redan under 1940-talet då behovet för snabbare och effektivare metoder för

behandling av depression och trauma ökade markant efter andra världskriget (Hofmann & Asmundson, 2017; Smith, 2020; Vander Weg & Suls, 2014). I USA ville regeringen kunna erbjuda behandling för återvändande krigsveteraner. Alternativet som fanns då, psykoanalytisk behandling, ansågs ta för lång tid och gav inte alltid de resultat som önskades. Samtidigt hade psykiatri under en lång tid varit ifrågasatt som medicinsk disciplin då den medicinska modellen som så framgångsrikt hade tillämpas på andra specialiteter inte fungerade för psykiatri (Fiorillo & Maj 2018; Katschnig, 2010; Smith, 2020; Vander Weg & Suls, 2014). Där andra medicinska specialiteter kunde hänvisa till biologiska orsaker bakom patologi lyckades inte psykiatri hitta länken mellan psykopatologi och fysiologi. Frustrationen inom psykiatri samt det stora behovet för snabbare fungerande psykologiska behandlingar blev drivkrafter som gjorde att The Diagnostic and Statistical Manual (DSM) föddes 1952. Syftet med DSM var att etablera en nosologi för psykopatologi (Fountoulakis, 2022).

Publiceringen av den första versionen av DSM samt behovet av effektiv korttidsbehandling sammanföll med en ökande mängd forskning inom beteendepsykologi och behaviorism. Denna sammanflätning av händelser ledde till uppkomsten av den 'första vågen' inom beteendeterapi. Beteendeterapi förblir en väsentlig komponent inom den bredare termen kognitiv beteendeterapi som Aaron T. Beck och Albert Ellis var pionjärer inom redan under 1960-talet (Hofmann & Asmundson, 2017). Utvecklingen av KBT markerade en övergång från de mer långvariga och djupgående psykoanalytiska metoderna till en mer fokuserad och strukturerad korttidsbehandling. DSM och intresset för strukturerade terapibehandlingar ledde till att psykologer på 60-talet började ta fram manualer för att standardisera och systematisera tillämpningen av KBT samt guida terapeuten i behandlingen. Användning av manualer var ett steg mot ökad standardisering och kvalitetssäkring inom terapifältet som också gynnade psykoterapiforskningen (Hofmann & Asmundson, 2017). Intresset för behandlingsmanualer skiftade fokus från terapeuten till behandlingsmetoden. Under 1980- och 1990-talet låg fokus inom psykoterapi på att utveckla och forska om effektiviteten av olika manualbaserade behandlingar. För varje diagnos som beskrevs i DSM, togs det fram specifika manualer som terapeuten skulle följa och det lades vikt på att behandlaren skulle följa manualen. Diagnosspecifika behandlingsmanualer skapade också en föreställning om att det var möjligt att utvärdera effekten av manualbaserade behandlingar oavsett vilken terapeut som levererade den, då kärnkomponenten ansågs vara själva manualen. Den så kallade manualföljsamheten (manual adherence) blev en önskvärd färdighet hos terapeuten och för många blev en strikt följsamhet synonymt med framgångsrikt terapiutfall (Wampold & Imel, 2015). Parallellt med en ökad tilltro till manualbaserad behandling fanns det forskare som ställde sig kritiska till övertron på manualen och den rigida följsamheten (Lambert, 1998; Wampold, 2015; Wilson, 1996, 1998).

Behandlingsmanualer och följsamhet i psykoterapi

Manualföljsamhet och att avvika från manualen utgör två sammanlänkade fenomen inom psykoterapi. För att förstå innebörden av avvikelse krävs det först en kartläggning av begreppet följsamhet. Enligt Hasson och von Thiele Schwarz (2017) innebär följsamhet "hur en metod praktiskt genomförs i förhållande till dess beskrivning i forskningsartikeln eller handboken" (s. 18). I den psykologiska litteraturen används flera begrepp för att beskriva terapeutens följsamhet, där de vanligaste inkluderar 'manual adherence', 'treatment fidelity' och 'treatment integrity' (Kendall & Frank, 2018; Power m.fl., 2022). Följsamheten är central för forskning om behandlingsmanualer inom psykoterapi och utgör en förutsättning för att behandlingen ska kunna replikeras av olika terapeuter samt för att möjliggöra systematisk psykoterapeutisk forskning (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017).

Följsamhet är tätt kopplat till begrepp som evidens och tillförlitlighet. Bristande tillförlitlighet i diagnostisering inom psykiatri i jämförelse med andra medicinska specialiteter motiverade utvecklingen av standardiserade manualer för diagnostisering och klassificering av psykisk ohälsa. Den psykologiska behandlingen som rekommenderades skulle leva upp till samma krav och behandlingsmetoderna som togs fram skulle vara evidensbaserade och tillförlitliga (Fountoulakis, 2022; Vander Weg & Suls, 2014). Med evidensbaserade menar man att det finns vetenskapliga bevis och forskning som stöder eller motsäger effektiviteten av en viss terapeutisk behandlingsmetod. En hög tillförlitlighet i en sådan kontext innebär att tillämpning av behandlingsmanualen ger samma resultat oavsett vem som administrerar den. Detta ställer höga krav på systematisering av behandlingen för att säkerställa att en specifik terapeutisk intervention genomförs på ett standardiserat och enhetligt sätt, oavsett terapeut. Manualbaserade behandlingar möjliggör jämförelse av terapeutiska resultat över olika studier och kliniska miljöer. För många forskare och teoretiker, särskilt under behandlingsmanualernas guldålder på 1980 och 1990-talet, var terapeutens följsamhet av manualen en förutsättning för behandlingens framgång och ett krav för att arbeta evidensbaserat (Wampold & Imel, 2015).

Det är först på senare tid, omkring 2010, som forskare har börjat intressera sig för att studera sambandet mellan följsamhet och resultat. Det finns inte många studier som undersöker sambandet, och resultaten varierar, vilket ger begränsad evidens för att följsamhet till en behandlingsmanual faktiskt har ett betydande samband med utfallet. Webb m.fl. (2010) hittade i sin metaanalys inget signifikant samband mellan följsamhet och utfall. Det är samma slutsats som Truijens m.fl. (2018) kommer fram till i sin systematiska översikt. Några studier antyder att följsamheten kan vara kopplad till bättre resultat (Collins m.fl., 2009; Sasso m.fl., 2016), andra på att sambandet enbart finns i de initiala faserna av terapin (Folke m.fl., 2017; Lange m.fl., 2019). Det är också oklart om graden av behandlingsföljsamhet är viktigare i vissa typer av behandlingar än i andra (Webb, DeRubeis & Barber, 2010).

En möjlig förklaring till att följsamhet inte förutsäger behandlingsresultat är att bristande följsamhet kan återspegla terapeutens flexibilitet och förmågan att anpassa sig till patientens unika behov (Owen & Hilsenroth, 2014), vilket kan tolkas som tecken på terapeutisk kompetens.

Terapeutens flexibilitet

Medan många terapeuter omfamnar manualbaserade terapimetoder för deras strukturerade tillvägagångssätt, hävdar andra att strikt följsamhet kan underminera terapeuternas kliniska flexibilitet och expertis samt resultera i en sjukvård där alla patienter som visar samma symtombild behandlas på samma sätt enligt "one-size-fits-all"-principen (Cohen & DeRubeis, 2019). Debatten mellan de som förespråkar en patientanpassad behandlingsplan (idiografic case formulation) och de som försvarar följsamheten av manualbaserade terapier var redan aktuellt på 1990-talet (Wilson, 1996, 1998). Det ifrågasätts att en rigid följsamhet kan vara opraktisk och inskränkande, och att den kanske inte tar tillräcklig hänsyn till det individuella behovet hos varje klient. En terapeut bör kunna anpassa sig till patientens unika omständigheter och behov, samtidigt som hen drar nytta av manualens strukturerade riktlinjer (Kendall & Frank, 2018; Wilson, 1996, 1998).

Medan Wilson (1996, 1998) och Kendall och Frank (2018) intresserar sig för samspelet mellan följsamhet och terapeutens flexibilitet, intar andra forskare ett multidimensionellt perspektiv för att förstå vad som fungerar i psykoterapin. En av dessa teoretiker är Wampold (2015) som tog fram sin egen förklaringsmodell, den kontextuella modellen, där han utifrån tidigare vetenskapliga studier klassificerar de faktorer som bidrar till patientens förbättring i två kategorier: gemensamma faktorer och specifika faktorer. Enligt Wampold (2015) är den

terapeutiska relationen, även kallad alliansen mellan terapeut och klient, en av de mest avgörande gemensamma faktorerna för terapins framgång, oavsett vilken terapimetod som används. Det finns studier som har identifierat en rad variabler som medierar sambandet mellan följsamhet och utfall. Dessa medierande variabler är många gånger kopplade till de gemensamma faktorerna.

Barber m.fl. (2006) och Barber, Khalsa och Sharpless (2010) kunde visa på ett samband mellan terapeutens följsamhet och alliansen för utfallet av terapin. För patienter som ansågs ha en stark terapeutisk allians spelade terapeutens manualföljsamhet ingen roll i terapiutfallet. Däremot hittade man för patienter med svag allians ett positivt samband mellan följsamhet och utfall. Sambandet indikerar att följsamhet till manualen som sådan inte är en statisk egenskap hos den enskilde terapeuten, utan snarare något som uppstår i terapeut-patientrelationen. Samma slutsatser kring medierande variabler mellan följsamhet och terapiutfall har påvisats i en svensk kontext. Alexandersson m.fl. (2023) fann inget samband mellan terapeutens följsamhet av manualen och ett positivt terapiutfall för patienter som genomgick KBT vid depression. Å andra sidan visade samma studie att det fanns en tydlig korrelation mellan terapeutens tillämpning av det de beskrev som underlättande omständigheter (facilitative conditions) och terapiutfall. Med underlättande omständigheter avses interventioner där terapeuten visar engagemang och stöd, vilket ofta medför en förstärkt allians. Författarna hävdar att sambandet verkar medieras av den terapeutiska alliansen.

Terapeuter är möjligen ovilliga att strikt följa en behandlingsmanual om de tror att det kan ha en negativ påverkan på den terapeutiska alliansen (Addis & Krasnow, 2000). Till exempel kan terapeuten, om en patient har upplevt en stressig händelse, välja att fokusera på att förmedla förståelse och empati i stället för att strikt följa manualens instruktioner, vilket innebär en lägre följsamhet. Att använda sig av sådana mellanmänniska färdigheter, menar Wampold (2015), kan vara viktigt för behandlingseffektiviteten. Snippe m.fl. (2019) nämner olika förklaringar till varför terapeuten väljer att avvika från manualen, bland annat att terapeuten bedömer att det finns en hög risk att patienten avslutar terapin, någon händelse i patientens liv, att patienten visar sig orolig eller att terapeuten väljer att slå ihop två sessioner i en.

Det finns även de som argumenterar för att följsamheten måste offras, exempelvis när terapeuten upplever motstånd från patienten, som ibland kan vara fallet inför en exponering (Schwartz m.fl., 2022) eller om patienten skulle rapportera akut självmordsbenägenhet. Huppert m.fl. (2006) fann att högre grader av följsamhet ledde till sämre resultat för patienter med bristande motivation som behandlades med KBT för paniksyndrom. På samma sätt som en strikt tillämpning av ett KBT-protokoll kan leda till sämre resultat finns det också bevis på att inkludering av interventioner utanför den egna metoden kan förbättra utfallet, exempelvis vid omotiverade patienter (Constantino m.fl., 2020; Huppert m.fl., 2006). Inkludering av stödjande och motiverande interventioner från Motiverande Samtal (Motivational Interviewing) för patienter vid exempelvis paniksyndrom eller ångest som visade motstånd till behandling hade en positiv effekt på utfallet (Aviram m.fl., 2016; Constantino m.fl., 2019). Det kan konstateras att det finns empirisk data som stöder tesen att avvikande från protokollet, beroende på omständigheterna, kan vara ett kompetent beslut.

Sammanfattningsvis har flera studier pekat på att när förhållandet mellan terapeutens följsamhet av manualen och terapiutfall undersöks bör den komplexa modererande effekten av den terapeutiska alliansen övervägas och att avvikelser från behandlingsmanualen kan vara nödvändiga för en lyckad terapi.

Manualbaserade terapier inom den svenska sjukvården

Majoriteten av de rekommenderade psykologiska behandlingarna i Sverige vid psykisk ohälsa har sin grund i KBT (Socialstyrelsen, 2019, 2021). Hos många offentliga vårdgivare tillämpar terapeuter manualbaserade metoder, där de förväntas gå igenom specifika sessioner med förbestämt innehåll. I Socialstyrelsen riktlinjer för KBT skriver man att en sådan behandling ofta ges vid ett tillfälle per vecka under 5-20 veckor, vilket ger en indikation på förväntan på antal sessioner och frekvensen (Socialstyrelsen, 2019). Samtidigt indikerar flera studier att det finns andra effektiva aspekter i behandlingen utöver den valda metoden (Constantino m.fl., 2020; Huppert m.fl., 2006; Wampold, 2015) och att följsamheten till manualen inte nödvändigtvis är avgörande för utfallet (Barber m.fl., 2006; Barber, Khalsa & Sharpless, 2010; Truijens, 2018; Webb m.fl., 2010). Således är det av intresse att undersöka hur och när psykologer och psykoterapeuter som arbetar manualbaserat väljer att avvika från manualen och grunderna bakom ett sådant beslut.

Syftet med studien var att få ökad kunskap om avvikelser från manualbaserade behandlingar. Frågeställningar som undersöktes var: 1) Vilka händelser eller omständigheter beskriver terapeuter bidrar till beslutet att avvika från manualen? 2) Vilka typer av avvikelser handlar det om och vad blir konsekvenserna av dem?

Metod

Med tanke på syftet och frågeställningar som avses studeras har en kvalitativ forskningsdesign av explorativ karaktär använts. Den explorativa ansatsen lämpar sig när man vill utforska ett ämne och generera nya insikter snarare än att bekräfta förutbestämda hypoteser (Byman, 2018). Den valda metoden med intervjuer möjliggör en djupgående och kontextuell förståelse av frågeställningarna som studeras samt identifiering av mönster och trender.

Deltagare

Inklusionskriterier för deltagande var att informanterna skulle vara legitimerade psykologer och/eller psykoterapeuter med minst tre års yrkeserfarenhet. Vidare krävdes det att de hade erfarenhet inom den svenska offentliga sjukvården och specifik erfarenhet av att tillämpa manualbaserade terapimetoder.

Sex informanter i åldrarna 41–66 deltog i studien. Fem av de var legitimerade psykologer och psykoterapeuter, medan den sjätte var legitimerad psykoterapeut med grundutbildning som socionom. Två av respondenterna identifierade sig som män, medan de fyra resterande identifierade sig som kvinnor. Samtliga informanter hade över tio års erfarenhet av psykoterapeutiskt arbete, inklusive arbete med manualbaserade behandlingsformer. Valet av erfarna terapeuter grundades på studier som hävdar att det oftast är de mest erfarna terapeuterna som väljer att avvika från manualen (Barber m.fl., 2006; Oddli, 2014; Snippe m.fl., 2019; Tschuschke m.fl., 2015).

Tillvägagångssätt

Studiedeltagarna rekryterades via e-post genom en bekvämlighetsurvalsmetod, där jag kontaktade personer jag redan hade kännedom om och som jag visste uppfyllde inklusionskriterierna för studien. Rekryteringsmejlet innehöll en inbjudan att delta i studien, där syftet, inklusionskriterierna och forskningsetiska aspekter relevanta för deltagandet förklarades. De initiala mottagarna uppmanades att vidarebefordra inbjudan till personer de ansåg uppfyllde inklusionskriterierna. Informanterna som uttryckte intresse för deltagande i studien fick ett kompletterande informationsblad och en samtyckesblankett via e-post. Informationsbladet och samtyckesblanketten bifogas som bilaga (Bilaga 1). All kommunikation med informanterna skedde via e-post. Informanter i Göteborgsregionen erbjöds möjligheten att genomföra intervjun antingen på plats eller digitalt, medan de som bodde utanför Göteborgsregionen fick välja en digital plattform för intervjun.

Datainsamling

Sammanlagt har sex intervjuer genomförts, och varje intervju varade ungefär en timme. En av intervjuerna genomfördes på plats vid Göteborgs universitets Psykologiska institution, medan de övriga fem genomfördes digitalt. Digitala plattformar som användes inkluderade både Zoom (tre informanter) och Teams (en informant). En informant valde att genomföra intervjun per telefon. Efter en kort presentation fick informanten som intervjuades på plats en kopia av informationsbladet samt samtyckesblanketten och blev ombedd att skriva under. De som inte intervjuades på plats gav sitt samtycke muntligt. Alla informanter gav sitt muntliga samtycke till inspelning av intervjun innan inspelningen påbörjades. Intervjuerna spelades in och sparades lokalt i en smartphone utan SIM-kort eller annan tillgång till internet.

Under intervjuerna har en semistrukturerad intervjuguide använts (Bilaga 2), vilken tillhandahåller en övergripande struktur och riktlinjer för varje intervjesession, samtidigt som den tillåter flexibilitet och anpassning baserat på informantens svar. I intervjuguiden anges en uppsättning huvudfrågor, men formatet ger också utrymme för följdfrågor. Detta gav informanterna möjlighet att svara på ett naturligt och personligt sätt. Målet var att utforska informanternas perspektiv, och de uppmuntrades att uttrycka sig fritt och spontant (Bryman, 2018). Huvudfrågorna i intervjuguiden valdes noggrant för att täcka de specifika frågeställningar som undersökningen syftade till att utforska.

Efter varje intervjesession transkriberades och anonymiserades inspelningen. Den transkriberade, anonymiserade versionen sparades i ett Google Drive-konto med tvåfaktorsautentisering.

Analys

Studiens ontologiska och epistemologiska grundval är av realistisk natur, vilket innebär att man antar att det existerar en objektiv verklighet som är studerbar. Inom denna ram strävar forskaren efter att uppnå en så exakt och sanningsenlig förståelse som möjligt av den faktiska verkligheten (Smith, 2015).

Metoden som har använts för att analysera den insamlade datan är tematisk analys såsom den är beskriven av Braun och Clarke (2006). Tematisk analys lämpar sig väl som metod när man vill upptäcka mönster, teman och innebörder i kvalitativ data på ett systematiskt sätt. Dessutom har en induktiv ansats valts, vilket innebär att det är den insamlade datan som styr analysen och att man inte utgår från förbestämda teorier. En induktiv tematisk analys möjliggör

en öppenhet för nya idéer och perspektiv, vilket kan leda till en djupare förståelse av ämnet och möjligen bidra till teoretisk utveckling inom området (Smith, 2015).

I analysen av data har en semantisk och deskriptiv ansats använts. Med semantiskt menas att koderna utgick från vad respondenterna uttryckte, utan att några djupare innebördstolkningar gjordes. Den deskriptiva ansatsen innebär att huvudsyftet med analysen var att sammanfatta och beskriva mönster i den insamlade datan (Smith, 2015).

De inspelade intervjuerna har transkriberats och anonymiserats. I enlighet med det första steget i tematisk analys (Braun & Clark, 2006) lästes de transkriberade intervjuerna flera gånger. Därefter, för varje transkriberad intervju, har relevant material relaterat till studiens syfte och frågeställningar identifierats för att sedan analyseras med initiala koder. Dessa initiala koder kan vara meningar eller delar av en mening. Efter att ha skapat de initiala koderna gick jag vidare till nästa steg, där koderna systematiskt granskades för att identifiera betydelsefulla mönster, likheter och olikheter. Detta resulterade i en serie potentiella teman. I nästa steg undersöktes potentiella teman och dess relationer samt om de kunde kombineras eller omformuleras för att bättre spegla datamaterialet. I detta steg handlade om att undersöka eventuella temahierarkier, huvudtema och underteman, och om temana kunde slås ihop. Processen fortskred iterativt, genom omformulering och omstrukturering av temana. Den iterativa cykeln avslutades när jag bedömde att temana var formulerade på ett koncist sätt som fångade essensen i datamaterialet på ett tillförlitligt sätt, samt att de identifierade temana var internt homogena och externt heterogena.

Etik och reflexivitet

I det aktuella arbetet har de etiska riktlinjerna för psykologisk forskning som fastställts av Vetenskapsrådet (Vetenskapsrådet, 2020) följts. Riktlinjerna grundar sig på två centrala aspekter: forskningskravet och individskyddskravet. Forskningskravet innebär att allmänheten har rätt att förvänta sig att den bedrivna forskningen ska vara till nytta för samhället. De grundläggande kraven för individskydd kan specificeras genom fyra övergripande huvudkrav för forskning: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. I det aktuella arbetet har man tagit hänsyn till samtliga fyra krav genom att informera deltagarna om studiens syfte, villkoren för deltagandet och om hur den insamlade informationen skulle hanteras. Alla deltagare fick innan intervjustart information om att de kunde avbryta intervjun om så de ville och att de inte behövde svara på alla frågorna som ställdes. All information som samlats in från respondenterna har anonymiserats för att förhindra att utomstående skulle kunna identifiera dem. Samtycke har inhämtats både för deltagande i studien och för inspelning av intervjun. Informationen som samlats in har enbart använts inom ramen för det aktuella examensarbetet, och endast författaren till examensarbetet och handledaren har haft tillgång till den insamlade informationen från respondenterna.

Den valda ansatsen i metoden är av induktiv karaktär, vilket innebär att den tematiska analysen inte bör påverkas av tidigare teorier eller kunskap inom området. Som psykologstudent är det oundvikligt och nästintill omöjligt att ta emot en så omfattande datamängd med psykologiskt innehåll utan att associera till tidigare kunskap. Dessutom har jag själv en egen erfarenhet av att arbeta manualbaserat i psykologisk behandling. Min ambition under hela examensarbetet har dock varit att tillämpa det som Edmund Husserl kallade för *Epoché* eller "bracketing," vilket innebär att man sätter de förkunskaper man har inom parentes för att se data med objektiva ögon (Berndtsson, Lilja & Rinne, 2019).

Resultat

Syftet med den aktuella studien var att få ökad kunskap om avvikelser från manualbaserade behandlingar. Frågeställningar som undersökts är: 1) Vilka händelser eller omständigheter beskriver terapeuter bidrar till beslutet att avvika från manualen? 2) Vilka typer av avvikelser handlar det om och vad blir konsekvenserna av dem? Resultatet visar att avvikelser vid manualbaserade behandlingar bland de intervjuade psykologerna och psykoterapeuterna var vanligt förekommande och av olika sorter. Resultaten som härleds från den tematiska analysen presenteras i form av fyra huvudteman, tillsammans med tillhörande underteman. Dessa specificeras närmare i Tabell 1. Huvudtemana är relaterade till anledningarna bakom avvikelser och resultatredovisning följer en struktur där innebörden av avvikelserna först beskrivs, följt av avvikelsernas syfte och slutligen redovisas konsekvenserna av avvikelserna.

Tabell 1

Huvudtema och undertema

Huvudtema	Undertema
1 Patientens kliniska historik och bakgrund	1.1 Tidigare erfarenhet av terapi 1.2 Patienten har komplex problematik 1.3 Inlärningsförmåga, språkkompetens och ekonomiska faktorer
2 Händelser under terapins gång	2.1 Patienten drabbas av en akut livshändelse 2.2 Terapin går inte som förväntat
3 Terapeutens kompetens och preferenser	3.1 Intuition och klinisk känslighet 3.2 Terapeutens preferenser
4 Organisatoriska omständigheter	

1. Patientens kliniska historik och bakgrund

Ett huvudtema som formades utifrån intervjuerna handlade om patientens kliniska historik och bakgrund. Inom den kliniska historiken lyfte informanterna fram patientens tidigare erfarenhet av terapi samt graden av problematik som centrala faktorer som påverkade beslutet att avvika från manualen. Utöver dessa nämndes även andra, personspecifika förutsättningar som kunde bidra till att de behövde anpassa behandlingen. Förutsättningarna inkluderade hur snabbt patienten tillgodogör sig behandlingen, patientens språkkompetens men även ekonomiska faktorer.

1.1 Tidigare erfarenhet av terapi

En aspekt som framkom var att informanterna många gånger mötte patienter som redan hade erfarenhet av terapi. En av dem menade att detta är särskilt frekvent inom psykiatrin, där många patienter tidigare har genomgått behandlingar inom primärvården. För patienter med tidigare erfarenhet av terapi kunde informanterna anpassa tempot eller ägna olika tid för olika moduler i behandlingen utifrån terapeutens och patientens gemensamma bedömning. Det förekom också att man valde att helt avstå från vissa delar av manualen.

En patient som kanske gått i terapi förut och är bekant med att ha jobbat med delar av manualen, det gör att man snabbar på förloppet, att man bestämmer gemensamt att, det här behöver vi inte fördjupa oss i, du verkar kunna det här så vi kan gå vidare till nästa steg (Informant 1)

Informanterna var över lag eniga om att syftet bakom avvikelser där man anpassar tempot eller väljer bort vissa moduler, var att patienten skulle få den hjälp som terapeuten ansåg vara lämplig för patienten. Samtliga informanter betonade att huvudsyftet med avvikelserna alltid var att främja patientens välbefinnande genom behandlingen och att avvikelser var avsedda att underlätta detta. Begreppet 'patientnytta' användes ibland för att betona det övergripande målet, det vill säga att gynna patienten och bidra till förbättring.

Jag tänker nog ändå att valet för dessa patienter på ett medvetet plan för mig handlar om att det ska vara liksom gynnsamt för patienten, det kan jag säga. Hela grejen är ju så här ... jag är säker på att jag fattat en massa, massa kliniska beslut som egentligen skulle kunna motiveras utifrån patientnytta och som jag inte skulle kunna motivera utifrån liksom vetenskapligt stöd eller så (Informant 2)

Informanterna framhävde betydelsen av att lyssna på patienten och involvera dem i beslut som rörde deras egen behandling, utifrån patientens tidigare erfarenhet av terapi, eftersom de ansåg att ett gemensamt beslutsfattande kunde ha positiva effekter på arbetsalliansen.

Så det är något i kvaliteten i relationen också som går förlorat om man bara kör på manualen utan att ta hänsyn till patientens kliniska bakgrund och vad patienten kommer med. Som Kierkegaard säger, man ska möta patienten där hon befinner sig, det krävs att man är lyhörd och kollar med patienten: Hur ser du själv på det här? Vad ska vi prioritera, det här eller det här? (Informant 5)

1.2 Patienten har komplex problematik

En aspekt som kunde resultera i beslutet att avvika från behandlingsmanualen var patientens problematik. Av intervjuerna framgick att svårigheterna och behoven hos patienter som söker vård är mycket varierande. Många gånger kunde det handla om patienter med komorbida tillstånd och komplex problematik. I de svårare fallen var det vanligt att terapeuten kunde förlänga behandlingen eller ägna extra tid åt de moduler som var relaterade till patientens särskilt svåra problemområden.

Jag tycker att primärvårdsformatet är ju anpassat för patienter som inte är så svårt sjuka och som kanske har lättare att ta till sig ett material /.../ men det

är ju inte alltid så i verkligheten, eftersom vi inom primärvården jobbar med patienter som har svår problematik också och då är det ju oftast så, att man märker efter en tid att den här patienten skulle nog behöva fördjupad information eller längre tid för att ta sig igenom det här materialet som det är tänkt (Informant 1)

Andra gånger kunde avvikelser innebära att behandlingen kompletterades med interventioner från andra manualer. Informanterna lyfte exempel på kompletteringar under intervjuerna, särskilt när patienten visade problem med sömn, matvanor eller missbruk. I sådana situationer krävdes det att terapeuten använde sig av interventioner eller moduler från andra behandlingsmanualer för att adressera dessa problemområden. Både Informant 3 och Informant 4 hade erfarenhet av patienter där de basala funktionerna inte var tillräckligt stabila för att de bedömdes klara av den psykologiska behandlingen. Sättet de adresserade sådana situationer var genom att i behandlingen introducera inslag från andra manualer avsedda att främja balansen i basala funktioner. Båda var medvetna om att de offrade evidens som en konsekvens av att de följde flera behandlingsmanualer parallellt och att patienten inte fick allt innehåll från behandlingen de ursprungligen sökte hjälp för.

En del patienter med problematiska beteende /.../ det kan vara sådant som att man har ett missbruk till exempel, eller om man inte har en någorlunda normal dygnsrytm eller sådana saker så att där kan ibland vara svåra avvägningar tycker jag... Ska jag intervensera mot sånt? Hur kan du minska ditt missbruk, kan du se till att äta regelbundet eller så? (Informant 4)

Om jag inte hade valt att avvika så hade patienten kanske fått mer av det hen egentligen behövde så att det är ju också viktigt att inte tappa det perspektivet faktiskt /.../ Det är lite mer av en chansning kanske, eftersom det inte finns någon evidens på det sättet, man arbetar mer intuitivt (Informant 3)

Informanterna var eniga i att oavsett det handlade om att fördjupa eller lägga till nya moduler var syftet med avvikelserna att försäkra sig om att patienten hade rätt förutsättningar för att tillgodogöra sig behandlingen samt att patienten skulle känna att terapin var relevant. Det i sin tur, kunde påverka arbetsalliansen och motivationen.

Så oftast tycker jag att den återkopplingen jag märker i stunden när jag involverar patienten i beslutet ofta är positivt på något sätt ...att det ändå blir bra för relationen eller för alliansen (Informant 3)

En annan typ av interventioner som ofta nämndes relaterat till patienter med komplex problematik var sådana som syftade till att utveckla relationen mellan patient och terapeut. Flera informanter menade att kvaliteten i relationen ansågs vara av grundläggande betydelse för att överhuvudtaget kunna genomföra behandlingen enligt manualen. Det kunde handla om patienter som hade svårigheter att etablera relationer, och som en del av behandlingen krävdes det att man först eller parallellt med den manualbaserade behandlingen arbetade med att bygga upp en stabil och förtroendefull relation som skulle ligga till grund för hela behandlingsprocessen. Informant 6 formulerade sig på följande sätt avseende den relationella komponenten:

Man måste jobba mycket mer om du har en person helt alltså, väldigt tom i identitet, självbild och så. Det går ju inte att jobba då, man måste jobba med den relationella komponenten också och det blir svårt om man bara följer manual, för det är ganska mycket som ska med varje gång

1.3 Inlärningsförmåga, språkkompetens och ekonomiska faktorer

Varje patient är unik, och denna unikheter kunde vara motiveringen bakom avvikelserna, menade några informanter. De främsta aspekterna som framhölls som unika för varje patient och som potentiellt kunde leda till avvikelser inkluderade patientens individuella inlärningsförmåga, språkkompetens och ekonomiska förhållanden.

För patienter som var snabba att ta till sig innehållet i manualen kunde terapeuten välja bort vissa delar om hen ansåg att patienten redan hade förstått det som manualen beskriver.

Om jag märker att en patient till exempel har väldigt lätt för att ta till sig det vi pratar om, att man bedömer att patienten kanske inte behöver mer än det här för han verkar förstå innehållet (Informant 1)

I andra fall kunde avvikelser ske för att terapeuten märkte att patienten hade svårigheter med att tillgodogöra sig innehållet i behandlingsmanualen. Vid sådana tillfällen var de vanligaste avvikelserna att terapeuten valde att sänka tempot, att komplettera det som manualen beskriver med flera exempel eller att förenkla innehållet i manualen. Ibland krävdes det till och med att den manualbaserade behandlingen avbröts helt. Vilken alternativ metod terapeuten valde, eller vilka åtgärder som vidtogs efter att behandlingen avbröts, var huvudsakligen beroende på terapeutens kompetens och erfarenhet.

Det har också att göra med... ja, alltså vad patienterna har för resurser och ja ...till begåvning anpassar man ju väldigt mycket. Det är mycket svårt när patienten är lågadaptiv. Ibland under tiden märker man att patienten inte klarar av det. Då måste jag avbryta. Vilken inriktning du väljer, det handlar om vad målet är och vad personen har för egenskaper och utrustning i psykisk bemärkelse (Informant 5)

När terapeuten anpassade behandlingen utifrån patientens individuella inlärningsförmåga var syftet att möta patienten på rätt nivå. Med "rätt nivå" menade informanterna ett sätt som är lämpligt och effektivt för den specifika individen och där terapeuten tar hänsyn till faktorer som patientens inlärningsstil, preferenser, tidigare inläring och eventuella kognitiva styrkor eller utmaningar.

Om jag bedömer att patienten har lätt för att ta till sig ett material, syftet då blir att möta patienten på rätt nivå, att alla inte behöver läsa allting eller gå igenom alla moduler. Budskapet verkar gå fram ändå och det sker en förbättring så att anpassa materialet efter patientens förutsättningar och behov är väl ett syfte när man avviker (Informant 1)

Vad gäller språkkompetens menade informanterna att variationer i hur väl patienten behärskar språket kunde leda till att terapeuten valde att förenkla manualen. Särskilt nämndes patienter vars modersmål inte var svenska och som upplevde svårigheter med språket i manualerna. För att underlätta förståelsen för patienterna kunde terapeuten välja att skapa en modifierad version av delar av manualen med ett mer lättbegripligt språk.

Ja... språk också ...de som inte är så bra på svenska ... manualen är ganska svåra att läsa. Det kan också vara att jag förenklar manualerna, jag har ju en egen förenklad version, till exempel med psykoedukation vid trauma, det är ju många med invandrarbakgrund. Och inte bara traumapatienter; om de inte kan språket tillräckligt väl så kan jag behöva göra något (Informant 6)

Andra gånger kunde anpassningen röra sig om patienter med läs- och skrivsvårigheter, vilket ansågs göra det utmanande för vissa att ta till sig information som förmedlas i textform. Därav behövde terapeuten utforska alternativa vägar för att kommunicera och förmedla viktig information till dessa patienter.

Sen kan det ju vara någon som har läs- och skrivsvårigheter eller koncentrationssvårigheter och som kan ha väldigt svårt att arbeta med text på det sättet; vad man behöver göra då är att man behöver hitta ett annat sätt att lära in, så det beror ju på vad man har för förutsättningar (Informant 1)

Patientens ekonomiska förutsättningar vid behandling hos privata aktörer var ytterligare en faktor som kunde göra att terapeuten anpassade behandlingen. Patientens ekonomi kunde påverka både behandlingens utformning och innehåll. I termer av utformning innebar anpassningen ofta en minskning av antalet sessioner, då patienten saknade ekonomiska möjligheter att delta i alla sessioner som en fullständig behandling krävde. Dessutom kunde visst behandlingsinnehåll uteslutas när terapeuten anpassade behandlingen till patientens ekonomiska situation.

För min del när det har varit aktuellt så har det varit ekonomiska faktorer hos patienten, alltså då har det handlat om när jag jobbat som privatpraktiserande så att någon som kanske kan komma 7-8 gånger eller så. Då får man hoppa över grejer (Informant 2)

En informant, Informant 6, påpekade kostnaden för arbetsmaterialet som patienten förväntas använda under terapi som en anledning för avvikelser. Många manualbaserade behandlingar inkluderar arbetsböcker som patienten kan köpa och använda under terapin. Det framkom under intervjuerna att på grund av den höga kostnaden för arbetsböckerna hade patienterna inte alltid ekonomiskt utrymme för att köpa dem. Informant 6 nämnde att det hen brukade göra i sådana situationer var att skriva om delar av manualen för att undvika plagiat och sedan ge kopior till patienterna.

Arbetsböckerna är väldigt dyra att köpa in, så många patienter har inte råd. Det är väldigt få som har råd nu och framför allt alla de som går på socialbidrag och sånt, de har ju inte ens råd. Så att det är också en sån yttre faktor, det är klart det inte blir samma när man inte har hela manualen med sig hem /.../ Vi har gjort så att man skriver om lite så att man inte plagierar manualen helt (Informant 6)

2. Händelser under terapins gång

Det här temat behandlar händelser som inträffade under terapin som gjorde att terapeuten valde att avvika från manualen. Här inkluderas exempelvis hantering i terapi av för patienten allvarliga livshändelser, patientens insjuknande under terapin men även avvikelser som görs när terapiförloppet inte går enligt förväntan.

2.1 *Patienten drabbas av en akut livshändelse*

Samtliga informanter berättade om situationer där de hade erfarenhet av avvikelser som grundade sig i oväntade händelser i patientens liv. Exempel som angavs var krissituationer, problem i nära relationer, suicidala tendenser, att patienten blev sjuk eller emotionella reaktioner på utvisningshot. Många av situationerna hanterades inom ramen för terapi, vilket i sig utgör en form av avvikelse från det förväntade terapiförloppet som manualen beskriver. Andra gånger innebar det ett avbrott i terapin, såsom när patienten blivit sjuk. Informant 3, som hade särskild erfarenhet av att arbeta med ungdomar, menade att för den gruppen uppstod ofta situationer som ansågs akuta och nödvändiga att ta upp.

Att det är någonting som har hänt, det händer mycket med ungdomar, det är kanske någonting akut, något rörigt i relationer, någonting har hänt sen förra veckan som blir väldigt dramatiskt och sånt som de verkligen vill prata om. Så det är en prioritering jag gör i stunden /.../ Det kan ju också vara en väldigt påstridig patient som kommer in som en storm och att jag utifrån det väljer att prioritera det och det kan ju vara antingen en liten stund, att avsätta en viss tid av samtalet för att hinna med det för att sen kunna också fortsätta. Eller så är det kanske någonting som behöver ägnas hela sessionen åt.

Vid akuta händelser som behövde hanteras under terapin, var syftet med avvikelsen att temporärt anpassa terapin för att hantera den akuta situationen. Två informanter menade att en konsekvens av en sådan intervention var att patienten kände sig bekräftad och att alliansen stärktes. Målet var sedan att kunna återgå till den planerade behandlingsmanualen efter att den akuta situationen hade hanterats och patienten blivit tillräckligt stabil.

En liten kortare bekräftelse eller att liksom landa i det en liten kortare stund kan göra att faktiskt kan lägga det åt sidan och sen fortsätta jobba vidare i process där vi slutade vid förra samtalet (Informant 3)

2.2 *Terapin går inte som förväntat*

Det andra undertemat behandlar situationer då terapin inte fortskred enligt det som anses ett vara ett förväntat förlopp. Informanterna beskrev situationer där patienter inte förbättrades, eller där det skedde återfall för en patient med substansbruksproblematik. Det kunde också uppstå situationer där den valda manualen inte fungerade för en specifik patient, antingen för att man inte såg någon positiv utveckling hos patienten eller för att hen inte klarade av att genomföra de uppgifter som ingick i manualen. En annan situation som Informant 5 lyfte fram var när det under behandlingens gång upptäcktes en annan problematik än den som behandlades i manualen och som behövde prioriteras i stället.

Jag kan ta en manual och man kan börja där. Det är inget fel på det. Men man måste vara lyhörd på att det i grunden kan vara neuropsykiatrisk

problematik, det kan vara anknytningsproblem, det kan vara något akut just nu som har hänt

Några informanter uttryckte att de kunde känna sig osäkra och upplevde ett ökat ansvar när de ställdes inför en oförutsägbar situation. Osäkerheten var kopplat till faktumet att terapeuten kunde ifrågasätta sitt eget beslut av behandling eller när terapeuten konstaterade att behandlingen inte hade resulterat i någon förbättring hos patienten. Så här uttryckte sig Informant 3 i det avseendet:

Om det jag erbjuder patienten inte fungerar, det som jag bedömde från början var lämpligt /.../ då är det ju också en signal för mig att någonstans, att ok, jag behöver ett nytt grepp om situationen, att det kanske behövs någonting mer än det jag kan erbjuda?

Ytterligare en aspekt relaterad till att terapin inte gick som förväntat var de varierande motivationsnivåerna hos vissa patienter. Motivationssvikt kunde leda till att terapeuten valde att introducera ytterligare motivationshöjande interventioner i behandlingen utöver de som fanns angivna i behandlingsmanualen. Detta nämndes särskilt av terapeuter som hade erfarenhet av att jobba med substansbrusproblematik. Tanken vid sådana interventioner var att kunna återuppta manualen där man lämnade den och fortsätta arbetet med patientens problematik.

Jag gör ett medvetet val. Jag hade tänkt prata om det här idag, vi skulle ha gått igenom det här och jobba med de här bitarna och sen väljer jag då utifrån till exempel då motivation, sviktande motivation, att faktiskt stanna upp (Informant 3)

3. Terapeutens kompetens och preferenser

Inom det tredje temat samlas både terapeutens kompetens och preferenser som faktorer som kunde ligga bakom avvikelser. Samtliga informanter nämnde interventioner avsedda att förstärka arbetsalliansen som vanligt förekommande avvikelser och som grundade sig i terapeutens erfarenhet. De angav också en rad olika egna preferenser som kunde leda till avvikelser, såsom att undvika obehagliga interventioner, eller att välja bort interventioner med hänvisning till den egna terapeutiska stilen.

3.1 Intuition och klinisk känslighet

Flera informanter framhöll intuition som en anledning till avvikelser från behandlingsmanualen. Två av dem använde begreppet 'klinisk känslighet', vilket visade sig relatera till terapeutens kunskap och erfarenhet. När informanterna ombads ge exempel på dessa 'intuitiva' och 'kliniskt känsliga' interventioner, gav de exempel som visade på terapeutens kompetens och erfarenhet. Både de som refererade till 'intuition' och till 'klinisk känslighet' som skäl för avvikelser exemplifierade det med interventioner som hade som mål att stärka alliansen med patienten. I dessa fall agerade terapeuten utifrån en bedömning, en 'känsla' eller 'intuition' enligt informanternas egna beskrivningar, som tydde på att relationen med patienten behövde prioriteras.

För Informant 1 var det hens känslighet som låg bakom alliansstärkande interventioner men hänvisade samtidigt till kunskap och något man kan lära sig.

Det som också är viktigt och något som man kanske inte alltid lär sig så jättemycket om på psykologutbildningen det är ju det där med relation och hur man når till en patient för att kunna lära ut det som står i en manual. Många gånger handlar det om att försöka lägga märke till var patienten befinner sig i processen och vad den behöver där den är och att kanske... ja, att man behöver ha en slags känsla för när man ska köra på och när man behöver vänta in

En annan informant associerade begreppet 'klinisk känslighet' med erfarenhet och betonade vikten av att använda det som ett verktyg genom hela behandlingen. Det innebar att vara ständigt empatisk och uppmärksam på patientens behov.

Att vara lyhörd, att vara uppmärksam på ... alltså den kliniska känsligheten är någonting som kommer med erfarenhet. Om man är bara blind på manualen då tappar ju man den här känsligheten men om man är uppmärksam och lyhörd och kan säga att, okej, då gör vi ett stopp i den här manualbaserade behandlingen och fokuserar på det som händer nu och, vad kan jag göra här och nu? (Informant 4)

En närmare undersökning av ordet 'intuition' hos de informanter som använde begreppet, visade en innebörd av kompetens och erfarenhet. De som använde 'intuition' som en anledning till att avvika från manualen gav också exempel på interventioner avsedda att stärka den terapeutiska alliansen.

Jag börjar alltid med alliansen, att etablera en relation med patienten. Jag tror inte man kan nå riktigt fram till en patient eller göra ett bra arbete om man inte har etablerat en allians: alltså verkligen en tillit. Och det ska man upprätthålla under hela terapiprocessen (Informant 5)

Samtliga informanter var överens om att oavsett interventionerna grundade sig i 'intuition' eller 'klinisk känslighet', var syftet med alliansstärkande interventioner att relationen mellan patient och terapeut skulle bli bättre och i slutändan förebygga att patienten skulle avsluta terapin.

En av dem använde begreppet 'intuition' för att beskriva förmågan att snabbt reagera och fånga en situation som uppstår mellan patienten och terapeuten som också är ett uttryck för det som patienten söker hjälp för. Terapeuten kunde dra nytta av ett sådant tillfälle för en upplevelsebaserad intervention, där den aktuella situationen mellan terapeut och patient användes i terapeutiskt syfte, såsom Informant 6 beskrev:

Till exempel om jag har dig som patient och så dyker ditt problembeteende upp i rummet, att du börjar blir paranoid mot mig och misstänker att jag inte bryr mig om dig och att jag varit in i din journal alldeles för många gånger eller ja ... du anklagar mig för någonting. Så fort min patient uppvisar sitt problembeteende i terapirummet, då är det ett gyllene tillfälle för mig att jobba med problemet och då börjar jag inte med ”vi ska prata om sokratiska frågor idag”

Terapeutens erfarenhet kunde också användas i bedömningen av terapins längd. Två informanter nämnde att de kunde besluta att förlänga en behandling baserat på egna tidigare

erfarenhet och kunskap. En annan informant nämnde att hen ibland kunde boka längre sessioner om hen bedömde att det var lämpligt för en specifik patient.

Sen så ser det ju ändå väldigt olika ut från patient till patient men då kan det ju vara att man till exempel bestämmer att man bokar först fem sessioner och sen gör man en typ av utvärdering och sen så märker man att man har kommit någon vart under de fem sessionerna så bokar man på fem till och fortsätter (Informant 1)

Alla informanter menade att de gånge de avvikit utifrån egen kunskap och erfarenhet hade en positiv effekt på dem som terapeuter. De beskrev att de kände sig friare, mer flexibla, att det blev roligare att jobba och det gav dem möjlighet att använda sin kompetens på ett mer effektivt sätt. En informant berättade också att hen upplevde en ökad delaktighet och engagemang samt möjlighet att uttrycka sin personliga stil som terapeut. Samtidig påpekade de flesta informanterna att en konsekvens av att låta sig styras av tidigare erfarenheter och kunskap var minskad evidens då de avvek från den standardiserade manualen. Informant 2 reflekterade över att trots att känslan av kompetens ökade, så ökade även kraven på terapeuten eftersom hen behövde improvisera mer.

Ibland har det påverkat mig med en ökad känsla av kompetens och liksom så här typ, att jag vet vad håller på med /.../ jag haft många upplevelser att det är roligt, att jag känner mig kompetent /.../ men det också ställer stora krav på mig, att improvisera och hitta sätt att förklara saker och så

3.2 Terapeutens preferenser

Följande undertema behandlar terapeutens preferenser. Inom begreppet 'preferenser' inkluderas olika termer, såsom att terapeuten undviker delar av manualen som kan väcka obehag, väljer delar som hen har tidigare erfarenhet av, eller bara tar in de delar hen är bekväm med. En informant nämnde att brist på energi och motivation hos terapeuten kunde hindra hen från att lära sig något nytt i en manual, och då valde hen i stället att använda det hen redan kunde. Att följa en manual förknippades med trygghet och en övertygelse om att arbeta evidensbaserat. Samtidigt menade flera att terapin kunde bli tråkig och att man lätt kunde känna sig låst om man bara följde manualen. Alla informanter var ense om att avvikelser av olika slag alltid ingår alltid i terapin. Informant 1 sammanfattade den positiva effekten av trygghet och begränsningarna när man jobbar manualbaserat.

Jag upplevde nog att manualen var en trygghet i början när jag började arbeta som psykolog och att det var bra att det fanns ett material att luta sig mot och kunna liksom bli guidad av, samtidigt som att jag har nog alltid också tyckt att det har gjort att man har känt sig lite inlåst i att göra på ett specifikt sätt och det har blivit lite fyrkantigt så

En annan informant hänvisade till 'terapeutisk stil' när hen berättade om delar som hen brukar välja bort i en manual utifrån egna preferenser:

Alltså jag gillar ju inte de här guidade långa mindfulnessövningarna som finns i några manualer där man ska lägga tankar på löv och så. De här grejerna, dem trivs inte jag med som person och passar inte min terapeutiska stil (Informant 6)

Samma informant hade erfarenhet av att följa en behandlingsmanual mycket strikt som en del av en studie; erfarenheten beskrevs som tråkig:

Jag har ju faktiskt jobbat helt manualstyrt men då här jag ju jobbat i en studie för social fobi på nätet och då var vi ju tvungna. Men då träffade vi aldrig patienterna IRL. Då gjorde jag det, faktiskt. Men det tyckte jag inte heller var så roligt (Informant 6)

En negativ konsekvens eller risk som nämndes av två informanter avseende att arbeta utifrån terapeutens egna preferenser var risken för överdriven självsäkerhet och minskad evidens. De förklarade att det finns en tendens för terapeuten att agera på rutin efter att ha arbetat under en längre tid med samma patientgrupp och manual. Terapeuten kunde bli fast i en tro att det hen gör är det som fungerar, vilket kunde leda till att hen inte utforskade andra alternativ eller säkerställde att det som gjordes var i linje med manualen. Detta i sin tur påverkade evidensen negativt.

Att man kan bli lite för självsäker när man har jobbat länge med samma patientgrupp och det kommer exakt samma säkerhetsbeteenden och att jag kanske bara ja ...att jag visst har säkert kanske missat någon behandlingskomponent som skulle gynna dem (Informant 6)

4. Organisatoriska omständigheter

I det fjärde temat ingår yttre aspekter, det vill säga faktorer som inte har en direkt koppling till terapeuten eller patienten, som kunde resultera i avvikelser från behandlingsmanualen. Informanterna angav flera yttre aspekter som gjorde att terapin behövde anpassas och inte kunde administreras i enlighet det som står i manualen. De vanligaste formerna av avvikelser i relation till yttre omständigheter var anpassningar i terapins frekvens och längd utifrån vårdgivarens riktlinjer. Informanterna angav flera anledningar som gjorde att antalet sessioner eller sessionslängden som anges i manualen måste justeras för att möta yttre krav. Ett exempel är när vårdgivaren, med ett strategiskt syfte att erbjuda behandling till fler patienter, valde att förkorta antalet sessioner jämfört med det som anges i manualen. Detta resulterade i en kortare behandling, men möjliggjorde behandling för fler individer.

Till exempel en DBT-behandling ska ju egentligen vara i ett år men vi gör det i 26 sessioner. Vi har provat allt från 8, 8 till 10, 26. Vi har provat lite olika och det har att göra med att vi har ju ett jättestort inflöde av patienter och då resonerar vi på ledningsnivå att det är bättre att många får någonting än att några få får massor och väldigt många får ingenting alls. Så då är det väldigt mycket anpassningar som görs /.../ Hade jag jobbat privat och patienten haft pengar då hade jag ju inte gjort det (Informant 6)

Ibland fanns det också en outtalad förväntan på ett visst antal sessioner. Informant 1 nämnde att det inom primärvården fanns en idé om att man ska erbjuda vuxna patienter mellan fem och tio sessioner. Detta krockade ibland med antalet sessioner som anges i manualen, vilket kräver att terapeuten anpassar manualen till den verklighet som vårdgivaren kräver.

Man får ju vara lite beredd på att inom primärvården, att alla behandlingar ofta blir komprimerade och det är egentligen inte så kanske de flesta behandlingar är tänkta /.../ Hur många sessioner det brukar vara det kan ju se lite olika ut för olika manualer men till exempel GAD där är det ju ofta rätt många sessioner som är tänkta, att man behöver kanske 15 till 20 och det är ju sällan att det finns utrymme att erbjuda det, så att det är klart att det blir ju en omständighet att ta hänsyn till för både patient och behandlare

När terapin anpassas för att tillmötesgå specifika krav från vårdgivaren, såsom att begränsa antalet sessioner till en förutbestämd mängd, menade man att konsekvensen blev minskad evidens på den behandling som faktiskt administreras.

Vad gäller längd på sessionen, hade en av informanterna erfarenhet av att jobba med internetbaserade behandlingar där vårdgivaren hade bestämt en viss sessionslängd, i detta fall korta sessioner på 20 till 30 minuter. Förutom minskad evidens hade vårdgivarens krav en annan konsekvens för informanten i sin roll som terapeut då hen började ifrågasätta etiska aspekter kopplade till de korta sessionerna.

Förut var jag konsult på ett sådant, du vet, online terapier, att du ska ha en session på en halvtimme och så tänkte jag prova, för många verkade nöjda. Alltså jag kom inte nånstans ...så himla mycket alltså. Jag kände mig så frustrerad och då blir det inte bra, för då bär jag klientens frustration också. Nej, jag tror inte på såna korta insatser, jag tycker att det är icke professionellt och kontraindicerat. Jag skulle ifrågasätta de som går i den här rollen också. Jag måste värna om min legitimation och mänskligt bemötande (Informant 5)

Diskussion

Syftet med den aktuella studien var att öka kunskapen om avvikelser från manualbaserade behandlingar. Följande frågeställningar har undersökts: 1) Vilka händelser eller omständigheter beskriver terapeuter bidrar till beslutet att avvika från manualen? 2) Vilka typer av avvikelser handlar det om och vad blir konsekvenserna av dem? Sex legitimerade psykologer och/eller psykoterapeuter har intervjuats och den insamlade datan har analyserats med tematisk analys enligt Braun och Clarke (2006). Analysen gav upphov till de fyra temana med tillhörande underteman som redovisas i resultatdelen. Resultatet visar att avvikelser vid manualbaserade behandlingar var vanligt förekommande hos alla informanter. Avvikelseerna som informanterna berättade om har huvudsakligen med omständigheter kring patienten eller terapeutens erfarenhet och preferenser att göra, men avvikelserna kunde också ha sin grund i krav från organisationen som tillhandahåller behandlingen. Exempel på omständigheter som kunde leda till avvikelser var att patienten hade tidigare erfarenhet av terapi, att patienten hade flera diagnoser, men också olikheter i inlärningsförmågor. Skillnader i inlärningsförmågan kunde göra att terapeuten höjde tempot för patienter som snabbt tillgodogjorde sig materialet eller hoppade över vissa delar. För andra patienter kunde det vara tvärtom, att man valde att sakta ner tempot eller ägna vissa delar mer tid än vad som står i manualen. En annan typ av avvikelse kunde vara interventioner som syftade till att stärka alliansen, som när terapeuten valde att ge patienten tid att ta upp en för patienten viktig händelse. Andra avvikelser som nämndes kunde vara att vissa delar av manualen fördjupades utifrån patientens specifika behov,

att inkludera interventioner från andra manualer för att behandla samsjuklighet eller arbeta med motivation. Även språkliga anpassningar av manualen eller ändringar i antal sessioner nämndes som avvikelser. Bland organisatoriska krav som kunde resultera i avvikelser nämnde informanterna vårdgivarens strategiska beslut kring antal sessioner eller längden på sessionerna. Att avvika från antalet sessioner ansåg informanterna var lättare att hantera än att arbeta med korta sessioner. En informant förknippade korta terapiesessioner med frustration. Konsekvenserna av avvikelserna var av varierande karaktär, bland annat angav informanterna en starkare allians, att patienten fortsätter med terapin men även minskad evidens. Informanternas svar var i hög grad överensstämmande när det gäller typer av avvikelser, syftet med avvikelserna och konsekvenserna. Att avvikelser förekommer ofta och att de uppstår av olika anledningar är något som tidigare studier har konstaterat (Snippe, 2019; Web, 2010). Variationen av anledningar till avvikelser föreslås som en förklaring till varför man inte kunnat hitta konsekventa samband mellan grad av följsamhet och terapiutfall (Snippe, 2019; Tschuschke m.fl., 2015; Truijens, 2019; Web, 2010).

Patienten i fokus när terapeuten väljer att avvika

I det första huvudtemat, som berör avvikelser som gjordes i relation till patientens kliniska historik och bakgrund, framkom att det inte var ovanligt, särskilt inte inom psykiatrin, att patienterna redan hade erfarenhet av terapi. I sådana situationer kunde avvikelserna innebära att patienten och terapeuten tillsammans valde att avstå delar av manualen som redan var kända för patienten. Konsekvensen av att anpassa behandlingen utifrån patientens tidigare erfarenhet och inkludera patienten i beslutsprocessen blev att patienten gynnsamt kunde tillgodogöra sig behandlingen, vilket några benämnde som 'patientnytta'. Informanterna ansåg att det stärkte alliansen. En starkare allians kunde också uppkomma till följd av att de i terapin hanterade en för patienten viktig livhändelse.

Behovet av en starkare allians kunde vara en anledning bakom terapeutens val att avvika. Informanterna beskrev situationer där de ansåg att relationen måste prioriteras innan man kunde fortsätta med behandlingsmanualen, det som i resultaten beskrivs under temat "Terapeutens kompetens och preferenser". Sammantaget ter det sig som att terapeuten gör en bedömning av den terapeutiska relationens kvalitet och intervenerar vid behov för att påverka arbetsalliansen positivt. Resultatet är i linje med tidigare studier som visar att avvikelser som motiveras utifrån arbetsallians är vanliga bland erfarna terapeuter (Oddli, 2014; Snippe m.fl., 2019; Tschuschke m.fl., 2015).

I huvudtemat "Patientens kliniska historik och bakgrund" framkom att patientens svårighetsgrad av psykisk ohälsa kunde motivera avvikelser. Många gånger var svårighetsgraden relaterad till samsjuklighet vilket kunde försvåra behandlingen. Avvikelser som förekom vid svårare problematik var att förlänga behandlingen, att ägna extra tid till vissa moduler eller att komplettera behandlingen med moduler från andra behandlingsmanualer. En konsekvens som nämndes vid sådana avvikelser var återigen en bättre allians. Att terapeuten anpassar behandlingen utifrån grad av psykisk ohälsa hos patienten är något som bekräftats i tidigare studier. Exempelvis undersökte Tschuschke m.fl. (2015) följsamheten till behandlingsmanualen hos 81 psykoterapeuter och fann att erfarna terapeuter är de som oftast anpassar behandlingen utifrån svårighetsgraden i patientens problematik.

I huvudtemat som handlar om avvikelser som har med händelser under terapins gång att göra inkluderas bland annat avvikelser vars syfte var att adressera motivationssvikt hos patienten. Att prioritera arbetet med motivation eller motstånd till terapi verkar således vara en vanlig orsak till avvikelser från behandlingsmanualen. I flera studier nämns motivationshöjande interventioner som ett vanligt kompletterande inslag vid behandling av

substansbruksproblematik men även vid behandlingar som kan vara krävande för patienten, såsom exponeringar, där arbetet med patientens motstånd och motivation prioriteras (Aviram m.fl., 2016; Constantino m.fl., 2019).

Sammanfattningsvis överensstämmer studiens resultat med tidigare forskning (Lange m.fl., 2019; Owen & Hilsenroth, 2014; Snippe m.fl., 2019, Tschushke m.fl., 2015) som visar att avvikelser från behandlingsmanualen initieras på basis av varje patients unika omständigheter. Avvikelseerna kan leda till en förstärkt terapeutisk allians och öka möjligheten för patienten att tillgodogöra sig behandlingen (Lange m.fl., 2019; Snippe m.fl., 2019; Tschushke m.fl., 2015).

Terapeutens erfarenhet och flexibilitet

Under huvudtemat om avvikelser relaterade till händelser under terapins gång framkom avvikelser som gjordes när terapin inte gick som förväntat. Exempel på sådana avvikelser inkluderar att patienten inte visade någon förbättring, att det skedde återfall vid substansbruksproblematik eller att man under terapin upptäckte att det fanns en annan huvudproblematik än den som patienten behandlades för. Sådana oväntade händelser påverkade terapeuten och några informanter berättade att de då kunde känna sig osäkra och upplevde ökat ansvar. Att upptäcka att terapin inte fortlöpte enligt plan, resulterade i att terapeuten omvärderade situationen och, baserat på sin kunskap och tidigare erfarenhet, tog ett nytt grepp.

Det tredje huvudtemat handlar om terapeutens kompetens och preferenser. Informanterna använde olika termer såsom 'intuition' och 'klinisk känslighet', vilka visade sig vara kopplade till terapeutens kompetens och erfarenhet. Avvikelse som har med terapeutens erfarenhet att göra inkluderade alliansstärkande interventioner som exempelvis att boka längre sessioner för vissa patienter eller att jobba med patientens problematik när den visar sig i terapirummet. Oddli (2014) skriver att erfarenhet leder till att terapeuten utvecklar interpersonella färdigheter som gynnar flexibiliteten i mötet med patienten. Flexibilitet nämns också i samband med att avvika utifrån erfarenhet. Flexibilitet förknippades av informanterna med frihet och kreativitet. Tidigare studier (Owen & Hilsenroth, 2014) benämner flexibilitet och kompetens som anledningar till avvikelser. Kendall och Frank (2018) menar att följsamhet alltid ska kombineras med flexibilitet (flexibility within fidelity) och att flexibiliteten är ett uttryck för terapeutens kreativitet som grundar sig i erfarenhet. Ökat engagemang och delaktighet nämndes av informanterna när de berättade om avvikelser där de kunde vara flexibla och använda sig av sin kunskap och erfarenhet i behandlingen.

Terapeutens egna preferenser och evidens

I ett av undertemanen till "Terapeutens kompetens och preferenser" nämnde informanterna att avvikelser kunde ha sin grund i terapeutens preferenser. Det handlade om att terapeuten undvek delar av manualen som upplevdes som obehagliga eller obekanta, och att man i stället valde att fokusera på de delar man hade erfarenhet av. En konsekvens som nämndes av alla informanter vid sådana tillfällen var minskad evidens, till skillnad från när terapeuten valde att avvika baserat på patientens unika situation då en starkt terapeutisk allians var en vanlig konsekvens. Även om en avvikelse per definition innebär att man gör avsteg från de villkor som manualen har utformats för, nämner informanterna olika typer av konsekvenser beroende på anledningen till avvikelsen. Om avvikelsen innebar en anpassning till patienten betraktades det som nödvändigt för relationen eller för att säkerställa patientens fortsatta

deltagande i behandling. Om avvikelsen grundade sig i terapeutens egen preferens, tänkte informanterna i termer av minskad evidens. Trots minskad evidens, då terapeuten avviker från de villkor som behandlingsmanualen utformats för, blir terapiutfallet inte nödvändigtvis sämre, oavsett anledningen till avvikelsen. Detta kan förklaras genom att det finns andra faktorer som medierar den komplexa relationen mellan följsamhet och utfall, bland annat patient-terapeutalliansen (Barber m.fl., 2006; Barber, Khalsa & Sharpless, 2010; Truijens m.fl., 2018; Webb m.fl., 2010).

Några informanter pekade på risken med att arbeta utifrån egna preferenser. De menade att det kan resultera i att arbetssättet blir en ogenomtänkt rutin, där man tror att det man gör är det enda som fungerar. Detta kan vara ett hinder för att utforska alternativa sätt att genomföra interventionerna på eller för att säkerställa att det man gör överensstämmer med manualen. Oddli (2014) skriver om beslutprocesser i psykoterapi och skiljer huvudsakligen mellan heuristiska beslutprocesser, som är intuitiva, snabbare och involverar känslor, och rationella beslutprocesser, som är explicita och medvetna val där man hänvisar till teori. En risk som informanterna beskrev och som Oddli (2014) nämner vid heuristikbaserade beslut är att beslutet tas utan hänsyn till eventuell ny information, eftersom det vi ser framför oss känns bekant från tidigare patienter. Det är genom erfarenhet som den heuristiska beslutprocessen utvecklas och också genom erfarenhet som vi kan bli blinda för när mer analytiska beslutsprocesser behövs. Erfarna terapeuter, menar Oddli (2014), visar en förmåga att växla problemlösningstrategi utifrån den specifika situationen, att gå från heuristikbaserade beslut till mer rationella och explicita beslutprocesser, och stämmer ständigt av med patienterna kring hur beslutet tas emot.

Språkliga inkongruenser och framtida forskning

En av observationerna under intervjuerna var att det saknades en etablerad nomenklatur för att beskriva 'icke-följsamhet' bland informanterna. Informanterna använde olika termer såsom 'avvikelser', 'anpassningar' och 'avsteg' för att beskriva att terapeuterna inte följer manualen. Dessa termer hade olika konnotationer för informanterna, där 'anpassningar' kan ha en positiv klang och kopplas till terapeutens välvilliga justeringar för att möta patientens behov, medan 'avvikelse' kan ha en negativ innebörd och relateras till förändringar som har med terapeutens preferenser eller faktorer som inte kan kontrolleras, såsom vårdgivarens beslut eller patientens ekonomiska situation. De olika begreppen med sina specifika konnotationer kan vara en förklaring till att avvikelser som grundar sig i patienten och avvikelser som har med terapeutens preferenser att göra upplevs ha olika konsekvenser på terapin.

Inom den vetenskapliga litteraturen finns det också oenighet kring definitionen av begreppet 'följsamhet', där tre huvudtermer används: 'manual adherence', 'treatment fidelity' och 'treatment integrity'. Dessa termer har olika definitioner beroende på författare (se till exempel Kendall och Frank (2018) och Power m.fl. (2022)), vilket kräver läsarens försiktighet. En gemensam nomenklatur och definition av dessa begrepp skulle vara fördelaktigt för det psykoterapeutiska fältet och bidra till en enhetlig förståelse av ämnet följsamhet till manualer.

Begreppen allians och alliansstärkande interventioner förekommer i studiens alla intervjuer och benämns som anledningar till avvikelser. Några informanter beklagade sig över att sådana interventioner inte ingick i psykologprogrammet. Eftersom psykologutbildningens innehåll kan skilja sig mellan lärosätena och även inom samma lärosäte beroende på vald inriktning, skulle det kunna vara av intresse att vidare studera svenska psykologers interpersonella färdigheter i relation till utbildningsbakgrund. Interpersonella färdigheter är grunden för att etablera och upprätthålla arbetsalliansen (Wampold, 2005; Wampold & Imel, 2015; Oddli, 2014). Tidigare forskning har visat att det inte finns någon direkt koppling mellan

följsamhet till manualen och terapituffall utan att relationen medieras av andra faktorer, såsom alliansen (Alexandersson m.fl., 2023; Barber m.fl., 2006; Barber, Khalsa & Sharpless, 2010). Resultaten från sådana studier kan vara användbara för att homogenisera utformningen av psykologprogrammet mellan olika lärosäten och i slutändan utrusta framtida psykologer med adekvata terapeutiska färdigheter som ökar chansen till framgångsrika terapiutfall.

Studiens styrkor och begränsningar

Antalet informanter i den aktuella studien är sex. Levitt m.fl. (2018) betonar vikten av att i kvalitativa studier ange rationalen bakom det valda antalet. I den aktuella studien motiveras huvudsakligen beslutet med hänvisning till tidsbegränsningar. Urvalets storlek i kvalitativa studier bestäms inte av en specifik siffra utan genom att resonera kring olika parametrar som kan ge indikationer om storleken. Malterud, Siersma och Guassora (2016) föreslår en flerdimensionell modell för att ge forskaren en sådan indikation. Enligt modellen bör bedömningar av studiens syfte, urvalets specificitet, den teoretiska bakgrunden i frågeställningen, dialogens kvalitet och analysstrategin vara grunden för indikationen av urvalets storlek. Informanterna i den aktuella studien hade alla lång yrkeserfarenhet men olika expertisområden gällande patientgrupper och behandlingar. Trots de generella frågeställningarna i studien och det begränsade antalet informanter, skiljer sig inte innehållet i intervjuerna mycket åt mellan de olika informanterna. Dessutom bekräftar den aktuella studiens resultat, angående anledningar till avvikelser, typer av avvikelser och syftet med dessa, tidigare forskning, som till exempel resultaten hos Snippe m.fl. (2019).

En begränsning i studien är dess tillförlitlighet, då det är bara en person som har utfört dataanalysen. Likaså är aspekter som rör studieförfattarens reflexivitet av betydelse. Levitt m.fl. (2018) betonar vikten av metodologisk integritet, där forskaren bör explicit redogöra för hur egna tankar kring frågeställningen har hanterats vid datainsamling och analys. Jag, som författare till studien, har egen erfarenhet av arbete med manualbaserade terapier vilket kan ha påverkat forskningsprocessen och tolkningen av data trots min aktiva strävan att parentessätta tidigare erfarenheter, kunskap och åsikter relaterade till ämnet.

Slutsats

Den aktuella studien ger inblick i avvikelser från manualbaserade behandlingar beskrivna av sex psykologer och psykoterapeuter. Resultaten visar att avvikelser är en integrerad del av deras terapeutiska praxis och kan bero på olika orsaker, bland annat patientens individuella behov och förutsättningar, händelser som inträffar under terapins gång, terapeutens kompetens och preferenser samt organisatoriska beslut. Bland avvikelserna som informanterna angav finns alliansstärkande interventioner, anpassningar av manualen utifrån patientens unika omständigheter samt inkludering av moduler från andra behandlingsmanualer. Informanterna beskrev en trygghet när de jobbade manualbaserat samtidigt som nämnde de positiva effekterna av att kunna arbeta flexibelt. Trots att avvikelserna kan minska evidensen för den behandling som administreras, kan de också bidra till ökad flexibilitet och anpassningsbarhet i terapin.

Referenser

- Addis, M.E. & Krasnow, A. D. (2000). A National Survey of Practicing Psychologists' Attitudes Toward Psychotherapy Treatment Manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 331–339. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.2.331>
- Alexandersson, K., Wågberg, M., Ekeblad, A., Holmqvist, R., & Falkenström, F. (2023). Session-to-session effects of therapist adherence and facilitative conditions on symptom change in CBT and IPT for depression. *Psychotherapy Research*, 33(1), 57–69. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2025626>
- Aviram, A., Westra, H. A., Constantino, M. J., & Antony, M. M. (2016). Responsive management of early resistance in cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(9), 783–794. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1037/ccp0000100>
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D., & Connolly Gibbons, M. B. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16, 229–240. doi:10.1080/10503300500288951
- Barber, J. P., Khalsa, S.R., & Sharpless, B. A. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. I J. Ch. Muran & J. P. Barber (Red.), *The therapeutic alliance. An evidence-based guide to practice* (s. 29–43). Guilford Press.
- Berndtsson, I. C., Lilja, A., & Rinne, I. (2019). *Fenomenologiska Sammanflätningar*. Bokförlaget Daidalos.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi:10.1176/ajp.149.10.1335
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Liber.
- Cohen, Z. D., Ashar, Y. K., & DeRubeis, R. J. (2019). Moving beyond “one size fits all”. In S. Dimidjian (Ed.), *Evidence-based practice in action: Bridging clinical science and intervention* (pp. 111–132). The Guilford Press.
- Collins, S.E., Eck, S., Kick, E., Schröter, M., Torchalla, I., & Batra, A. (2009). Implementation of a smoking cessation treatment integrity protocol: Treatment discriminability, potency and manual adherence. *Addictive Behaviors*, 34(5), 477–480. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.12.008>
- Constantino, M. J., Westra, H. A., Antony, M. M., & Coyne, A. E. (2019). Specific and common processes as mediators of the long-term effects of cognitive-behavioral therapy integrated with motivational interviewing for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Research*, 29(2), 213–225. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1080/10503307.2017.1332794>
- Constantino, M. J., Coyne, A. E., & Muir, H. J. (2020). Evidence-based therapist responsiveness to disruptive clinical process. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4), 405–416. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.cbpra.2020.01.003>
- Folke, S., Daniel, S. I. F., Gondan, M., Lunn, S., Tækker, L., & Poulsen, S. (2017). Therapist Adherence Is Associated With Outcome in Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. *Psychotherapy* (Chicago, Ill.), 54(2), 195–200. <https://doi.org/10.1037/pst0000107>
- Fountoulakis, K.N. (2022). Psychiatry among the Other Medical Specialties. I: Fountoulakis, K.N (Red.) *Psychiatry: From Its Historical and Philosophical Roots to the Modern Face*. (s. 469–476). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-86541-2_19
- Hasson, H., & von Thiele Schwarz, U. (2017). *Användbar evidens: Om följsamhet och anpassningar*. Natur & Kultur.

- Hofmann, S., Asmundson, G. J. G., (2017). *The science of cognitive behavioral therapy*. Academic Press.
- Huppert, J. D., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2006). The interaction of motivation and therapist adherence predicts outcome in cognitive behavioral therapy for panic disorder: Preliminary findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, *13*(3), 198–204.
<https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.cbpra.2005.10.001>
- Katschnig, H. (2010). Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry*, *9*(1), 21–28.
<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00257.x>
- Kendall, P.C. & Frank, H. E. (2018). Implementing evidence-based treatment protocols: Flexibility within fidelity. *Clinical Psychology* (New York, N.Y.), *25*(4), n/a–n/a.
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12271>
- Lambert, M.J. (1998). Manual-Based Treatment and Clinical Practice: Hangman of Life or Promising Development? *Clinical Psychology*, *5*(3), 391–395.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00160.x>
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley.
- Lange, A., van der Rijken, R. E. A., Delsing, M. J. M. H., Busschbach, J. J. V., & Scholte, R. H. J. (2019). Development of Therapist Adherence in Relation to Treatment Outcomes of Adolescents with Behavioral Problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *48*(1), S337–S346. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1477049>
- Levitt, H.M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R., & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal Article Reporting Standards for Qualitative Primary, Qualitative Meta-Analytic, and Mixed Methods Research in Psychology: The APA Publications and Communications Board Task Force Report. *The American Psychologist*, *73*(1), 26–46.
<https://doi.org/10.1037/amp0000151>
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, *26*(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Oddli, H.W. (2014). Klinisk ekspertise: Hvordan bruker erfarne terapeuter kunnskap?. Oddli (Red.), *Psykoterapeuten: En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi (s. 80-93)*. Gyldendal akademisk.
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, *61*(2), 280–288. <https://doi.org/10.1037/a0035753>
- Power, N., Noble, L. A., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Stockton, C., Firth, N., & Delgadillo, J. (2022). Associations Between Treatment Adherence-Competence-Integrity (ACI) and Adult Psychotherapy Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *90*(5), 427–445.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000736>
- Sasso, K., Strunk, D. R., Braun, J. D., DeRubeis, R. J., & Brotman, M. A. (2016). A re-examination of process-outcome relations in cognitive therapy for depression: Disaggregating within-patient and between-patient effects. *Psychotherapy Research*, *26*(4), 387–398. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1026423>
- Schwartz, R.A., McCarthy, K. S., Solomonov, N., Chambless, D. L., Milrod, B., & Barber, J. P. (2022). How does hostile resistance interfere with the benefits of cognitive-behavioral therapy for panic disorder? The role of therapist adherence and working alliance. *Psychotherapy Research*, *32*(8), 972–983.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2044086>

- Smith, M. (17 november 2020). World War II and Mental Health. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/short-history-mental-health/202011/world-war-ii-and-mental-health?amp>
- Smith, J.A. (2015). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. Sage Publications Ltd.
- Snippe, E., Schoevers, M. J., Tovote, K. A., Sanderman, R., Emmelkamp, P. M. G., & Fleer, J. (2019). Explaining variability in therapist adherence and patient depressive symptom improvement: The role of therapist interpersonal skills and patient engagement. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 26(1), 84–93. <https://doi.org/10.1002/cpp.2332>
- Socialstyrelsen. (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019-01-26). *Kognitiv beteendeterapi*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/kbt-kognitiv-beteendeterapi/>
- Socialstyrelsen. (2021). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>
- Truijens, Zühlke-van Hulzen, L., & Vanheule, S. (2019). To manualize, or not to manualize: Is that still the question? A systematic review of empirical evidence for manual superiority in psychological treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 75(3), 329–343. <https://doi.org/10.1002/jclp.22712>
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., Von Wyl, A., Schulthess, P., & Koemeda-Lutz, M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research*, 25(4), 420–434. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.896055>
- Vander Weg, M. & Suls, J. (2014). A History of Clinical Psychology in Medical Settings. I Hunter, C., Hunter, C., Kessler, R. (Red.) *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings*. Springer. https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/978-0-387-09817-3_2
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B.E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*: Second edition. Routledge.
- Webb, C.A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist Adherence/Competence and Treatment Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200–211. <https://doi.org/10.1037/a001891>
- Wilson, G.T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. *Behaviour Research and Therapy*, 34(4), 295–314. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00084-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00084-4)
- Wilson, G.T. (1998). Manual-Based Treatment and Clinical Practice. *Clinical Psychology (New York, N.Y.)*, 5(3), 363–375. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00156.x>

Bilaga 1

Att avvika från behandlingsmanualen i psykoterapi

Information

Studien är ett examensarbete för psykologprogrammet vid Göteborgs universitet. Syftet med examensarbetet är att få ökad kunskap om avvikelser från manualbaserade behandlingar. Frågeställningar som kommer att undersökas är: 1) Vilka händelser eller omständigheter beskriver terapeuter bidrar till beslutet att avvika från manualen? 2) Vilka typer av avvikelser handlar det om och vad blir konsekvenserna av dem?

För att delta i intervjun ska du vara legitimerad psykolog eller psykoterapeut med mer än tre års erfarenhet av att arbeta med behandlingsmanualer inom den offentliga sjukvården. Intervjun kan antingen genomföras på Psykologiska institutionen eller digitalt för den som så önskar. Intervjun beräknas ta ca. 60 minuter och kommer att spelas in för att sedan transkriberas till text.

Jag kommer att följa personuppgiftslagen och har etablerat rutiner för att skydda din anonymitet. För att ge läsaren en fördjupad förståelse av resultatet kommer anonymiserade citat att användas i examensarbetet. Resultatet i uppsatsen kommer att presenteras på ett sådant sätt att det inte går att direkt härleda någonting till dig som person. Data kommer att förvaras på ett säkert sätt så att obehöriga inte har tillgång till den och kommer att raderas efter att uppsatsen är godkänd. Rutiner finns för att skydda deltagarnas anonymitet. Arbetets syfte och metoder har bedömts som lämpliga utifrån universitets etiska riktlinjer.

Deltagandet är frivilligt, och du kan välja att närsomhelst avbryta din medverkan.

Studien genomförs under handledning av Jennifer Strand, docent vid Psykologiska institutionen på Göteborg universitet (jennifer.strand@psy.gu.se)

Om det skulle uppstå frågor efter deltagandet, om exempelvis studien i sin helhet, datahantering, citathantering eller redovisning av resultat, är du välkommen att kontakta mig på mailadressen nedan.

Vänliga hälsningar

Oscar González
mail: gusgonos@student.gu.se

Samtycke

Härmed ger jag mitt godkännande att delta i studien:

Underskrift

Namnförtydligande

Bilaga 2

Intervjufrågor

Allmän information och tillåtelse att spela in samtalet:

Informera att samtalet kommer att transkriberas för vidare studie och att all personlig information anonymiseras. All information kommer att raderas när examensarbetet är klar. Även handledare kan ha tillgång till data.

Du kan avbryta samtalet när som helst och välja själv vad du vill och inte vill svara på.

Är det OK om jag spelar in samtalet?

Demografisk data:

Kön:

Ålder:

Utbildning:

Typ av problematik:

Antal år aktiv som leg. psykolog / psykoterapeut:

Antal år erfarenhet manualbaserad:

Huvudsakliga teoretisk inriktning:

Att arbeta manualbaserat och att avvika

1. Kan du berätta om din upplevelse av att arbeta med manualbaserade behandlingar?
2. När du tänker på avvikelser från manualen, vad är det du tänker på?
3. När du tänker på ditt eget arbete som terapeut, vad är det du gör när du avviker?
4. Om du tänker tillbaka på de situationer då du avvikit från manualen, vilka överväganden ledde till ditt beslut att avvika från behandlingsmanualen?
 - a. Vilka faktorer under en session kan göra att du avviker från manualen?
 - b. Vilka faktorer utanför sessionen kan göra att du väljer att avvika från manualen?
5. Om du tänker tillbaka på de situationer då du avvikit från manualen, vad skulle du säga var syftet bakom beslutet att avvika från manualen?
6. Har du någon erfarenhet av att inte jobba manualbaserat, vad är skillnaden? (För dig? För patienten?)

Konsekvenser

7. Om du tänker tillbaka på de gångerna du har avvikit från manualen, hur påverkade det terapin?
 - a. Hur påverkades patienten?
 - b. Hur påverkades din roll som terapeut?
 - c. Hur påverkades behandlingen?
 - d. Vad tror du hade hänt om du inte avvikit?

Avsluta

8. Någonting mer du vill tillägga som är viktigt för mig att veta för att jag ska förstå avvikelser bättre? Avrunda. Du är alltid välkommen att kontakta mig vid frågor.