



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Psykoterapeutisk utveckling genom Deliberate Practice

Författare: David Asmundsson & Karl Nordström

Psykologexamensuppsats. 2015

Handledare: Mats Fridell
Examinator: Per Johnsson

Abstract

A survey study was conducted to examine the relationship between Deliberate Practice (DLP) and treatment outcome in psychotherapy. To date, only one study has previously examined this connection. The study was conducted at a university counselling centre at Lund University. 130 student therapists were asked what they do an average week to improve themselves as therapists. They were also asked about their motivation to conduct psychotherapy, their previous psychotherapy related experience and the quality of their supervision. The survey answers were compared with their treatment outcomes. 52 student therapists answered the survey. A relationship was found between the amount of discussed psychotherapy and treatment outcomes. Discussing psychotherapy may vitalize psychotherapy and raise opportunity to exchange concrete experiences. This might benefit the treatment. The amount of previous credits in psychology at a university level was also related to treatment outcomes. Educational background may give the therapist a broad psychological knowledge and could deepen the understanding of human nature. This knowledge may benefit psychotherapy. More precise measurement of DLP within psychotherapy is needed in future research. DLP should be tested experimentally to give a clearer picture of its role for the development of therapist skills.

Key words: Deliberate Practice, Psychotherapy, Therapist factors

Sammanfattning

En enkätstudie utfördes för att undersöka sambandet mellan Deliberate Practice (DLP) och behandlingsutfall i psykoterapi. Endast en studie i världen har tidigare undersökt detta samband. Denna enkätstudie utfördes på psykoterapimottagningen vid Lunds universitet. 130 studentterapeuter som bedrivit terapi på mottagningen tillfrågades om vad de gör en genomsnittlig vecka för att utvecklas som terapeuter. De tillfrågades även hur motiverade de är att bedriva terapi, deras tidigare psykoterapirelaterade erfarenhet och kvaliteten på psykoterapihandledningen. Studenternas svar på enkäten jämfördes med deras behandlingsutfall. 52 studentterapeuter besvarade enkäten. Studien hittade ett positivt samband mellan mängden diskuterad psykoterapi och behandlingsutfall. Att diskutera psykoterapi kan sannolikt levandegöra ämnet och ge ett utbyte av konkreta erfarenheter, vilket kan förbättra behandlingen. Mängden tidigare lästa högskolepoäng inom psykologi hade också ett positivt samband med behandlingsutfallet. Högskolepoäng inom psykologi kan tänkas ge terapeuten en psykologisk allmänbildning och fördjupade kunskaper om hur människor fungerar. Denna kunskap kan vara hjälpsam vid behandling. En mer precis mätning av DLP inom psykoterapi behövs i framtida studier. DLP bör testas experimentellt för att få en klarare bild av dess roll för utveckling av terapeutisk kompetens.

Nyckelord: Deliberate Practice, Psykoterapi, Terapeutfaktorer

Tack!

Stort tack till: Mats Fridell, Eva-Lena Hansson, Catharina Strid, Björn Gustavsson, Håkan Johansson, Lars Gunnar Lundh, Lena Lindström, Alexander Holmberg, Erik Blennow Nordström och Rebecca Asmundsson Fristedt. Ni har alla bidragit till vår uppsats på olika sätt. Bland annat med kloka ord, varmt stöd och inspirerande idéer. Tack för ert ovärderliga stöd!

Innehållsförteckning

Inledning	1
Psykoterapins effekt	1
Metodjämförelser inom psykoterapi.....	2
Common factors.....	2
Terapeutfaktorn.....	4
Erfarenhet.....	5
Deliberate Practice.....	7
Automatisering av färdigheter.....	7
Kriterier för Deliberate Practice.....	8
Ackumulerad Deliberate Practice och expertis.....	9
Deliberate Practice inom professioner.....	9
DLP-frågan som har störst genomslag.....	11
Kritik mot Deliberate Practice.....	11
Den första metastudien kring DLP.....	11
Svar på kritiken.....	12
Syfte.....	13
Hypoteser.....	14
Metod	15
Deltagare.....	15
Terapeuter.....	15
Inklusionskriterier.....	15
Klienter.....	15

Instrument.....	16
CORE-OM.....	16
IIP.....	16
The Retrospective Protocol of Psychotherapists' engagement in DLP.....	17
Reviderat DLP-protokoll.....	17
Skalor i det reviderade protokollet.....	18
Items som inte sattes in i skalor men som ändå användes i analysen.....	19
Design.....	20
Procedur.....	20
Rekrytering.....	20
Aidentifiering.....	20
Dataanalys.....	20
Etik.....	21
Resultat.....	23
Bortfallsanalys.....	23
Övriga variabler som inkluderades i bortfallsanalysen.....	24
Slutsats bortfallsanalys – lika klientgrupper antas.....	25
Behandlingsutfall – klientgruppen i undersökningen.....	25
Undersökning av det reviderade DLP-protokollets skalor.....	27
Undersökning av studiens hypoteser.....	28
Hypotes ett – andelen tid terapeuterna lägger ner en genomsnittlig vecka på att målinriktat utveckla sig själva kommer att ha ett samband med terapeuternas behandlingsutfall.....	29

Hypotes två – andelen tid en terapeut lägger ner en genomsnittlig vecka på att diskutera psykoterapi och läsa om psykoterapi i syfte att utveckla sig själv som terapeut kommer att ha ett samband med terapeuternas behandlingsutfall.....	30
Hypotes tre – terapeuternas motivation till att utvecklas som terapeut och bedriva behandlingsarbete kommer att påverka terapeuternas behandlingsutfall.....	31
Hypotes fyra - terapeuternas erfarenhet av psykoterapirelaterade aktiviteter innan påbörjat klientarbete kommer att påverka terapeuternas behandlingsutfall.....	31
Hypotes fem - kvaliteten på handledningen kommer att påverka behandlingsutfallet.....	32
Uppfyllande av DLP-kriterier vad gäller terapeuternas aktiviteter.....	32
Diskussion.....	34
Förklaringar till huvudhypotesens resultat.....	34
Översättningsproblem med huvudfrågan.....	35
Ensamträning - bästa sättet att lära sig psykoterapi?.....	36
Mental ansträngning – ytterligare översättningsproblem.....	36
Att utvecklas som terapeut genom målmedveten läsning, ensamma aktiviteter eller diskussion.....	37
Motivation	38
Tidigare klienttimmar och relaterad erfarenhet.....	39
Grad av DLP-inriktad handledning.....	40
Tillägnande jämfört med upprätthållande av kompetens.....	40
Är DLP meningsfullt inom professioner?.....	41
Metoddiskussion.....	42

Ingen kontroll av klienternas svårighetsgrad en brist.....	42
Metodologiska problem för DLP inom psykoterapi.....	43
DLP riskerar att mäta korrelation – inte kausalitet.....	44
Teorin är kognitiv – passar det för en profession som psykoterapi?.....	44
Hur önskvärt är en stor mängd DLP inom psykoterapi?.....	44
Generaliserbarhet av fynd.....	45
Framtida forskning	46
Åtgärda metodologiska brister med DLP-begreppet.....	46
Testa DLP experimentellt för att undvika tredjevariabelproblematik.....	47
Vidare undersöka effekten av att diskutera psykoterapi.....	48
Vidare undersöka effekten av lästa högskolepoäng.....	49
Sammanfattning.....	50
Referenser	51

Inledning

Psykoteraapis effekt

Forskning som undersöker psykoteraapis eventuella effekt har varit ett område under utveckling under 1900-talet. 1952 presenterade Eysenck resultat som pekade på att psykoteraapi faktiskt inte har någon positiv effekt (Bergin & Garfield, 1994). Detta ledde till ett fokus på de metodologiska brister som rådde inom psykoteraapiforskning, bl.a. användningen av fallstudier och kliniska rapporter som de enda måtten på behandlingsutfall. Sedan dess har flertalet studier påvisat psykoteraapis gynnsamma effekt. En tidig meta-analys av Smith et al. (1980) som jämförde 475 studier fann att 80% av de behandlade patienterna mådde bättre än de som inte behandlats. Detta fynd replikerades i flera efterföljande studier (Andrews & Harvey, 1981; Landman & Dawes, 1982). Landman & Hayes (1982). Senare fann Robinson, Berman och Neimeyer (1990) att kognitiv beteendeterapi (KBT), och till mindre grad psykodynamisk terapi (PDT) hade bättre effekt än ingen behandling eller jämfört med att stå på väntelista inför behandling.

I sin jämförelse av ca 45 meta-analyser konstaterar Bergin & Garfield (1994) att psykoteraapi med såväl KBT som PDT i snitt uppnår ett behandlingsutfall i linje med Smith et al. (1980) vid behandling av ett brett spektrum av psykologiska nedsättningar så som depression, ångest, OCD (Obsessive Compulsive Disorder), agorafobi och bulimi. Ett annat sätt att se på behandlingseffekt av psykoteraapi är att jämföra förbättrade patienter med andelen ej förbättrade (Rosenthal, 1983). Vid användning av detta mått kan man enligt Bergin & Garfield (1994) översätta den ovannämnda grundläggande meta-analysen gjord av Smith et al. (1980). Andelen patienter med diverse psykologiska besvär som förbättrades av bl.a. KBT och PDT blev då 66% i interventionsgruppen jämfört med 34% i kontrollgruppen.

Ytterligare ett sätt att mäta psykoteraapis effektivitet är att undersöka hur många patienter som behöver genomgå behandling per patient med ett positivt behandlingsutfall (Altman & Andersen, 1999).

Måttet kallas "number needed to treat" (NNT) och är vanligt förekommande inom evidensbaserad medicin. Effektstorleken på 0,8 som Smith et al. (1980) kom fram till i sin meta-analys blir då en NNT på ca 3,0, d.v.s det behövs att tre patienter behandlas med psykoteraapi för att en av dem ska få ett positivt behandlingsutfall (Kraemer & Kupfer, 2006). Detta kan jämföras med andra medicinska behandlingar som nikotininhalator mot rökning (NNT: 10), vaccination

mot influensa (NNT: 12) eller aspirinprofylax mot hjärtinfarkt (NNT: 176).

En annan fråga som har varit av intresse för området har varit huruvida psykoterapi som behandlingsform har haft ett behandlingsutfall som består över längre tid (Bergin, 1994). Frågan är komplex och innehåller frågor så som: vilka förändringar består? I vilken grad består de i så fall? Vilka faktorer kan ha inverkan på att dessa består eller att patienten får återfall? Bergin (1994) hävdar att psykoterapibehandling inte är en garanti för att förhindra all framtida utveckling av psykologiska besvär, men att majoriteten av patienter som behandlats uppnår en större förbättring över tid trots tidigare längre psykisk problematik.

Metodjämförelser inom psykoterapi. Påståendet att psykoterapi ger ett positivt behandlingsutfall har alltså bred evidens (Bergin & Garfield, 1994). Forskningen har därför på senare tid skiftat sitt fokus till att jämföra olika terapier med varandra snarare än att enbart undersöka huruvida psykoterapi har effekt. Dobson (1989) genomförde en meta-analys vari kognitiv terapi jämfördes med patienter som väntade på behandling, psykofarmaka och beteendeterapi. Han fann att 98 % av de som behandlats med kognitiv terapi och 67 % av de som behandlats med beteendeterapi hade signifikant högre behandlingsutfall än de som inte fått behandling. En mer pessimistisk studie av Shapiro & Shapiro (1982) jämförde 143 utfallsstudier inom psykoterapi och fann att behandlingsmetod som mest förklarade 10% av variansen i utfall. När dessutom kontroller för patienternas sökorsak, metoder som använts för att mäta utfall samt experimentell design vägdes in, kunde inte längre de olika behandlingsmetoderna förklara skillnader i behandlingsutfall.

Common factors

Att psykoterapi generellt ger god effekt råder det således inte mycket tvivel om längre. Vad som däremot är betydligt mer omtvistat är vad i psykoterapin som ger effekt (Ahn, Wampold, 2001). Vad leder egentligen till att klienter blir bättre? I ett tidigt skede, kort efter att en bred konsensus bland forskare om psykoterapins effekt uppnåtts, framhölls olika terapiinriktningar som en sådan förbättrande faktor. Metodvalet sades kunna påverka behandlingsutfallet. Genom meta-analyser och enskilda studier gjorda på behandlingar av olika kliniska tillstånd såsom depression, ångestproblematik, psykoser, ADHD etc. framkom tydliga resultat: metodvalet spelar generellt en mycket liten roll (Ahn, H., & Wampold, 2001) för behandlingsutfallet. Effekten av metod varierar beroende på metaanalys och kan anta värden från

0-1 procent av förklarad varians för behandlingsutfall (Chow, 2014).

Likheterna i utfall mellan psykoterapiinriktningar förklaras av Wampold et al. (2006) på olika vis. Man spekulerar i att olika terapier kan uppnå samma mål genom olika processer. En annan förklaring är att de forskningsdesigner som använts inte kunnat hitta de skillnader mellan terapiinriktningar som faktiskt finns. En tredje förklaring de uppger är att olika metoder innehåller gemensamma kurativa faktorer. En förklaring som har fått mycket forskningsuppmärksamhet är vilka bakomliggande faktorer (s.k. common factors) som är kurativa i psykoterapi, oavsett inriktning (Wampold et al., 2006).

Wampold et al. (2006) delar upp common factors i fyra grupper: klientfaktorer och händelser i klientens liv som äger rum utanför terapin, relationen mellan klient och terapeut, förväntans- och placeboeffekter på psykoterapi samt metodfaktorer.

Klientfaktorer definieras av Wampold et al. (2006) som faktorer hos klienten som kan ha betydelse för behandlingen. Exempel på sådana faktorer hos klienten är skillnader i motivation, intelligens och mentaliseringsförmåga. Exempel på händelser i klientens liv som äger rum utanför terapin kan vara att en anhörig till klienten avlider, klienten får ett nytt jobb, en naturkatastrof inträffar, klienten råkar ut för en olycka osv. Klientfaktorer står för den högsta förklarade variansen i terapiutfall; så mycket som ca 40 procent förklaras av klientfaktorer (Lambert, 1992).

Relationsfaktorer definieras som de komponenter i relationen mellan klient och terapeut som är nödvändiga eller tillräckliga för att förändring ska kunna ske. Rogers och Dorfman (2003) beskriver tre terapeutiska karaktärsdrag hos en terapeut - värme, empati och äkthet - som har varit föremål för mycket forskning. Ett omfattande stöd för dessa drag har funnits (Chow, 2014). De drag hos en terapeut som gynnar behandlingen brukar kallas terapeutfaktorer. Den terapeutiska alliansen inräknas i relationsfaktorer. Den brukar delas upp i tre delar: det känslomässiga band som finns mellan klient och terapeut, till vilken grad klient och terapeut är överens om vilka metoder som behövs för att uppnå målen med terapin samt till vilken grad klienten och terapeuten är överens om själva målen med terapin (Bordin, 1976). Relationsfaktorer beräknas utgöra ca 30 procent av den förklarade variansen i terapiutfall (Lambert, 1992).

Förväntans- och placeboeffekter betecknas av Wampold et al. (2006) som en förväntan och hoppfullhet klienten har att behandlingen ska leda till att klienten förbättras. Placeboeffekter

är mer svårsmått i psykoterapi än i t.ex. medicin men det finns åtskilliga belägg för att placeboeffekt spelar en betydande roll även i psykoterapi. Ca 15 procent av variansen i terapiutfall förklaras av placebo- och förväntanseffekter (Lambert, 1992).

Metodfaktorer förklaras som skillnader i metod, t.ex. mellan kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk terapi (Wampold, 2006). Metodfaktorer kan också röra sig om skillnader i olika interventioner inom ett speciellt behandlingsprogram. Majoriteten av forskningen som bedrivits kring common factors har undersökt metodeffekter (Jones, Cumming, Horowitz, 1988). Det finns åtskilliga interventioner inom t.ex. KBT och psykodynamisk terapi. I KBT finns bl.a. exponering, beteendeaktivering och avslappningsövningar. En psykodynamisk terapi kan innehålla interventioner som överförings- och motöveringsföringstolkningar. Metodfaktorer förklarar mellan noll och femton procent av variansen i terapiutfall (Ahn & Wampold, 2001), (Lambert, 1992).

Terapeutfaktorn. Terapeutfaktorn är den del av den relationsfaktor i terapin som beslystes ovan. En stor mängd studier visar på att vissa terapeuter konsekvent uppnår bättre behandlingsutfall än andra. Dessa skillnader kvarstår efter att kontroller har gjorts för bl.a. klinik och klienternas svårighetsgrad (Luborsky, 1986). Blatt, Sanislow, Zuroff & Pilkonis (1996) korrelerade terapeuters behandlingsutfall med vad de berättade om sitt terapeutiska arbete. Resultatet visade att de terapeuter som var mer psychologically minded hade bättre behandlingsutfall. Luborsky, Crits-Christoph, McLellan, Woody, Piper, Liberman & Pilkonis (1985) fann att de terapeuter med bättre behandlingsutfall fokuserade på att tidigt skapa en stark behandlingsallians. De terapeuterna var även mer flexibla i sitt sätt att förhålla sig till klienten; de kunde anpassa behandlingen när så krävdes.

Som nämnt ovan har metodfaktorerna åtnjutit det allra största forskningsintresset (Beutler, 1997). Kritiker (Beutler, 1997) menar att metodforskningen gör att fokus ofrånkomligen glider ifrån andra common factors, som förklarar en betydligt större del av variansen (Lambert, 1992). Det kan finnas en risk att terapeuter som följer manualiserade behandlingar bortprioriterar verksamma relationsfaktorer, såsom terapeutens acceptans och värme.

Terapeutfaktorn beskrivs av Beutler (1997) som den bortglömda variabeln i psykoterapiforskning. Faktorn kan definieras som de interpersonella drag terapeuten visar upp i möten med klienten: t.ex. värme och äkthet. Terapeutfaktorn kan också innehålla mer

demografiska variabler, som exempelvis ålder, kön, utbildningslängd och erfarenhet. Dessa drag och demografiska variabler har inte fått lika stort fokus i forskningen kring relationsfaktorer som t.ex. alliansfaktorer (Beutler, 1997; Ackerman, 2003).

Demografiska variabler hos terapeuten, såsom kön och ålder, spelar en liten och i många fall icke-signifikant roll för behandlingsutfallet (Holmkvist & Philips, 2008). Erfarenhet och utbildningslängd hos terapeuten anses intuitivt av många, såväl kliniker som den breda allmänheten, som en tänkbar inverkan på behandlingsutfall (Beutler, 1997). Forskningen går skilda vägar här, men en majoritet av studierna som bedrivits pekar på att även erfarenhet och utbildningslängd spelar en icke-signifikant eller mycket liten del av variansen i behandlingsutfall (Christensen & Jacobson, 1994). Beutler (1997) spekulerar i att dessa fynd har minskat forskningsintresset för terapeutfaktorer. Han hävdar dock att erfarenhet som begrepp är ottydligt definierat och otillräckligt mätt i psykoterapiforskningen överlag. Erfarenhet mäts inte sällan som antalet år en terapeut har varit yrkesverksam.

Erfarenhet. Problemet, menar Beutler (1997), är att terapeutisk erfarenhet kan vara av mycket olika slag. Exempelvis kan två yrkesverksamma psykoterapeuter, med lika många års yrkesverksamhet som psykolog, ha olika mängd *psykoterapirelaterad* erfarenhet. Den ena psykoterapeuten kanske har haft utredningar av neuropsykiatriska funktionshinder som huvudsyssa sedan psykologexamen. Den andra psykoterapeuten kan ha arbetat på ett behandlingshem och uteslutande bedrivit psykoterapi. Erfarenhetsbegreppet inom psykoterapiforskning särskiljer oftast inte mellan dessa två på ett tillräckligt vis (Beutler, 1997). Enligt gängse definition skulle dessa två terapeuter bedömas ha likvärdig erfarenhet (antal år som yrkesverksam psykolog), trots att typen av erfarenhet relaterad till just *psykoterapi* skiljer sig åt markant.

Det kan vara för tidigt att överge forskningsintresset för erfarenhet och mängden psykoterapirelaterad utbildning. Istället efterlyses ett mer precist och rättvisande mått på terapeuterfarenhet, som inte bara innehåller grova uppskattningar på tid sedan avlagd examen (Beutler, 1997). Måttet borde istället, hävdar Beutler (1997) innehålla andelen tid terapeuten exponerats för, och arbetat med, psykoterapirelaterade tekniker och arbetsätt som är av betydelse för de arbetsuppgifter och behandlingar terapeuten har i dagsläget. Beutler, Williams, Wakefield, & Entwistle, (1995) genomförde en undersökning där 500 yrkesverksamma psykologer tillfrågades om sina arbetsuppgifter. Det framkom att andelen tid psykologerna lade

på psykoterapi en representativ vecka varierade mellan så stora mängder som 10 och 100 procent.

Beutlers (1997) andra invändning mot sättet att mäta erfarenhet är att inte *typen* av erfarenhet mäts. Psykologyrket är brett; arbetsuppgifterna innefattar såväl utredning som behandling, konsultation som handledning. Även en psykoterapeut, som företrädesvis arbetar med psykoterapi, kan arbeta på många olika vis, med många olika typer av klienter. Exempelvis kan en terapeut arbeta uteslutande med exponering med responsprevention för klienter med diagnosen OCD. En annan, däremot, kan arbeta halva sin yrkesverksamma tid som familjebehandlare för ätstörningar, och andra halvan som mindfulnessinstruktör för en stresshanteringsgrupp. Beutler lägger tonvikt på att även typen av erfarenhet spelar roll och därmed behöver mätas betydligt mer ingående för att säkrare slutsatser mellan erfarenhet och behandlingsutfall ska kunna dras (Beutler, 1997).

Frågan om hur man bäst mäter erfarenhet är omdebatterad. Ska man mäta generell eller specifik erfarenhet? Generell erfarenhet kan t.ex. vara antalet år en psykolog varit verksam som just psykolog. Specifik erfarenhet kan vara att en psykolog behandlat ätstörningar i ett visst antal år. Flera studier (Mallinckrodt & Nelson, 1991) (Stein and Lambert, 1995) visar på erfarenhetens medierande roll för behandlingsutfall. Mer erfarna terapeuter har en färre mängd klienter som hoppar av och deras klienter har en större sannolikhet att förbättras (Mallinckrodt & Nelson, 1991). Beutler (1997) använder detta som stöd för sin argumentering att psykoterapeutiska färdigheter kan läras ut och utvecklas.

Med tanke på det ringa forskningsintresset för terapeutfaktorn ökar intresset i forskningsvärlden för terapeutfaktorn (Chow, 2014; Miller, Hubble, Duncan, & Wampold, 2010). Resonemanget är att om terapeuter varierar i sin behandlingseffektivitet, borde det vara av intresse att undersöka *vad* det är som skiljer de mer respektive mindre framgångsrika terapeuterna åt (Chow, 2014). En ytterligare insnävning av terapeutfaktorn, framhåller Chow (2014), är att frångå demografiska variabler hos terapeuterna och istället undersöka vad de mer effektiva terapeuterna *gör* för att uppnå sina bättre utfall. Om det skulle vara möjligt att kartlägga vad de mer effektiva terapeuterna gör för att uppnå sina terapeutiska färdigheter, skulle större ljus kunna skina på hur andra terapeuter under utbildning skulle kunna utforma sina färdighetsutveckling till att uppnå liknande färdigheter och, i förlängningen, behandlingsutfall (Chow, 2014).

Deliberate Practice

Ett sätt att genomföra denna undersökning av vad terapeuter gör för att uppnå bättre behandlingsutfall är enligt Chow (2014) att utgå från en träningsmetodik som kallas för Deliberate Practice (hädanefter förkortat till DLP) som skapats av K. Anders Ericsson (1993). DLP skulle på svenska kunna översättas till målinriktad träning. Ericsson (1996) definierar DLP som:

Individualized training activities especially designed by a coach or teacher to improve specific aspects of an individual's performance through repetition and successive refinement. To receive maximal benefit from feedback, individuals have to monitor their training with full concentration, which is effortful and limits the duration of daily training. (s. 278)

Ericsson har baserat sin teori på tidigare studier inom olika fält som sport, musik (Ericsson, 1993) och vissa professioner (Fitts & Posner, 1967). Han hävdar att ackumulerad erfarenhet i sig inte garanterar expertis och hög prestation inom ett område. Ericsson (1993) pekar på att motivationen inom t.ex. professioner oftast är att uppnå en nivå av prestation som innebär ett undvikande av stora misstag (Fitts & Posner, (1967). I genomsnitt tar det 50 timmar inom områden så som skidåkning, tennis och bilkörning att uppnå denna nivå då individen undviker att begå avgörande misstag. Inom mer komplexa områden som t.ex. professioner kan tiden att nå denna nivå variera kraftigt, men principen består (Ericsson, 2003).

Automatisering av färdigheter. Enligt Ericsson (2003) automatiseras därefter de olika inlärdade beteendena vilket gör att individen når en plåtå i sin utveckling. Automatiseringen av dessa beteenden medför att individen tappar medveten kontroll över hur de utförs vilket försvårar specifika justeringar och förbättringar i beteendet. För att exemplifiera detta pekar Ericsson på studier som gjorts inom olika områden som skrivande, musik och sport (Cote & Watson, 2005).

Inom sport har det länge funnits standardiserade mått för prestation vilket gör det möjligt att mäta utvecklingen vad gäller förmåga över tid (Ericsson et al. 1993). Historiskt sett har prestationer inom alla OS-grenar förbättrats, i vissa fall med mer än 50% (Schulz & Curnow 1988). Enligt Ericsson et al. (1993) har detta ett samband med ett fokus på metodutveckling vad gäller träning inom de olika grenarna. Exempelvis är det nuvarande kravet på tillträde till Boston Marathon bara en minut under det olympiska rekordet för samma sträcka i OS 1896.

För att undersöka hur individer uppnår expertskap har Ericsson undersökt hur violinister, pianister (Ericsson, 1993) och senare t.ex. läkare (Ericsson, 2004) gjort för att uppnå en prestation som motsvarar expertis. Utifrån dessa och tidigare studier föreslår Ericsson (1993) ett tillvägagångssätt för att systematiskt uppnå och bibehålla en hög prestationsnivå. Han menar att detta inte kan uppnås enbart genom erfarenhet i sig, men måste nås genom målmedveten och systematisk övning. Han hävdar att DLP är ett effektivt sätt att genomföra detta på.

Kriterier för Deliberate Practice. Enligt Ericsson (1993) krävs det att vissa kriterier är uppfyllda för att optimal inläring ska ske:

1. Individen bör vara högt *motiverad* att fokusera på att förbättra sina färdigheter.
2. Individen bör *mentalt anstränga* sig för att aktivt utveckla sin färdighet.
3. Individens träning bör vara *relevant* genom att ta i beaktning personens förförståelse och fokusera på personens utvecklingsområden samt att träningen ska vara relevant för att utvecklas inom det tänkta området.
4. För att säkerställa ovan nämnda relevans bör individen få direkt och informativ *handledning och återkoppling* på resultatet av sin ansträngning.
5. Inövningen bör ske *repetitivt*, d.v.s. genom att personen gör om samma eller liknande uppgifter över en längre period av tid tills en högre nivå av skicklighet har uppvisats.

Över tid ackumuleras denna målinriktade DLP vilket enligt Ericsson (1993) leder till en hög nivå av färdighet. Desto högre komplexitet i färdigheten som övas, desto viktigare är det att personen ifråga får återkoppling av en mentor eller mer erfaren lärare. Återkopplingens syfte är att individen ska få öva relevanta och anpassade aspekter av färdigheten. Denna återkopplande funktion som en mentor fyller kan över tid internaliseras. Övningsaktiviteten ska även vara relevant för området i sig, t.ex. att läkare tränar på kirurgiska ingrepp med hjälp av en simulator är relevant för färdighetsträning i kirurgi, medan träning i diagnostik skulle vara mindre relevant om läkaren vill bli bättre på kirurgi (Ericsson, 2004). Aktiviteterna genomförs systematiskt, optimalt sett strukturerat till ett antal planerade timmar per dag. Detta ska ske över en längre tidsperiod, inte bara under en intensiv helg eller work-shop. En annan utmärkande faktor för DLP är enligt Ericsson (1993) systematisk vila och sömn. Vilan är nödvändig eftersom DLP är krävande och förutsätter att individen återhämtar sig för att förhindra utbränning. Optimalt sett är även vila och antal timmar sömn planerade.

Akkumulerad Deliberate Practice och expertis. I studier av hur experter gjort för att

uppnå hög prestation har det påvisats inom områdena musik (Eriksson, 1993), schack (Gobet, Jaztrembzki & Charness, 2006) och sport (Cote et al. 2005) att dessa individer har tränat på detta sätt *från tidig ålder*. För att uppnå hög skicklighet har fiolspelare börjat så tidigt som vid fem till åtta år (Ericsson, 1993). Dessa experter har ackumulerat fler och fler timmar av DLP och på så sätt systematiskt byggt upp erfarenhet inom sitt fält. I sin studie av pianister fann Ericsson (1993) med retrospektiv skattning, d.v.s. intervjuer om deltagarnas tidigare DLP, att de högst presterande deltagarna hade ackumulerat upp till 10,000 timmar DLP. Han jämförde denna grupp på elitnivå med en s.k. mellannivå, vari deltagarna spelade i internationella orkestrar. Denna mellangrupp hade i genomsnitt c.a. 8,000 timmar ackumulerad DLP. Den sista tredje gruppen bestod av pianospelare på amatörnivå som i genomsnitt hade ackumulerat c.a. 2,000 timmar.

Erfarenhet som definieras i Deliberate Practice skiljer sig från det grova, ospecifika mått på erfarenhet som enligt Beutler (1997) dominerat psykoterapiforskningen. Sedan Ericssons studier inom musik, sport och medicin har DLP använts som teoretisk ram för att studera kompetensutveckling inom även andra professionsområden. För att komma ifrån ett opreciserat mått och istället mäta systematisk, utvecklande och meningsfull erfarenhet har forskning börjat använda sig av DLP-begreppet för att mäta betydelsen av psykoterapeuters erfarenhet inom psykoterapi (Chow, 2014; Miller, Hubble, Duncan, & Wampold, 2010).

Deliberate Practice inom professioner

Synen på färdighetsutveckling utifrån ett DLP-perspektiv är i grunden densamma för professioner som för idrott och musik: målinriktad, specifik träning i syfte att utveckla sig själv inom ett visst område skapar färdighetsutveckling. Den skillnad som finns mellan DLP inom professioner i jämförelse andra aktiviteter är att det tar längre tid, ofta flertalet år, att uppnå expertkompetens inom en profession (Ericsson, 2004).

En teori som tidigare fått stort genomslag är Simon och Chases (Simon & Chase, 1973) teori om erfarenhet. Den påstår att en individ kan uppnå expertskap inom en given yrkesdomän efter tio års erfarenhet på heltid. Detta expertskap ska komma automatiskt. Ericsson (2004) vänder sig emot detta synsätt och pekar på flertalet studier som visar att erfarenhet inom ett visst yrke, mätt i antal arbetade timmar, inte kan översättas till kompetens inom den yrkesdomänen. Flertalet studier har hittat överraskande fynd som visar att erfarenheten inte haft något samband för yrkeskompetens. Studierna har gjorts inom så skilda yrkesområden som försäkringsrådgivare

(Sonntag & Klein, 2000), psykologer (Beutler, 1997), läkare (Ewa KW., 2002), vinkännare (Valentin D, Pichon M, de Boishbert, Abdi H., 2000) och forskare.

Kritik har riktats mot sättet att mäta expertskap (Ericsson, 2004). Ett vanligt sätt att mäta det är att låta kollegor och andra yrkesverksamma inom samma fält nominera experter. Ofta utnämns de mest erfarna som experter. Studier inom bland annat psykoterapi och läkarvetenskapen visar att en individs kompetens inom en viss yrkesdomän generellt ökar kraftigt under utbildningen och i början av yrkeskarriären men stannar sedan av (Ericsson, 2004).

Lambert (1995) belyste den utvecklingen för psykologstudenter - som bedrev terapi som ett led i utbildningen - i en meta-analys. Han fann praktiskt taget ett icke-samband mellan träningsprogram för att förbättra psykologstudenternas färdigheter, bland annat när det gäller att skapa en god terapeutisk allians, och deras behandlingsutfall. Han skriver: *“However, as noted previously, research demonstrating an association between within-program training procedures and the subsequent quality of therapy outcomes is virtually nonexistent”* (Lambert, 1995). Han fann inget samband mellan var i utbildningen en psykologstudent befann sig och terapiutfall. Dock riktades stor kritik mot hur erfarenhetsbegreppet mättes. Många av studierna mätte det i antalet terminer, vilket Lambert (1995) menar är för ospecifikt.

Fokus läggs initialt under en utbildning på att undvika att göra stora misstag, som t.ex. att ställa en felaktig diagnos, och att utföra sin syssla funktionellt till den grad att kompetensen bedöms hålla en acceptabel standard. Motivationen att utvecklas inom sitt yrke minskar som en följd av detta när individen har uppnått fullgod kompetens och färdigheterna automatiseras. Detta kan förklara den låga korrelationen mellan yrkeserfarenhet, mätt i år, och yrkeskompetens (Ericsson, 2004).

Nyckeln till att öka prestationen inom ett visst yrke är, enligt Ericsson (2004), att identifiera de individer som presterar högst i ett visst yrke, mätt mer objektivt genom t.ex. skattningsskalor. Därefter intervjuas individerna genom retrospektiva skalor. De tillfrågas om sina yrkesvanor, hur motiverade de är att förbättra sin kompetens, hur många timmar i veckan de spenderar målinriktat för att förbättra sin kompetens och vad de specifikt gör då. I linje med DLP-perspektivet ska dessa aktiviteter vara mentalt ansträngande - detta betraktas som ett tecken för utveckling, då automatisering motverkas när nyinlärning sker. Låg mental ansträngning, å andra sidan, betraktas som att individen utför automatiserade uppgifter och således inte gör den ansträngning som krävs för att öppna upp för nyinlärning (Ericsson, 1993).

Ytterligare en aspekt av DLP är mängden *tidigare* ackumulerad erfarenhet. Ericsson (1993) belyser i ett av sina originalverk att *när* en individ börjar träna målinriktat påverkar hur lätt respektive hur svårt hen har att tillgodogöra sig senare inläring inom det fältet. En person som började spela fiol när den var sex år gammal, och tränade målmedvetet, spekuleras ha ett försprång jämfört med violinister som började träna mer DLP-orienterat när den var tolv år. Enligt teorin går det dock att komma ikapp individer som *inte* tränar mer målinriktat för att förbättra sig själv - även om dessa individer började själva aktiviteten (t.ex. sporten eller yrket) tidigare. Om mängden DLP är större för individerna som började senare, kommer de så småningom att komma ikapp prestationsmässigt. Andelen *tidigare ackumulerad målinriktad erfarenhet* bedöms också kunna predicera en individs nuvarande färdigheter inom ett visst fält. Därför bör en god studie inriktad på att mäta effekten av DLP också inkludera uppskattad DLP tidigare i livet (Ericsson, 2014).

DLP-frågan som har störst genomslag. Att mäta DLP inom professioner görs på samma sätt som för andra domäner. Individer skattar hur många timmar, ofta mätt i ensamtid, individen lägger ner i veckan på att målinriktat förbättra sin yrkeskompetens. Det är denna frågan som brukar ge en korrelation med yrkeskompetens. Enskilda aktiviteter, som t.ex. tiden per vecka som läggs på att delta i workshops kring en viss behandlingsmodell för en psykolog, brukar inte ge utslag på samma vis (Ericsson, 2004).

Kritik mot Deliberate Practice. DLP-teorin har fått ett stort genomslag och har skildrats i åtskilliga populärvetenskapliga böcker (Colvin, 2008; Dubner & Levitt, 2005). Talangen tonas ner till förmån för DLP och detta oberoende av aktivitet (Colvin, 2008). Detta har lett till ett ökat forskningsintresse kring DLP.

Den första metastudien kring DLP. MacNamara, Hambrick & Oswald (2014) publicerade den första metaanalysen specifikt inriktad på DLP. I den sammanställdes studier som gjorts på DLP inom flera olika domäner. De fem huvuddomäner som undersöktes var idrott, spel (t.ex. schack), musik, utbildning och professioner. Författarna undersökte huruvida det fanns ett samband mellan andel tid spenderad på att målinriktat förbättra sina färdigheter inom ett visst område och färdigheterna inom området.

Majoriteten av studierna som inkluderats var inom fälten utbildning (N=51), sport (N=60) och musik (N=28). Spel (N=11) och professioner (N=7) var de två andra domänerna.

Efter analys framkom att DLP förklarade störst andel varians i domänerna spel (21 %),

musik (21 %) och sport (18 %). DLP förklarade minst varians i domänerna utbildning (4 %) och professioner (1 %) Effektstorleken för professioner var dessutom icke-signifikant.

Studien fann också stöd för moderatorer som att DLP förklarar mindre varians för yrken som är mer oförutsägbara. Som exempel på ett oförutsägbart yrke gavs att hantera en nödsituation på en flygplats som flygvärd. Som exempel på förutsägbara sysslor gavs löpning och som yrke att arbeta på ett löpande band. DLP förklarade mindre del av variansen (4 %) för prestation i mindre förutsägbara yrken och större för mer förutsägbara (24 %).

Metastudien fanns också stöd för att typen av mätmetod spelar in. Om loggbok fördes istället för retrospektiva skattningsformulär förklarade DLP inte lika mycket. Om objektiva mått användes istället för gruppmedlemskap minskade betydelse an DLP (MacNamara, 2014).

Andra faktorer än DLP kan påverka yrkesprestation. Till exempel bör generell intelligens och arbetsminne nämnas som inverkan faktorer. Slutsatsen dras att DLP inte spelar så stor roll för olika områden som det tidigare har påstått. Inte minst för professioner verkar DLP spela mindre roll (MacNamara, 2014).

Svar på kritiken. Kritiker mot metastudien har invänt mot flera saker. Bland annat att DLP bara skattats i mängd timmar per vecka. Den inre motivationen för aktiviteten, graden av feedback som personen får och ackumulerad DLP under livets gång saknas också i flera av studierna. För stora slutsatser om betydelsen av DLP kan bli följden. Om Feedback, motivation och ackumulerad DLP tas med i framtida studier kan värdet av DLP bättre förstås. Detta gäller inte minst för professioner - bland annat psykoterapi (Ericsson, 2014).

För att undersöka detta samlades utfall in från 69 psykoterapeuter som bedrivit terapi inom Human Givens Institute Practice Research Network (HGIPRN). HGIPRN är ett forskningsnätverk för terapeuter som bedrivit psykoterapi med för- och eftermätning sedan 2007. De 69 terapeuter som medverkade i studien hade mellan 2007 och 2013 träffat sammanlagt 6618 klienter. Chow (2014) undersökte bland annat vilka av dessa 69 terapeuter som hade bättre respektive sämre behandlingsutfall. Detta undersöktes genom att jämföra skillnaden mellan klienternas för- och eftermätning i samband med genomgången terapi (Chow, 2014). Instrumentet i fråga som användes för att mäta behandlingsutfall var symtomskattningsformuläret CORE-10 (Clinical Outcomes in Routine Evaluation); en kortare version av CORE-OM (Evans, 2000).

Kontakt togs med de 69 terapeuterna i efterhand. Terapeuterna fick bland annat svara på

frågor om deras involvering i DLP. De faktorer som mättes var bland annat hur mycket tid i veckan de spenderade på 25 olika aktiviteter relaterade till psykoterapi. Exempel på dessa aktiviteter var att läsa terapistrelaterad litteratur, delta i workshops kring psykoterapi, gå i handledning och titta på videoinspelningar av expertterapeuter i syfte att bli en bättre terapeut själv. Utöver att svara på tiden terapeuterna lade på detta en genomsnittlig vecka under det senaste året ombads de även skatta hur relevanta dessa aktiviteter är för att utvecklas som terapeut. Vidare fick de svara på hur mentalt ansträngande aktiviteten var samt hur tillförlitlig de bedömde att deras skattning av tid var (Chow, 2014).

Resultaten i studien visade att andelen ensamtid terapeuterna lade ner i veckan på att förbättra sina terapeutiska färdigheter förklarade 0,3 procent av variansen för behandlingsutfallet. Inga av de 25 frågorna om aktiviteter en terapeut gör en genomsnittlig vecka gav några signifikanta resultat. Endast frågan om ensamtid i veckan för att utveckla sig själv som terapeut förklarade någon varians i behandlingsutfall.

Resultatet ligger väl i linje med tidigare forskning om DLP (Chow, 2014). Samlad mängd DLP per vecka förklarar kompetens bättre än någon enskild aktivitet (t.ex. att läsa terapistrelaterad litteratur eller att delta i samtalsträning i terapeutens fall).

17 av 69 terapeuter besvarade DLP-enkäten; bortfallet var högt. De terapeuter med högst resultat var överrepresenterade medan de som hade lägst utfall var underrepresenterade. Det fastslås också att mer forskning behövs för att tydligare klargöra sambandet mellan DLP och psykoterapi. Frågan om DLP kan påverka terapeuters behandlingsutfall har precis börjat undersökas.

Syfte

Syftet med denna studie är att ytterligare undersöka sambandet mellan DLP och psykoterapi - närmare bestämt mellan DLP och behandlingsutfall i psykoterapi. Denna studie kommer att försöka mäta *hela* DLP-begreppet. Motivation att utvecklas som terapeut, kvaliteten på psykoterapihandledningen och tidigare psykoterapistrelaterad erfarenhet kommer därför också att mätas.

Studiens frågeställning är således huruvida andelen tid en terapeut lägger ner på att utveckla sig själv som terapeut påverkar behandlingsutfallet.

Hypoteser

1. Huvudhypotesen i studien är att andelen tid terapeuterna lägger ner en genomsnittlig vecka på att målinriktat utveckla sig själv som terapeuter kommer att påverka terapeuternas behandlingsutfall.
2. Den andra hypotesen är att andelen tid en terapeut lägger ner en genomsnittlig vecka på att utföra ensam DLP, diskutera psykoterapi och läsa om psykoterapi i syfte att utveckla sig själv som terapeut kommer att påverka terapeuternas behandlingsutfall.
3. Den tredje hypotesen är att terapeuternas motivation till att utvecklas som terapeut och bedriva behandlingsarbete kommer att påverka terapeuternas behandlingsutfall.
4. En fjärde hypotes är att terapeuternas erfarenhet, mätt i tid, av psykoterapi- och psykologirelaterade erfarenheter innan påbörjat klientarbete kommer att påverka terapeuternas behandlingsutfall.
5. Hypotes nummer fem är att kvaliteten på handledningen terapeuterna fått under klientarbetet kommer att påverka behandlingsutfallet.

Metod

Deltagare

Terapeuter. På psykoterapimottagningen vid Lunds universitet bedrivs psykoterapi av psykologstudenter under handledning. Terapeuterna är psykologkandidater som går termin 7,8,9 och 10 på psykologprogrammet vid Lunds universitet. Psykologkandidaterna bedriver två terminer kognitiv beteendeterapi och två terminer psykodynamisk psykoterapi. Under den psykodynamiska terapin arbetar terapeuterna i regel med en klient i två terminer. Under den kognitiva beteendeterapi har terapeuterna vanligtvis två klienter på två terminer. Psykologkandidaterna får själva välja vilken inriktning de vill bedriva först. Under sitt terapeutiska arbete får psykologkandidaterna handledning en gång i veckan (vanligen två timmar). Klienter som söker sig till mottagningen genomgår en screening av erfarna terapeuter för att bedöma lämpligheten i att deras problem behandlas på mottagningen. Hänsyn tas till problemens art och svårighetsgrad.

Inklusionskriterier. De studentterapeuter som avslutat en eller flera terapier samt vars klienter genomfört för- och eftermätning med antingen IIP eller CORE inkluderades som möjliga deltagare i studien. Totalt uppfyllde 153 terapeuter kraven för att inkluderas i studien. Kohorten av klienter täcker åren 2013 till 2014.

Klienter. En tidigare studie som gjorts på institutionen visar att klientpopulationen inte skiljer sig nämnvärt från en generell klinisk population (Löf & Rosendahl, 2010). Data som insamlats från mottagningens projekt som startades 2013 visar att klienterna även då sökt behandling för kliniskt signifikanta problem.

Tabell 1. För- och eftermätning för klienter som genomgått behandling på mottagningen

	Min	Max	Mean	SD
Ålder	17	58	27,5	8,9
IIP-totalskala-förmätning	6	150	80,4	28,9
CORE-OM totalskala förmätning	0,82	3,09	1,71	0,387
CORE-OM totalskala utan "risk"	0,88	3,28	2,01	0,45

Vid utvärderingen och normeringen av CORE-OM i Sverige (Elfström, 2013) hade en klinisk normgrupp skattat 1,65 i genomsnitt på totalskalan, med risk-skalan inräknat, som kan

jämföras med klienterna på Lunds universitets mottagning som skattat 1,71 (högre poäng innebär högre grad av problem). Den kliniska normgruppen hade skattat sig till 1,93 på CORE-OM totalskala, utan risk-skalan. Som tabell 1 visar är genomsnittet för klienterna från universitetets mottagning 2,01 på samma skala. Klienterna som behandlas på universitetet kan alltså sägas motsvara en klinisk population vad gäller mätningen med CORE-OM.

Motsvarande cut-off värde för IIP är ca 112 råpoäng ($t=70$), (Horowitz, 2002).

Klienterna som gått i terapi på studentmottagningen har skattat 80 i genomsnitt, vilket motsvarar ett t-poäng på 58.

Instrument. På mottagningen bedrivs, sedan hösten 2013, ett forskningsprojekt för att utvärdera terapierna som bedrivs där samt med syfte att insamla data till psykoterapeutisk forskning. Mottagningen låter sökande klienter, som ett led i screeningen, genomföra de psykologiska testerna Working Alliance Questionnaire (WAI), Client Satisfaction Questionnaire (CSQ), Inventory of Interpersonal Problems (IIP), The Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE) och the Health Relevant Personality Inventory (HP5i). Vid avslutning av behandling genomför klienterna dessa tester igen. På detta sätt inhämtas en för- och eftermätning till samtliga terapier.

För att mäta terapeuternas behandlingsutfall användes instrumenten the Clinical Outcome in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM) och the Inventory of Interpersonal Problems (IIP). För att undersöka studentterapeuternas DLP användes en reviderad version av protokollet The Retrospective Protocol of Psychotherapists' Engagement in Deliberate Practice (Chow, 2014). CORE-OM och IIP användes slutligen för att undersöka ifall studentterapeuternas DLP hade samband med de skattade behandlingsresultaten av deras klienter.

CORE-OM. En svensk normering av CORE-OM utfördes 2013 (Elfström et al., 2013). CORE-OM är ett symtombaserat formulär som består av 34 items. Formuläret är tänkt att mäta globalt lidande utan att vara kopplat till en viss diagnos (Evans et al, 2000). De domäner instrumentet ämnar mäta är fungerande (allmänt och i relationer), välbefinnande, symtom (depression, ångest, fysiska problem och trauma) och risk (risk för sig själv, risk för andra). Instrumentet är därför uppdelat i tolv skalor utifrån dessa domäner. Instrumentet har en god inre konsistens ($\alpha = .94$) och test-retest-reliabilitet ($\rho = .90$) (Evans et al., 2002).

IIP. IIP mäter individens tankar, känslor och beteende kopplat till relationer. Det är konstruerat för att mäta graden och typen av interpersonella problem hos en person. Instrumentet

har två huvudsakliga dimensioner: tillhörighet-omvårdnad och kontroll-dominans. Instrumentet delas upp i nio delskalor utifrån dessa dimensioner. En svensk normering av instrumentet gjordes år 2002 på en slumpmässigt urvald population i Sverige. Reliabiliteten och validiteten bedömdes då vara god (Horowitz, 2002).

The Retrospective Protocol of Psychotherapists' Engagement in Deliberate Practice.

Då det inte finns några tidigare studier som systematiskt har undersökt psykoterapeuters DLP skapade Chow (2014) ett protokoll i syfte att mäta de essentiella aspekterna av DLP hos psykoterapeuter. För att fånga DLP som det kan praktiseras inom psykoterapi skapade Chow (2014) protokollet *The Retrospective Protocol of Psychotherapists' Engagement in Deliberate Practice*. Protokollet arbetade han fram i samråd med Anders K. Ericsson (Ericsson, 1993). Detta gjordes i syfte att skapa största möjliga validitet. Formuläret skickades sedan ut till fyra psykoterapeuter för att bedöma dess kvalitet. Efter feedback reviderades formuläret. Sedan skickades det till Ericsson en gång till för att slutligen anses vara färdigarbetat. Tillstånd om att använda formuläret i denna studie erhöles från Chow.

Reviderat DLP-protokoll. Eftersom DLP-protokollet som Chow (2014) skapat var ett nytt instrument fanns ingen normering eller validering tillgänglig för instrumentet. Ericsson (2013) betonar vikten av att mäta kontextspecifika aktiviteter inom ett visst område. Chow (2014) hävdar att olika aktiviteter kan ha olika betydelse beroende på var i utvecklingen en psykolog är och var hen jobbar/studerar. Därför anpassades det ursprungliga DLP-protokollet till kontexten studien utfördes i. Av samma anledning reviderades Chows DLP-protokoll för att anpassas till denna studies kontext. Terapeuterna i Chow var legitimerade, och hade varit yrkesverksamma i England åtta år i genomsnitt. Denna studie utförs i Sverige, på en universitetsmottagning där studenterna inte är legitimerade. En revidering av protokollet för att anpassas till en svensk studentkontext bedömdes vara nödvändig.

Revideringen gjordes i samråd med Chow. Vissa items, som med säkerhet inte skiljer sig mellan studentterapeuterna (såsom terapi bedriven framför en envägsspegel) togs bort. Andra items inkluderades. Exempel på dessa tillagda items är mängd läst kurslitteratur relaterad till psykoterapi och typ av handledning studenterna fått.

En annan aspekt som fick stort fokus vid utformandet av det reviderade protokollet är mängden tidigare erfarenhet relaterad till psykoterapi. Ericsson lägger emfas på begreppet *Accumulated amount of Deliberate Practice* (en svensk översättning kan vara *mängd tidigare*

målinriktad träning) som en väsentlig del av DLP. Han menar att DLP ofta mäts för ensidigt, genom att *endast* mäta nuvarande tid spenderat på DLP. Översatt till denna studie kan studenter som börjar på psykologprogrammet en given tidpunkt ha olika mängd psykoterapirelaterad erfarenhet med sig i bagaget. Psykoterapi är ingen ensamaktivitet och därmed torde den vara svårare att träna på ensam. Därför lades fokus på att ta fram items för att hitta skillnader i tidigare erfarenhet relaterad till psykoterapi.

Ansträngning lades ner på att inkludera de tre huvudkomponenterna i DLP i det reviderade protokollet: tidigare relaterad erfarenhet, anpassad feedback och motivation.

Det reviderade protokollet användes vid en online-enkät på hemsidan www.qualtrics.com. Enkäten pilottestades därefter av tre studentterapeuter vid Lunds universitet som inte inkluderats i studien. Items slogs ihop och exkluderades som ett resultat av detta. Fokus lades på att göra den så anpassad till den miljö studenterna vid Lunds universitet har befunnit sig i som möjligt. Motivation till den terapiinriktning studenterna haft (KBT respektive PDT) under sin studietid inkluderades för att undersöka huruvida det kan ha haft en influens på deras motivation till att lägga ner tid på ansträngande aktiviteter för att utveckla sin terapeutiska kompetens.

Skalor i det reviderade protokollet. Inför analysen sattes items i det reviderade DLP-protokollet samman till sju skalor:

1. *Vila och självomhändertagande* innehåller items som undersöker hur mycket tid i veckan som läggs på Vila, Sömn och Självomhändertagande aktiviteter.
2. *Handledning* innehåller items kring i vilken utsträckning terapeuten upplever att handledningen varit inriktad på terapeutens egen utveckling, huruvida handledningen varit tillfredsställande, vilken utsträckning terapeuten fått feedback anpassad efter behov, samt feedback kring utvecklingsområden som terapeut.
3. *Läsa psykoterapi* undersöker hur mycket tid i veckan terapeuten lägger ner på att läsa bl.a. psykoterapirelaterade journaler, material kring specifika psykoterapirelaterade modeller, fallbeskrivningar och terapirelaterad litteratur/artiklar som handledare rekommenderat.
4. *Motivation* innehåller bl.a. items kring hur terapeutens motivation att bedriva klientarbete med KBT- respektive PDT-inriktning (samt klientarbetet överlag), tillfredsställelse på psykologprogrammet och klientarbetet.

5. *Tidigare klienttimmar* innehåller frågor kring hur mycket tid terapeuten arbetat inom yrken relevanta för psykoterapi innan påbörjat klientarbete, timmar samtalsträning terapeuten haft samt mängd handledning av klienter, utredning, stödsamtal och bedriven psykoterapi.
6. *Ensam DLP* berör hur mycket tid i veckan terapeuten spenderar på att göra ensamaktiviteter för att utvecklas som terapeut t.ex. genom att titta på videoinspelning av expertterapeuter, titta på videoinspelning från sina sessioner ensam, mentalt gå igenom och reflektera över föregående respektive kommande session.
7. *Diskutera psykoterapi* undersöker hur mycket tid i veckan terapeuten lägger på att diskutera områden relaterade till psykoterapi med kurskamrater/handledare/lärare, diskutera kring konceptualisering/fallformulering med kurskamrater/lärare samt diskutera kring konceptualisering/fallformulering med handledare.

Items som inte sattes in i skalor men som ändå användes i analysen

Vissa items sattes inte ihop till skalor. De två huvudfrågorna i studien är hur många timmar i veckan studenterna lägger ner på DLP i syfte att utvecklas som terapeut och förbättra behandlingen. Tidigare studier inom DLP har visat att dessa huvudfrågor är de frågor som förklarar variansen i kompetens. I allmänhet förklarar den frågan varians i prestation betydligt mer än frågor om enskilda DLP-aktiviteter (Chow, 2014; Ericsson, 2004).

I och med de två frågornas betydelse för undersökningar kring DLP, fattades beslutet att behålla dem i dess nuvarande form och inte inkludera dem i en skala.

Frågan om tidigare högskolepoäng inom psykologi innan påbörjad psykologutbildning uppvisade för låg korrelation med övriga items i skalorna Tidigare relevant arbete och Tidigare klientarbete. Beslutet togs därför att behålla även den i item-form.

Design

Observationsstudie av klienter vid en psykoterapimottagning vid Lunds universitet med kompletterande enkätdata kring terapeuternas användning av DLP efter avslutade terapier.

Procedur

Rekrytering. Terapeuterna som var möjliga deltagare i studien kontaktades via brev email och Facebook. I brevet informerades de om studiens bakgrund, syfte och tillvägagångssätt. De fick även information om att de skulle kontaktas via mail eller Facebook och då få sina personliga länkar till online-enkäten. I de fall då terapeutens bostadsadress inte kunde fastställas skickades enbart mail eller meddelande via Facebook. Vidare informerades de om att deltagandet i undersökningen var frivilligt och kunde avbrytas när som helst. Varje deltagare tilldelades genom länken en personlig kod. Det betonades att terapeuterna avidentifierades och att alla resultat skulle redovisas på gruppnivå. För att höja deltagandet inkluderades en trisslott i 50 av de rekryterande breven. Eftersom deltagandet i enkäten var anonymt skickades påminnelser ut till samtliga deltagare. Påminnelser skickades ut vid ett tillfälle, en vecka efter den första inbjudan till studien skickats ut.

Avidentifiering. Länken till enkäten hade programmerats att tilldela en personlig kod till varje deltagare då de via länken öppnade enkäten online. Denna kod användes för att koppla samman terapeuterna till deras behandlingsutfall i avidentifierad form. Sammankoppling av studentterapeuterna, med hjälp av deras tilldelade koder, till de skattade behandlingsutfallen gjordes oberoende av psykologkandidaterna genom anställd personal på psykoterapimottagningen på Lunds universitet. På så sätt kunde inte deltagarna identifieras i resultatbearbetningen.

Dataanalys

Bortfallsanalys genomfördes med Chi-square och beroende envägs-ANOVA. Reliabilitetsanalys gjordes på de konstruerade skalorna i det reviderade DLP-protokollet. Beroende t-test användes för att undersöka skillnader mellan för- och eftermätning av behandlingsutfall på samtliga skalor i IIP och CORE-OM. Beroende envägs-ANOVA användes för att analysera samband mellan resultaten från det reviderade DLP-protokollet och behandlingsutfall som mätt genom IIP och CORE-OM.

Protokollets skalor analyserades först med IIP och CORE-OM instrumentens totalskalor. I de fall då signifikanta samband hittades på detta sätt undersöktes även samband mellan protokollets skalor och delskalorna i IIP och CORE-OM. De två item som var ämnade att undersöka studiens huvudhypotes, d.v.s. frågade om terapeuternas övning genom DLP oavsett aktivitet en genomsnittlig vecka, analyserades på samtliga skalor i IIP och CORE-OM.

Etik

Stort fokus lades på att möjliggöra att studentterapeuternas identiteter skulle skyddas. Undertecknade var studenter verksamma i samma organisation som terapeuterna i studien, vilket är känsligt av många skäl. I den lösenordsskyddade datafilen med behandlingsutfallen fanns studentterapeuternas personuppgifter, vilket undertecknade hade informerats om av mottagningsföreståndaren. Det var av yttersta vikt att koppla terapeutens namn och annan identifierande information behandlingsutfall. Lika viktigt var det att inte kunna identifiera terapeuternas svar på enkäten med deras personuppgifter.

Ett kodningssystem togs därför fram i samarbete med föreståndaren och annan administrativ personal på studentmottagningen. All identifierande information ströks i denna process av administrativ personal. Undertecknade var inte med under denna process. Terapeuterna tilldelades ett löpnummer mellan 1-1000 med hjälp av en slumpgenerator. Studiens två författare arbetade sedan med en helt avidentifierad datafil. Endast löpnumret var kopplat till behandlingsutfall.

Samma slumpmässiga löpnummer gavs också till den förberedda versionen av online-enkäten, som sedan skickades ut manuellt av undertecknade. Löpnumret gavs slumpmässigt även här – undertecknade hade därmed inte kännedom om vilket förberett mailutskick som hade vilket löpnummer. Löpnumret visade sig enbart när enkäten fyllts i och skickats tillbaka. Därmed kunde inga behandlingsutfall eller svar på enkäten kopplas till en enskild terapeuts identitet. Det enda som kunde koppla ihop terapeuternas behandlingsutfall med enkätsvaren var löpnumret.

Terapeuternas anonymitet betonades i det fysiska informationsbrevet, i mailet samt i online-enkäten. Det betonades att varken undertecknade eller någon annan skulle kunna identifiera deras enkätsvar. De gavs information om att de när som helst kunde avbryta studien och att de genom att börja fylla i enkäten gav sitt informerade samtycke. Vidare informerades de om att analyser enbart skulle göras på gruppnivå. Terapeuterna upplystes om att påminnelser

skulle skickas ut till hela gruppen för att undertecknade inte visste vem som svarat och inte svarat på enkäten. För att ytterligare säkerställa terapeuternas identitet och känsla av trygghet fattades beslutet att inte fråga om terapeutens kön och ålder. Kön och ålder kunde vara identifierande information. Vilken inriktning egenterapi studenten gått ströks av samma anledning.

Psykotераpimottagningen vid Lunds universitet hade fått tillstånd till sitt ovannämnda forskningsprojekt hos etiknämnden. Då den här studien enbart ämnade inkludera etiska aspekter som innefattades av mottagningens redan sökta etiska tillstånd, och dessutom inte skulle publiceras i en vetenskaplig tidskrift, kunde den här studien innefattas av detta tillstånd. Bedömningen gjordes att enkäten inte innehöll personliga eller känsliga frågor som allvarligt skulle kunna skada terapeuterna psykiskt. Enkätens fokus på kompetensutvecklande aktiviteter, motivation och tidigare erfarenhet av psykoterapi hade ett ganska positivt eller neutralt fokus. Inga känsliga frågor i fritextform eller skattningar av negativt berörande teman förekom. De enda fritextfrågorna som gavs var kring studenterna tidigare sysselsättningsgrad och i vilken roll de fått sin tidigare handledning inom psykologyrket.

I vissa avseenden liknande enkätfrågorna frågor som har ställts till studenterna många gånger förr under kursutvärderingar under psykologprogrammet. De bedömdes inte kunna förvålla studentterapeuterna ett allvarligt lidande eller ge några men. Frågorna var allmänt hållna och bedömdes inte kunna ge den information som gör det möjligt att identifiera en enskild studentterapeut.

Resultat

Bortfallsanalys

Innan analyserna som berörde hypotesen kring DLP:s inverkan på behandlingsutfall, gjordes en bortfallsanalys. Totalt fanns 130 studentterapeuter i kohorten. Terapeuter som svarade på enkäten (N=52) jämfördes med övriga kohorten.

Först gjordes en envägs-ANOVA för att undersöka huruvida klientgrupperna skilde sig på CORE-OM Totalskala och IIP Totalskala vid förmätningen.

Tabell 2.

Förmätning CORE-OM totalskala och IIP totalskala - jämförelse mellan klienterna i undersökningsgruppen (N=50) och övriga kohorten klienter (N=78)

	N	M	SD	Medelfel
IIP – totalskala deltagare	77	80,90	0,29	3,45
IIP - totalskala icke-deltagare	49	80,85	28,80	4,12
CORE-OM – totalskala deltagare	77	2,05	0,46	0,05
CORE-OM – totalskala icke-deltagare	48	1,94	0,46	0,67

Den deskriptiva datan i tabell 2 visar att medelvärdet på IIP för klienterna i undersökningsgruppen var 80,9 (SD=30,29), medan övriga klienter i kohorten hade ett medelvärde på 80,85 (SD=28,80). Medelvärdet på CORE för klienterna i undersökningsgruppen var 2,05 (SD=0,46) medan övriga klienter i kohorten hade ett medelvärde på 1,94 (SD=0,46).

Tabell 3.*Förmätning CORE-OM totalskala och IIP totalskala - jämförelse mellan klienterna i studien (N=49) och hela kohorten (N=78)*

	Df	F	P
IIP – totalskala förmätning	11	0,000	0,992
CORE-OM – totalskala förmätning	11	1,496	0,224

Som tabell 4 visar skilde sig klientgrupperna vid förmätningen inte åt på IIP totalskala ($F=0,000$, $p=0,992$) och CORE-OM totalskala ($F=1,50$, $p=0,224$).

Tabell 4.*Jämförelse av differens mellan för- och eftermätning CORE-OM totalskala och IIP totalskala för klienterna i undersökningen (N=48) och hela kohorten klienter (N=78).*

	Df	F	P
IIP totalskala – differens	1	0,438	0,510
CORE-OM totalskala – differens	1	0,23	0,632

Differensen mellan för- och eftermätning på IIP totalskala ($F=0,438$, $p=0,510$) och CORE-OM totalskala ($F=0,23$, $p=0,63$) skiljer sig inte signifikant åt mellan grupperna.

Övriga variabler som inkluderades i bortfallsanalysen

Förutom att undersöka CORE-OM och IIP undersöktes även andra variabler hos klientpopulationen. Exempel på dessa variabler är huruvida klienterna använder olika typer av psykofarmaka, har gått i tidigare terapi, sökorsak och motivation att gå i terapi.

En envägs-ANOVA utfördes för att undersöka huruvida klienterna skilde sig åt på någon av bakgrundsvariablerna vid förmätningen. Klienterna i undersökningen jämfördes med hela kohorten klienter. Av de 21 bakgrundsvariabler som undersöktes var endast en signifikant åtskild mellan undersökningsgruppen och hela kohorten klienter: sökorsak fobi ($F=6,78$, $p=0,01$).

Slutsats bortfallsanalys - lika klientgrupper antas

Det fanns få skillnader mellan klientgruppen i undersökningen (N=52) och de klienter som ingick i kohorten men inte besvarade enkäten (N=78). Slutsatsen är att den klientgrupp som ingick i undersökningen av DLP-analyser var mycket lik klientgruppen, vars terapeuter inte besvarade enkäten, i både bakgrundsvariabler och testskalorna. Klientgrupperna hade liknande värden på förmätning och har förbättrats lika mycket. Det bör således gå att generalisera fynden till hela kohorten av studentterapeuter (N=130).

Tabell 5.
Behandlingsutfall - hela kohorten klienter

	t	P
IIP – totalskala förmätning	0,000	0,001
CORE-OM - totalskala förmätning	14,821	<0,001

Tabell 5 visar att klienterna som gick i terapi på mottagningen uppvisade signifikant förändring på såväl CORE-OM Totalskala ($t=14,821$, $p<0,001$) som IIP Totalskala ($t=0,000$, $p<0,001$).

Behandlingsutfall - klientgruppen i undersökningen

Klientgruppen i undersökningens skillnader före och efter behandling undersöktes.

Tabell 6.

För- och eftermätning CORE-OM för klienterna i undersökningen på mottagningen (N=49). Totalskala och delskalor

	Före (M)	SD	Efter (M)	Df	t	p
Totalskala	1,67	0,39	1,06	47	7,12	<0,001
Ångest	2	,92	1,32	47	4,55	<0,001
Välbehövande	2,08	,5	1,34	47	6,14	<0,001
Depression	2,18	,93	1,44	47	4,7	<0,001
Fysiska symtom	1,63	1,02	1,34	47	1,82	0,07
Trauma	1,99	,96	1,55	47	2,54	<0,05
Allmänfunktion	2,45	,65	1,22	47	8,75	<0,001
Social funktion	1,42	,76	,91	47	4,29	<0,001
Risk	0,36	,49	,25	47	1,71	,094
Risk för andra	0,24	,47	,15	47	1,39	,173
Fungerande relationer	1,81	,73	,99	47	9,16	<0,001

Tabell 7.

För- och eftermätning IIP för klienterna i undersökningen (N=49) på mottagningen. Totalskala och delskalor

	Före (M)	SD	Efter (M)	SD	Df	t	p
Totalskala	80,86	28,81	63,75	6,29	48	4,69	<0,001
Hämndlysten och självupptagen	6,90	4,52	5,02	3,71	48	4,50	<0,001
Kall och avvisande	8,49	6,02	6,14	5,19	48	3,67	<0,001
Socialt hämmad	10,92	6,70	8,21	6,23	48	4,33	<0,001
Undfallande	12,27	6,46	11,22	6,62	48	1,59	0,119
Alltför tillmötesgående	13,08	6,71	11,27	5,90	48	2,25	<0,05
Självuppoftande	13,08	6,64	10,49	5,71	48	3,14	<0,001

Påträngande och behövande	9,53	5,39	5,06	5,06	48	4,13	<0,001
Dominerande och kontrollerande	6,60	5,31	4,24	4,24	48	3,93	<0,001

Klienterna i undersökningsgruppen (N=49) hade signifikant förbättrats efter behandling på såväl CORE-OM Totalskala ($t=7,12$, $p<0,001$) och IIP Totalskala ($t=4,69$, $p<0,001$). Klienterna hade efter behandling förbättrats på samtliga delskalor i CORE-OM förutom Fysiska symtom ($t=1,82$, $p=0,07$), Risk ($t=1,71$, $p=0,094$) och Risk för andra ($t=1,39$, $p=0,173$). Klienterna hade också förbättrats på samtliga delskalor i IIP förutom Undfallande ($t=1,59$, $p=0,119$).

Undersökning av det reviderade DLP-protokollets skalor

Innan hypotestestningen undersöktes DLP-skalorna. Flertalet items exkluderades från protokollet efter undersökningen. Dessa items var bland annat terapi framför en envägsspegel, handledning med video samt handledning utan video. Dessa items visade ingen eller låg spridning, vilket var anledningen till exkluderingen.

Efter att items med låg spridning exkluderats, undersöktes kvarvarande items närmare i syfte att se huruvida de var lämpliga att ingå i samma skala. De items som bedömdes tillhöra liknande aspekter av DLP (t.ex. motivation till att utvecklas eller tidigare relevant yrkeserfarenhet) korrelerades med varandra. Items som uppvisade för låg korrelation med övriga items i samma skala exkluderades.

För att ytterligare säkerställa att skalorna som konstruerats höll god kvalitet utfördes en reliabilitetsanalys.

Tabell 8.

Reliabilitetsanalys på skalorna i det reviderade DLP-protokollet

	N of items	Cronbach's Alpha
Vila och självomhändertagande	3	0,593
Handledning	6	0,893
Läsa psykoterapi	5	0,678
Motivation	5	0,400
Tidigare klienttimmar	7	0,196
Ensam DLP	4	0,499
Diskutera psykoterapi	3	0,352

Reliabilitetsanalysen visar att flera skalors reliabilitet var låg - skalorna Motivation ($\alpha=0,4$), Tidigare klienttimmar ($\alpha=0,196$), Ensam DLP ($\alpha=0,499$), Diskutera psykoterapi ($\alpha=0,352$). Två skalor visade medelhög: Vila och självomhändertagande ($\alpha=0,593$) och Läsa psykoterapi ($\alpha=0,678$). Skalan Handledning uppvisade mycket hög reliabilitet ($\alpha=0,893$). Trots den låga reliabiliteten togs beslutet att behålla skalorna i dess nuvarande form.

Undersökning av studiens hypoteser

Den första hypotesen, som är studiens huvudhypotes, undersöktes genom frågorna kring hur många timmar i veckan som läggs på att utvecklas som terapeut samt hur många timmar i veckan som läggs på att förbättra behandlingen. Terapeuternas svar på dessa frågor jämfördes med deras behandlingsutfall.

Den andra hypotesen undersöktes genom att jämföra terapeuternas behandlingsutfall med deras svar på skalorna Ensam DLP, Läsa psykoterapi och Diskutera psykoterapi.

Hypotes nummer tre undersöktes genom att jämföra terapeuternas svar på skalan Motivation och deras behandlingsutfall.

Studiens fjärde hypotes undersöktes genom att jämföra terapeuternas svar på skalan Tidigare klienttimmar och frågan hur många högskolepoäng som terapeuten läst innan påbörjad psykologutbildningen med terapeuternas behandlingsutfall.

Studiens femte hypotes undersöktes genom att jämföra terapeuternas svar på skalanHandledning och deras behandlingsutfall.

Hypotes ett - andelen tid terapeuterna lägger ner en genomsnittlig vecka på att målinriktat utveckla sig själv som terapeuter kommer att ha ett samband med terapeuternas behandlingsutfall

Tabell 10.

Andel timmar lagd på DLP i syfte att utvecklas som terapeut och differens mellan för- och eftermätning för delskalor och totalskalor CORE-OM och IIP.

	Df	F	P
IIP Kall och avvisande	(11, 34)	2,085	0,05
CORE Allmän funktion	(11, 33)	1,936	0,07

Tabell 10 visar att andel tid lagd på DLP i syfte att utvecklas som terapeut en genomsnittlig vecka var signifikant för IIP-skalan Kall och avvisande ($F=, 2085$, $p=0,05$) samt gränsade till signifikans för CORE-skalan Allmän funktion ($F=1,936$, $p=0,07$).

Tabell 11.

Andel timmar lagd på att förbättra behandlingen och differens mellan för- och eftermätning för delskalor och Totalskalor CORE-OM och IIP.

	Df	F	P
IIP Kall och avvisande	(12, 34)	2,155	0,039
CORE Fungerande relationer	(12, 33)	2,269	0,031

Tabell 11 visar att andelen timmar som lades på att förbättra behandlingen en genomsnittlig vecka var signifikant för IIP-skalan Kall och avvisande ($F=2,155$, $p=0,039$) och CORE-skalan Fungerande relationer ($F=2,269$, $p=0,031$).

Hypotes två - andelen tid en terapeut lägger ner en genomsnittlig vecka på Ensam DLP, diskutera psykoterapi och läsa psykoterapi i syfte att utveckla sig själv som terapeut kommer att ha ett samband med terapeuternas behandlingsutfall

Skalan Ensam DLP visade ingen signifikans på CORE-OM Totalskala ($F=1,056$, $p=0,494$) eller IIP Totalskala ($F=1,614$, $p=0,202$). Därför gjordes ingen delskaleanalys på CORE-OM och IIP.

Skalan Läsa psykoterapi visade ingen signifikans för CORE-OM Totalskala ($F=0,405$, $p=0,930$) eller IIP Totalskala ($F=1,857$, $p=0,228$). Därför gjordes ingen delskaleanalys på CORE-OM och IIP.

Resultaten efter utförd envägs-ANOVA visar att skalan Diskutera psykoterapi tenderar till signifikans för CORE-OM Totalskala utan risk ($F=2,289$, $p=0,065$). Därför gjordes ytterligare analyser på CORE-OM:s delskalor, som presenteras nedan i tabell 12.

Tabell 12.

Skala Diskutera Psykoterapi och differens mellan för- och eftermätning för delskalor och totalskalor CORE-OM och IIP.

	Df	F	P
CORE Total			
CORE Total utan risk	(20, 13)	2,289	0,065
CORE Fungerande relationer			
CORE Ängest	(20, 13)	4,77	0,003
CORE Välbefinnande			
CORE Depression			
CORE Trauma			
CORE Fysiska symtom	(20, 13)	2,652	0,038

Tabell 12 visar att skalan Diskutera psykoterapi var signifikant för CORE-skalorna Ängest ($F=4,77$, $p=0,003$) och Fysiska symtom ($F=2,652$, $p=0,038$).

Hypotes tre - terapeuternas motivation till att utvecklas som terapeut och bedriva behandlingsarbete kommer att påverka terapeuternas behandlingsutfall

Resultaten efter utförd envägs-ANOVA visade att ingen signifikans hittades mellan skalan Motivation CORE-OM Total ($F=0,405$, $p=0,930$) eller IIP Total ($F=1,857$, $p=0,228$). Därför gjordes ingen närmare analys på delskalenivå.

Hypotes fyra - terapeuternas erfarenhet av psykoterapirelaterade aktiviteter innan påbörjat klientarbete kommer att påverka terapeuternas behandlingsutfall

Resultaten efter utförd envägs-ANOVA visade att ingen signifikans hittades mellan skalan Tidigare klienttimmar och CORE-OM Total ($F=0,773$, $p=0,696$) och IIP Total ($F=0,844$, $p=0,620$). Därför gjordes ingen närmare analys på delskalenivå.

Dock fanns det signifikans för itemet Höskolepoäng totalt inom kurser i psykologi innan påbörjat klientarbete på psykologprogrammet och CORE-OM Totalskala ($F=6,973$, $p=0,003$). Därför gjordes ytterligare analyser på CORE-OM:s och IIP:s delskalor, som

presenteras nedan i tabell 13.

Tabell 13.

Högskolepoäng totalt kurser i psykologi och differens mellan för- och eftermätning för delskalor och totalskalor CORE-OM och IIP.

	Df	F	P
IIP Kall och avvisande	(7, 10)	3,882	0,026
IIP Undfallande	(7, 10)	5,618	0,008
CORE Total	(7, 10)	6,973	0,003
CORE Total utan risk	(7, 9)	4,869	0,016
CORE Ångest	(7, 10)	8,929	0,001
CORE Välbefinnande	(7, 10)	2,635	0,08
CORE Depression	(7, 10)	5,562	0,008
CORE Fysiska symtom	(7, 10)	4,623	0,015

Tabell 13 visar att hur många högskolepoäng inom psykologi psykologstudenten skaffade sig innan påbörjat arbete var signifikant för flera av skalorna inom CORE-OM och IIP. Signifikans, eller tendens till signifikans, upphittades för IIP-skalorna Kall och avvisande ($F=3,882$, $P=0,026$) och Undfallande ($F=5,618$, $p=0,008$). Signifikans hittades vidare för CORE-skalorna Total ($6,973$, $p=0,003$), Total utan risk ($F=4,869$, $p=0,016$), Ångest ($F=8,929$, $p=0,001$), Välbefinnande ($F=2,635$, $p=0,08$), Depression ($F=5,562$, $p=0,008$) och Fysiska symtom ($F=4,623$, $p=0,015$).

Hypotes fem - kvaliteten på handledningen kommer att påverka behandlingsutfallet

Resultaten efter utförd envägs-ANOVA visade att ingen signifikans hittades mellan skalan Handledning och CORE-OM Total ($F=0,491$, $p=0,884$) eller IIP Total ($F=2,408$, $p=0,141$). Därför gjordes ingen närmare analys på delskalenivå.

Uppfyllande av DLP-kriterier vad gäller terapeuternas aktiviteter

För att undersöka huruvida aktiviteterna terapeuterna genomförde i syfte att utveckla sig som terapeuter föll inom ramen för DLP-teorin fick deltagarna skatta hur mentalt ansträngande aktiviteterna upplevts och hur relevanta de upplevts för deras terapeutiska utveckling. Terapeuterna fick även ange hur tillförlitliga de skattade att dessa mått var. Alla skattningarna var på en skala från ett till tio.

De aktiviteter som skattats som mest relevanta var handledning med videoinspelning från terapisesionen (M=8,50), handledning utan videoinspelning (M=8,36), läsa material kring psykoterapirelaterade modeller och tekniker (M=8,29) och titta på videoinspelning av en egen genomförd terapisesion ensam (M=8,06). Överlag skattade studentterapeuterna att dessa aktiviteter i genomsnitt var högt relevanta för att utvecklas som terapeut (M=7,2).

Terapeuterna skattade att skriva processanteckningar som mest mentalt ansträngande av aktiviteterna (M=7,23), följt av att mentalt gå igenom vad som ska göras i nästa kommande session (M=6,73), handledning med videoinspelning från en egen utförd session (M=6,46) och titta på videoinspelning ensam (M=6,36).

Skalan Diskutera psykoterapi från det reviderade DLP-protokollet visades ha tendens till signifikant samband med behandlingsutfall som mätt av totalskalan CORE-OM (F=2,289 p<0,065) samt signifikant samband med delskalorna i CORE-OM: Ångest (F=4,77, p<0,003) och Fysiska symtom (F=2,652, p<0,038). Inom den skalan ingår items: diskussion kring konceptualisering/fallformulering med kurskamrater/kollegor, diskussion kring konceptualisering/fallformulering med handledare, och diskutera områden relaterade till psykoterapi med kurskamrater/kollegor/handledare/lärare. Dessa items hade i genomsnitt en skattad mental ansträngning på 5,47 vilket var något högre än det övergripande genomsnittet på 5,2. Dessa items hade en genomsnittlig skattad relevans på 7,5 vilket även detta var något över det övergripande genomsnittet på 7,2. Jämfört med snittet hade terapeuterna skattat item på skalan Diskutera psykoterapi som högt relevanta och något mentalt ansträngande,

Tillförlitligheten av sina retrospektiva skattningar av deras aktiviteter, i ett övergripande genomsnitt med alla aktiviteter inkluderade, har terapeuterna skattat vara M=6,67 (SD=2,2). Mest tillförlitligt anges följande skattningar vara: titta på video av genomförd session ensam (M=8,75, SD=1,3), skriva processanteckningar (M=8,35, SD=1,48), och handledning (M=8,75, SD=1,6).

Diskussion

Studiens huvudhypotes var att andelen tid terapeuterna lägger ner en genomsnittlig vecka, oavsett aktivitet, på att målinriktat utveckla sig själv som terapeuter kommer att ha ett samband med terapeuternas behandlingsutfall. Efter utförd analys visade det sig att denna hypotes inte kunde bekräftas. Andelen tid terapeuten lade ner i veckan, oavsett aktivitet, spelar ingen roll för CORE-OM Totalskala och IIP Totalskala.

Däremot hittades tendens till signifikant samband, och klar signifikans på flertalet delskalor, mellan behandlingsutfall och att målinriktat diskutera psykoterapi med kurskamrater, handledare och lärare i syfte att utvecklas som terapeut. Dessutom hittades ett samband mellan antalet tidigare högskolepoäng inom psykologi och behandlingsutfall.

Totalskalorna prioriterades högst i denna studie. Huvudhypotesen var signifikant för två av delskalorna - de terapeuter som lade ner mer tid i veckan på att utveckla sig själv åstadkom större förändringar i IIP-skalan Kall och avvisande och CORE-skalan Allmän funktion. Klienterna upplevde alltså minskade problem i relationer till andra vad gäller att vara kall och avvisande samt ökad allmän funktionsförmåga. Denna skillnad skulle kunna tillskrivas andelen DLP i veckan i syfte att utvecklas som terapeut.

En brasklapp till resultatet på de två delskalorna är att CORE-OM har tio skalor. IIP har nio. Detta ger sammanlagt 19 skalor. Sannolikhet att hitta ett slump samband på någon eller ett par av dessa skalor ska inte förringas.

Förklaringar till huvudhypotesens resultat

En bidragande orsak till resultatet vad gäller huvudhypotesen, kan vara det mycket låga antalet klienter som varje terapeut haft mellan termin sju och tio. Studentterapeuten brukar i regel ha varje klient antingen en eller två terminer, beroende på svårighetsgrad. Samtliga 130 terapeuter - inte bara de som deltagit i studien - hade i regel en klient. Det är detta låga antal klienter som andelen DLP i veckan har undersökt utifrån.

Det finns många faktorer som påverkar ett terapiutfall. Som common factors-forskningen visar, beror en mycket stor del av terapiutfallet på faktorer *utanför* terapin. Exempel på detta kan vara att en nära anhörig till klienten går bort under pågående terapi. Ett annat exempel kan vara att klienten, efter år av jobbsökande, under terapin får ett nytt jobb. Dessa händelser torde i regel påverka klientens mående. Vad är det som talar för att så inte skulle kunna vara fallet även i

terapin som studentterapeuterna bedrivit? Med ett så litet antal klienter per terapeut kan mycket i behandlingsutfallet hänga på vilken klient terapeuten blir tilldelad. Det kan vara en stor skillnad på en klient som har haft problem i hela sitt liv och en klient som genomgående har haft en trygg bakgrund och ett stabilt mående, men som för tillfället genomgår en kris. Att få en klient med komplex problematik som sträcker sig långt tillbaka i livet kan vara svårare att få till stånd en kliniskt signifikant förändring med. Vissa krisreaktioner, däremot, spontanläker efter en viss tid. Att dra slutsatsen att den ena terapeuten, som fick den svårare klienten, skulle vara mer kompetent än terapeuten som fick en krisdrabbad klient vore förhastat.

Att bedöma en terapeuts kompetens baserat på så pass få antal klienter som två eller tre, kan därför verka förhastat och väl enkelt. Tidigare studier som bedömt terapeuters kompetens, bland annat Chow (2014), har i regel ett *betydligt* större antal klienter per terapeut. Terapeuterna i Chows studie hade i genomsnitt träffat 45 klienter under flera års tid. Trots det till synes höga antalet klienter efterlyste Chow, i diskussionen till sin avhandling, ett *högre* antal klienter per terapeut i fortsatta studier för att kunna dra säkrare slutsatser kring DLP:s roll för terapeuters kompetens. Detta kan ställas i kontrast till antalet klienter per terapeut i denna studien. Den statistiska validiteten hotas därmed, vilket försvårar slutsatser om DLP:s roll för psykoterapeutisk kompetens.

Den statistiska validiteten hotas även av att studien endast har 52 terapeuter. Det vore intressant att undersöka DLP inom psykoterapi med studier som inkluderade uppåt 200 terapeuter.

Översättningsproblem med huvudfrågan

Frågan som generellt förklarar DLP:s varians för kompetens är hur många timmar DLP en person lägger ned i veckan på att utveckla sig själv. Chow (2014), i den första studien på DLP och psykoterapi, formulerade frågan *How many hours per week (on average) do you spend alone seriously engaging in activities related to improving your therapy skills in the current year? ___ (hrs)*. Frågan som terapeuterna i denna studie fick besvara är *Hur mycket tid lägger du ner en genomsnittlig vecka på att utveckla dina terapeutiska färdigheter? samt hur mycket tid lägger du ner en genomsnittlig vecka på att förbättra behandlingen?*

Dessa frågor skiljer sig från Chow i att frågorna kring DLP är uppdelade i två frågor. Beslutet att dela upp frågorna togs för att ett antagande gjordes om att variansen i studenternas

skattning av aktiviteter i syfte att utveckla sig själva skulle vara låg. I ett så tidigt skede av sin karriär som terapeut tänkte undertecknade att betydligt större varians skulle kunna hittas i tiden studenterna lägger ner på att förbättra behandlingen. Först slogs bägge dessa frågor ihop till en - *Hur mycket tid lägger du ner en genomsnittlig vecka på att förbättra behandlingen OCH utveckla dig själv som terapeut?*. Sen togs beslutet att splittra dem för att inte mäta två saker i en och samma fråga. Att dela upp frågan som brukar ge utslag på DLP är en olikhet jämfört med tidigare studier. Det kan ha påverkat att huvudhypotesen inte bekräftades av totalskalorna CORE-OM och IIP.

Ensamträning - bästa sättet att lära sig psykoterapi?

Ett annat problem med översättningen av studiens huvudfråga kring DLP är att Chow (2014) och andra DLP-studier fokuserar på betydelsen av *ensamträningen* för att utvecklas inom ett område. Chow (2014) skriver ju "*Do you spend ALONE*" i sin huvudfråga om DLP. Beslutet i denna studie togs att inte begränsa huvudfrågan om DLP i veckan till ensamaktiviteter.

Anledningen är att psykoterapi är en uteslutande interpersonell process. Den består alltid av minst två personer i samspel med varandra. Många av de studier som mätt DLP:s inverkan på kompetens har inriktat sig på sporter, spel och musik. Där har tiden en violinist lagt ner i veckan på att intensivt repetera ett visst stycke, eller en golfspelares tid lagd på att nöta puttar, visat sig ha stor betydelse för kompetensen. Psykoterapi är betydligt mer interpersonellt. Det går att läsa om det, se video på det och tänka på det. Huvuddelen av den meningsfulla inläringen kan möjligtvis enbart göras med en annan person - till exempel genom rollspel, workshops, bedriven terapi eller diskussion om terapirelaterade saker med andra personer.

Att bara begränsa utveckling inom psykoterapi till ensamaktiviteter i veckan vore därför ett otillräckligt mått på DLP inom psykoterapi. Måttet skulle riskera att missa många viktiga dimensioner av hur inläring i just psykoterapi sker. Dock finns möjligheten att den skillnaden i sättet att ställa DLP-frågan jämfört med tidigare studier kan ha inverkat på att huvudhypotesen inte kunde bekräftas.

Mental ansträngning - ytterligare översättningsproblem

För att en aktivitet ska räknas som DLP krävs det att individen upplever att aktiviteten är relevant och mentalt ansträngande. Chows, och andra studier som undersökt frågan hur mycket

andelen DLP i veckan förklarar kompetens, har innefattat mental ansträngning i frågan. Chows fråga är “*How many hours per week (on average) do you spend alone SERIOUSLY ENGAGING in activities related to improving your therapy skills in the current year?*”. Genom att skriva *seriously engaging* tas aspekten kring mental ansträngning med. Undertecknade frågade endast om andelen tid i veckan som terapeuten lägger ner på att utvecklas som terapeut. Det finns därför en risk att terapeuten, i den totalskattningen, även innefattat tid och aktiviteter som *inte* varit mentalt ansträngande. En risk finns således att terapeuterna gett för höga skattningar av DLP jämfört med vad som egentligen varit fallet. DLP:s roll för behandlingsresultatet kan därför ha förvanskats. Ett bättre sätt att mäta frågan hade kunnat vara att lägga till “hur mycket tid i veckan lägger du *målinriktat* på att utvecklas som terapeut?” eller liknande.

Den mentala ansträngningen för DLP-aktiviteterna skattades av studentterapeuterna genomsnittligen som 5,2. Detta ligger under genomsnittet i Chows studie. Där skattade terapeuterna den mentala ansträngningen av utvecklande aktiviteter i genomsnitt betydligt högre. Frågan kan ställas huruvida psykologstudenter inte anstränger sig lika mycket när det gäller att utveckla sig som färdiga terapeuter? Att studenterna skattade lågt kan också innebära att många av aktiviteterna inte var tillräckligt ansträngande för att verkligen utveckla dem och räknas som DLP. Möjligtvis kan studenternas låga skattning av DLP-aktiviteterna förklara det låga förklaringsvärdet för behandlingsutfall jämfört med Chows studie - de lade inte ner tillräckligt stor ansträngning i aktiviteterna för att utvecklas. En annan förklaring skulle vara att deras subjektiva tolkning av mental ansträngning skiljde sig från terapeuterna i Chows studie och därför skattade de sig lägre. Detta kan ha med översättningen att göra. Cognitive effort översattes till mental ansträngning. Om mental ansträngning istället översattes till energi eller kraft som används för att utvecklas kan det tänkas ha gett andra svar. Effort har en aktiv och positiv innebörd jämfört med mental ansträngning som kan ha en negativ klang och inte nödvändigtvis fångar individens medvetna inriktning och agens vad gäller att utvecklas.

Att utvecklas som terapeut genom målmedveten läsning, ensamma aktiviteter eller diskussion

Vad gäller studiens andra hypotes fann studien inget samband mellan målmedvetna ensamma studier och läsning i syfte att utvecklas terapeutiskt, och behandlingsutfall. Däremot hittades ett samband mellan att målmedvetet diskutera psykoterapi och behandlingsutfall.

Chow (2014) pekar på att ensamma studier och inläsning genom DLP kan vara mer gynnsamt för erfarna psykologer än för studentterapeuter i början av sin karriär. Möjligtvis är diskussion en mer gynnsam aktivitet för studenter i denna utvecklingsfas. Att endast läsa om psykoterapi kan riskera att ge en teoretisk bild som inte omsätts i praktiken: hur ska terapeuten *göra* med vad den har läst? Vad gör andra terapeuter med liknande problem eller möjligheter kring terapi, vare sig en plötsligt försämrad klient, kritisk klient eller spontanläkt klient? Diskussioner med andra terapeuter i samma process i sin utveckling kan därför vara mer specifik och relevant för de behov som studentterapeuten har. Studentterapeuterna har gått igenom liknande gemensamma faser. Faserna har bl.a. varit att förstå klienternas problematik utifrån antingen ett KBT- eller PDT-perspektiv. Studenterna har kunnat diskutera specifika olika steg i dessa faser så som konceptualisering/fallformulering, användning av överföring och motöverföring, att felsöka förankring av hemuppgifter hos klienter, att planera och hålla en struktur för en session eller att hitta vägar att nå fram till klientens känsloliv.

Genom att diskutera dessa områden kan det tänkas att studentterapeuterna även får övning och nya tankar vad gäller den icke-verbala delen av psykoterapi på ett sätt som inte är möjligt vid läsning. Att pröva på olika fraser t.ex. och variera tonfall och kroppspråk för att öka effekten av terapeutiska interventioner såsom överföringstolkningar, validering eller belysning av alternativa synsätt. Eftersom psykoterapi är en interpersonell process kan diskussion därför vara ett gynnsamt sätt att knyta ihop dess teori och praktik.

Motivation

Hypotesen om att terapeuternas motivation till att utvecklas som terapeut och bedriva behandlingsarbete kommer att påverka terapeuternas behandlingsutfall kunde inte bekräftas.

En anledning till det kan vara att skalan inte innehöll en fråga om motivationen just till att utvecklas som terapeut. Chow (2014) hade ett stort formulär avsett att mäta motivation: *Motivation to Develop*. På grund av att denna studie inte är lika omfattande som avhandlingen den delvis replikerar (Chow, 2014), inkluderades inte det formuläret i studien. En egenkonstruerad skala skapades för att ändå täcka motivation, som är en viktig del av DLP. Frågan är om de items i motivationsskalan täcker alla delar av motivation. Det fanns en tydlig takeffekt - de flesta terapeuter skattade sin motivation som hög eller mycket hög.

Tidigare klienttimmar och relaterad erfarenhet

Hypotesen om att terapeuternas erfarenhet, mätt i tid, av psykoterapi- och psykologirelaterade erfarenheter innan påbörjat klientarbete kommer att påverka terapeuternas behandlingsutfall kunde enbart delvis bekräftas. En anledning till det kan vara att kvaliteten på den tidigare erfarenheten kan variera. T.ex. kan handledningen på en praktik vara betydligt mindre strukturerad än handledningen under klientarbetet. En del studenter kan ha haft för svåra klienter under sin praktik. Sådan erfarenhet kan vara mer skadlig än nyttosam, då det riskerar att sänka terapeutens självförtroende. Mängden utredningstimmar terapeuten bedrivit innan klientarbetet kanske inte är så relevant för behandlingsarbete. Den frågan skulle kunna snedvrیدا skalan.

En styrka är dock att studien har mätt relaterad erfarenhet i timmar och jämfört med behandlingsutfall. Det är den första DLP-studien inom psykoterapi som gör det. Flera andra DLP-studier uppskattar endast tidigare erfarenhet. Mer precisa erfarenhetsmått till framtida studier vore fruktbart.

Antalet högskolepoäng inom psykologi terapeuten läst innan psykologprogrammet var signifikant för behandlingsutfallet på åtta av skalorna, bland andra totalskalorna för CORE och IIP. Detta kan bero på att även fristående kurser kan innehålla praktiska moment som samtalsträning och klientkontakt. En annan möjlighet är att tidigare kurser ger en slags psykologisk allmänbildning som är till fördel senare under programmet. Flera fristående kurser innehåller teoretiska moment om psykoterapi och psykopatologi. Kunskap om diagnoser och olika sätt en människa eller en terapeut kan tänka, känna och agera kan vara nyttigt vid behandling. En tredje anledning kan vara att tidigare lästa kurser visar på en stor motivation och entusiasm för ämnet psykologi, som kan vara till nytta för behandlingsarbetet.

Grad av DLP-inriktad handledning

Denna studie hittade inget signifikant samband mellan psykoterapihandledningens grad av inriktning på DLP (och upplevda kvalité) och behandlingsutfall. Det kan däremot tänkas vara svårt att hitta detta samband om ingen av handledningsgrupperna är tillräckligt inriktade på målmedveten utveckling av terapeuternas utvecklingsområden. Det är inte troligt att någon av handledningsgrupperna hade den höga grad av fokus och systematik att utveckla terapeuterna på det sätt som DLP-ramverket förespråkar. Mer troligt är att handledningen fokuserat på gynnsamma behandlingsresultat. Även om handledning varit DLP-inriktad är det i sin tur inte nödvändigt att terapeuterna använt sig av handledningen för att öva sig målmedvetet och repetitivt i syfte att utvecklas.

En intressant fråga som berörts inom senare tids forskning, men som kräver vidare undersökning, är hur en optimal handledning kan utformas utifrån DLP-teorin. Viktiga komponenter i denna kan tänkas vara objektiva mått att bedöma terapeuternas utvecklingsområden, möjligtvis genom hög grad av skattningsformulär och videoinspelningar samt direkt återkoppling på dessa. Möjligtvis kan detta sätt att förhålla sig till inläring av psykoterapeutiska färdigheter, och DLP överlag, i dagsläget tilltala vissa psykoterapeutiska metodiker mer än andra - t.ex. lösningfokuserad terapi, KBT eller affektfokuserad ISTDP.

Tillägnande jämfört med upprätthållande av kompetens

Teorin om DLP har i mångt och mycket inriktat sig på DLP:s roll för att *upprätthålla* kompetens snarare än att tillägna sig den. Teori utgår från forskning om att IQ och andra förmågor spelar stor roll i början av inläring av en ny färdighet. Efterhand planar den skillnaden ut, i takt med att färdigheten automatiseras.

Översatt till denna studie innebär det att det blir viktigt att se i vilken fas studentterapeuterna kan bedömas ligga inom. Är de nybörjare, semi-professionella eller rentav experter? En del av terapeuterna hade innan termin sju bedrivit psykoterapi, till exempel under sin praktik. Mellan termin sju och tio bedrivs ungefär 80-100 timmar psykoterapi. Bedömningen görs att studenterna åtminstone inte är experter inom sitt fält. Det är troligt att de är i början av sin utvecklingskurva som terapeuter då antalet terapitimmar de har bedrivit är relativt låg.

Med tanke på att psykoterapi är en komplex färdighet är det inte orimligt att göra antagandet att det tar mer än 50 timmar att lära sig bedriva psykoterapi på en nivå som liknar

“den genomsnittlige terapeuten”. Därför finns det möjlighet att *andra* faktorer än DLP inverkar på studenternas behandlingsutfall. IQ och social kompetens är exempel på tänkbara faktorer.

Motivationen att bedriva psykoterapi, som mätt i denna studie, skattas uteslutande som hög eller mycket hög av terapeuterna. Den höga motivationen kan jämföras med DLP-teorin, som påstår att motivationen sjunker efter några års utbildnings och yrkeskarriär. Frågan är därför hur mycket av DLP-teorin som går att applicera på en studentkontext, när så pass låg spridning i motivation finns? Studentterapeuterna hade sannolikt inte kommit till en nivå när de “bara” utförde terapin på slentrian. Många terapeuter var nog medvetna om att de var i början av sin utveckling. Majoriteten hade inte bedrivit terapi förut. Därför är det inte orimligt att anta att de var mycket motiverade.

Skulle det inte räcka för dem att endast bedriva terapi med handledning utan DLP? Möjligheten kan inte uteslutas men DLP-teorin klargör trots det att DLP ändå kan spela roll även vid den tidiga inlärningsfasen av en förmåga. DLP kan sannolikt spela en liknande roll även för lågerfarna psykoterapeuter.

Denna studie replikerar delar av Chows studie (2014) om DLP för terapeuter. Den studien hittade en förklarad varians, om än låg (0,3 procent), för DLP i veckan på behandlingsutfall. Denna studie kunde inte hitta det. Förutom det betydligt lägre antalet klienter per terapeut, kan det faktum att Chow undersökte terapeuter med i genomsnitt åtta års *yrkeserfarenhet* - alltså utöver den erfarenhet de fick genom psykoterapiutbildningen - spela in. Studentterapeuterna i denna studie har ingen yrkeserfarenhet som legitimerade terapeuter och generellt ett mycket mindre antal bedrivna psykoterapitimmar. Det är möjligt att terapeuterna i Chows studie var mer lämpliga att undersöka utifrån ett DLP-perspektiv. Då ska ändå betänkas att den förklarade variansen för DLP i den studien likväl var låg.

Är DLP meningsfullt inom professioner?

Tidigare forskning på DLP har inte hittat något signifikant stöd för DLP:s inverkan på kompetens inom professioner. Samma metastudie fann att DLP spelade betydligt större roll för låg-komplexa färdigheter, jämfört med medel- och högkomplexa färdigheter. Psykoterapi är en profession och en tämligen komplex sådan. Därför ligger studiens nollresultat på huvudfrågan (hur mycket nerlagd DLP i veckan förklarar kompetens) generellt i linje med tidigare fynd.

Författarna till metastudien om DLP spekulerar att DLP:s icke-signifikans för

professioner kan bero på att DLP:s inverkan på professioner är en ny förekomst. Majoriteten av studier utförd på sport, spel och musik är betydligt fler. Därmed finns risken att DLP inte mätts på ett korrekt sätt inom just professioner. Formulären som tagits fram för DLP-aktiviteter relevanta inom ett visst område är mycket subjektiva. Möjligheten finns därför alltid att studier inom professioner, och inte minst psykoterapi, inte har identifierat alla aktiviteter som krävs för att utvecklas inom området. Inom psykoterapi finns det säkerligen andra aktiviteter än rollspel, samtalsträning, handledning och att läsa fallstudier som kan förbättra kompetensen. Undertecknade utvecklade Chows formulär genom att lägga till aktiviteter som processanteckningar. Andra togs bort. Denna bedömning av vilka aktiviteter som är viktiga för att förbättras inom psykoterapi är subjektiv.

Frågan bör ställas om DLP är lika meningsfullt för professioner? Att målinriktat träna och repetera kan möjligtvis, som tidigare forskning visat, vara mer gångbart inom enklare sysslor som löpning?

Många av de tidigare studierna inom DLP och professioner har haft ett mycket enkelt mått på DLP: hur många timmar i veckan en person lägger ner på att utvecklas. Det måttet riskerar att vara förenklat och inte få med alla viktiga aspekter av DLP. Möjligheten finns att DLP:s betydelse därför har över- eller underskattats. Denna studie inkluderar även motivation, tidigare erfarenhet och feedback-aspekterna av DLP. Utöver antalet lästa högskolepoäng inom psykologi (del av tidigare erfarenhet) gav ingen annan av skalorna för dessa tre aspekter något utslag för behandlingsutfall.

Metoddiskussion

Ingen kontroll av klienternas svårighetsgrad en brist. Chow (2014) kontrollerade för problemet med olika svårighetsgrad på klienterna. Därmed underlättades en jämförelse av terapeuterna. Denna studie har inte kontrollerat för svårighetsgraden, vilket får ses som en brist. Detta hade kunnat göras genom att undersöka klienternas skattning på CORE-OM Total och IIP Total på förmätningen. Ett annat sätt att bedöma svårighetsgrad hade kunnat vara att titta på klienternas skattningar av bakgrundsvariablerna de, utöver CORE och IIP, också skattade. Variablerna kan vara mycket relevanta för att bedöma svårighetsgraden i klientens problematik. Vissa av variablerna, som motivation till att gå i psykoterapi och intag av psykofarmaka, visade en mycket låg spridning. Majoriteten skattade sin motivation som hög eller mycket hög och tog

inte psykofarmaka regelbundet. Antalet år klienten har haft sina problem och huruvida klienten gått i terapi innan varierade dock avsevärt mer. En del klienter hade haft sina problem sedan förskoleålder medan andra endast upplevt dem ett halvår. En del hade haft terapikontakt förut - andra inte.

Dessutom kan många saker inträffa även *under pågående* terapi, vilket är betydligt svårare att kontrollera för. Klienterna fick i eftermätningen besvara en fråga om de varit med om något under det senaste året som påverkat dem starkt känslomässigt. Den frågan hade kunnat utgöra en kontroll för händelser under terapin - som belyst i stycket om common factors ovan spelar utomterapeutiska händelser (till exempel en nära anhörigs bortgång) och faktorer under terapin en minst lika stor roll för behandlingsutfallet som faktorer inom terapin. Denna kontroll för svårighetsgrad borde vara ett inslag i framtida forskning.

En anledning till studiens låga power avseende antalet klienter är att inga andra forskningsprojekt fanns tillgängliga i undertecknades närområde. Yrkesverksamma terapeuter har ett betydligt större antal klienter - den datan hade kunnat ge säkrare slutsatser.

Metodologiska problem för DLP inom psykoterapi

Varken Chows eller undertecknades formulär är normerat eller validerat. Inte heller några tidigare formulär inom DLP är normerade, validerade eller standardiserade. Det finns därmed en stor risk att formulären inte mäter det de säger sig mäta. Hur vet man att aktiviteterna som mäts räknas som DLP? Räcker det att de skattas högt av intervjupersoner som relevanta och ansträngande? Stämmer det överens med hur personerna verkligen utfört aktiviteterna? Utan standardisering riskeras den yttre validiteten. En sådan standardisering bör därför göras för att inte riskera att felaktigt räkna aktiviteter som DLP och därmed ge en felaktig bild av dess betydelse.

Den retrospektiva skattningen har också varit ett metodologiskt problem i denna studie, då den typen av skattning tidigare visats överskatta DLP:s betydelse.

Denna studie inriktade sig främst på *en* aspekt av DLP-formuläret för psykoterapi som togs fram av bland andra Chow och Ericsson. Chows formulär bestod av flera andra delformulär - bland annat fanns ett eget formulär om motivationen att utvecklas och ett om terapeuten tror att det går att utvecklas som terapeut. Denna studie har bara tagit ett av dessa DLP-formulär. Därmed blir det svårare att uttala sig om DLP:s roll för psykoterapi generellt. Egna skalor

(listade i resultatdelen) togs fram för att inte missa de viktiga aspekter av DLP som t.ex. motivation att utvecklas utgör. Frågan är dock om flera av dessa skalor utgör ett fullgott mått. Reliabiliteten, mätt i inre konsistens, i många av skalorna låg under godtagbar nivå. Återigen framkommer behovet av en framtida standardisering av DLP-skalor för psykoterapi.

DLP riskerar att mäta korrelation - inte kausalitet

Ytterligare problem med sättet att mäta DLP på är risken att förväxla korrelation och kausalitet. Att andelen målinriktad tid en person lägger ned i veckan har ett samband med terapeutisk kompetens, och andra prestationsmått, är inte detsamma som att andelen tid *påverkar* kompetensen. Andra förklaringar till resultat kan finnas - till exempel att terapeuter som är mer kompetenta lägger ner mer tid i veckan på att utveckla sig själv. En tredje variabel kan ligga bakom både den terapeutiska kompetensen och andelen DLP i veckan. Ett exempel på en sådan variabel kan vara motivation eller IQ.

Teorin är kognitiv - passar den för en profession som psykoterapi?

DLP bygger mycket på att undvika att automatiskt utföra ett jobb genom att lära sig nya saker (*göra* nya saker) som ska vara mentalt ansträngande. Frågan är huruvida denna kognitiva och beteendeorienterade modell av inläring passar ett så emotionellt yrke som psykoterapi? Det finns många emotionella aspekter av inläring och frågan är om DLP exkluderar vissa av dessa? Att undersöka kompetensutveckling enbart genom relevanta, ansträngande aktiviteter mätt i tid kan vara väl endimensionellt.

Hur önskvärt är en stor mängd DLP inom psykoterapi?

Andra viktiga emotionella aspekter som DLP inte tar upp speciellt mycket är den om emotionellt välbefinnande. Hur bra mår en individ av att lägga ner stor ansträngning på att förbättra sig själv? Tidigare forskning har visat att en viktig terapeutfaktor är terapeutens eget mående. Psykologer är dessutom en grupp som ligger rätt högt i förhållande till andra yrkesgrupper vad gäller utbrändhet. Chow (2014) rekommenderar att terapeuter som inte har lika bra resultat som sina kollegor av sin chef skulle kunna uppmanas att utföra mer DLP för att förbättra sin kompetens. Frågan är, om antagandet görs att terapeuter generellt är stressade, hur den uppmaningen går ihop med övrig arbetsbörda? Det finns ett stort vårdtryck - fler personer än

någonsin söker psykologisk hjälp. Mycket talar för att den utvecklingen kommer att fortsätta. Kan DLP ge initialt bra effekt men riskera att trötta ut personer som bedriver mycket DLP i längden? Skulle terapeuter som bedriver mer DLP kunna slita på sig och sitt välmående och därmed bli *sämre* terapeuter?

Förbluffande få av tidigare studier på DLP - undertecknade har inte hittat en enda - undersöker förhållandet mellan DLP och psykisk hälsa. Det finns åtskilliga exempel på hur talangfulla idrottare och musiker pressar sig själva, och pressas av sina föräldrar, att träna mycket. Vänner och fritid kan försakas och i längden äventyras den psykiska hälsan till förmån av ensamträning för att förbättra prestation.

Generaliserbarhet av fynd

En styrka i studien som underlättar generaliserbarheten är att mottagningens klienter har lika höga skattningar på CORE-OM som en klinisk population. Studien blir därför lättare att jämföra med Chows (2014). Frågan är om fynden kan översättas till andra studentkontexter - t.ex. andra utbildningsmottagningar inom psykoterapi. Klienternas svårighetsgrad på andra studentmottagningar är okänd för undertecknade.

Dessutom innehåller Chows studie bara en kortversion av CORE-OM - CORE-OM-10. Chow tar upp detta som en svaghet i studien och efterlyser mer rigorösa, heltäckande mått av symtom i framtida forskning gällande psykoterapi. Denna studiens datamaterial innehåller fullständiga versioner av CORE-OM och IIP samt ett tjugotal andra klientvariabler. Det kan spekuleras kring huruvida det knappa måttet av behandlingsutfall i den tidigare studien om DLP och psykoterapi överskattade DLP:s roll för terapeutisk kompetens.

En styrka i denna studie är det relativt sett höga antalet deltagande terapeuter. 52 av 130 terapeuter svarade på enkäten. Det är ett högre N-tal än avhandlingen denna studie delvis replikerar (Chow, 2014) och högre än en tidigare studie om terapeutfaktorer som gjordes på psykoterapimottagningen vid Lunds universitet, där 23 av 140 terapeuter svarade (Lilja, 2011). Det kan vara svårt att få terapeuter att ställa upp i forskning, möjligtvis av rädsla att bli bedömd.

Bortfallsanalysen visar inga skillnader mellan de två klientgrupperna i denna studie. Resultatet borde därför gå att generalisera till resten av terapeuterna på Lunds universitet. Det vore intressant att se om resultaten även kan generaliseras till en studentkontext i allmänhet.

Framtida forskning

Åtgärda metodologiska brister med DLP-begreppet. Fokus bör läggas på att precisera DLP-begreppet inom psykoterapi. Vad ingår i DLP? Utan en normering och validering av instrumentet riskerar olika forskare att använda sig av olika operationaliseringar. En studie mäter DLP som antalet timmar i veckan det läggs på en aktivitet, en annan inkluderar även motivationen, en tredje inkluderar utöver motivation även feedback och tidigare erfarenhet. Utan en systematisk utprovning av instrumentet, på en större grupp terapeuter, blir det svårt att dra slutsatser om DLP:s roll för psykoterapi. Egenkonstruerade skalors psykometriska egenskaper kan vara bristfälliga, som flera av skalorna i denna studie. En standardisering bör inrikta sig på att få med alla kompetenshöjande aktiviteter inom psykoterapi som kan vara relevanta. Aktiviteter kan variera med kontexten men likväl torde det finnas gemensamma nämnare för alla terapeuter och det bör undersökas vilka dessa är vid en standardisering.

Huvudfrågan, som brukar förklara varians i tidigare DLP-studier, bör ses över. Passar den i en psykoterapikontext? Är det lika relevant att träna ensam i ett interpersonellt yrke som psykoterapi som det är för t.ex. en violinist? Denna studie valde att inte begränsa frågan till ensamträning i veckan utan utvidgade den till *all* ansträngning i syfte att utvecklas som terapeut. Även ansträngningsaspekten av DLP bör ses över. Framtida studier borde fundera på huruvida huvudfrågan ska få terapeuter att enbart inkludera den tid lagd i syfte att utveckla sig som är *ordentligt ansträngande*? Denna studie använde inte de orden om ansträngning i huvudfrågan. Därmed kan det inte uteslutas att terapeuter som får en sådan fråga inkluderar *all* tid – även den som de inte ansträngt sig så mycket.

Denna studie mätte skattad relevans och mental ansträngning för terapistrelaterade aktiviteter. Svårigheter har funnits kring användningen av de måtten. Om en femma på mental ansträngning skattas – är det tillräcklig för att räkna tiden som DLP? Var går gränsen. Vidare forskning skulle just därför kunna inkludera en cut-off för varje aktivitet - om exempelvis aktiviteten skattas som under tre av tio på mental ansträngning eller relevans räknas den inte som DLP för den personen. Risken för sammanblandning mellan vad som är DLP eller ej ökar annars - rollen DLP har för psykoterapi därmed också.

Terapeuterna i denna studie skattade samtliga att de var mycket motiverade att bedriva psykoterapi. Det fanns en mycket tydlig takeffekt. Därmed finns risken att motivationsaspekten av DLP inte fångats upp. Framtida forskning skulle kunna använda ett mer välbeprövat sätt att

mäta motivation. Välbeprövade motivationsskalor borde användas.

Vidare kan kontroll för klienternas svårighetsgrad även *under* terapin vara ett bra inslag i framtida forskning. Om det går att ta reda på om något hänt klienterna under terapin blir det klarare huruvida terapeuten var hjälpsam eller om händelser orelaterade till terapin påverkat klientens mående. Med den kontrollen kan slutsatser om DLP:s roll lättare dras.

DLP-forskningen har som sagt inte lagt någon större vikt vid välmående hos utövarna. Fortsatt forskning på DLP och psykoterapi bör innefatta välmående som en komponent. Studierna bör vara av longitudinell karaktär - över flera år - för att undersöka DLP:s effekt på välmående även *på sikt*. Vissa hjälpsamma insikter om en terapiprocess en terapeut får kan dessutom komma när terapeuten inte är involverad i intensiv DLP. Det undermedvetnas roll, och vilans roll, bör inte åsidosättas.

Testa DLP experimentellt för att undvika tredjevariabelproblematik. Som nämnt under stycket *DLP riskerar att mäta korrelation – inte kausalitet* finns det en tredjevariabelproblematik. Blir terapeuter hjälpta av sin DLP eller är redan framgångsrika terapeuter nöjda och motiverade och lägger därför ner tid på DLP, som ändå kanske spelar så stor roll? En lösning på tredjevariabelproblematiken bör vara att inför en experimentell eller kvasiexperimentell design. Först då kan man med åtminstone viss säkerhet uttala sig om DLP:s roll för psykoterapi och andra professioner. Ett exempel på en kvasiexperimentell studie inom psykoterapi skulle kunna vara att ge DLP-aktiviteter till en viss grupp terapeuter medan en annan fortsätter som vanligt. En longitudinell design med många klienter per terapeut, och DLP-träning som pågår över lika lång tid (åtminstone ett par år), skulle bättre kunna belysa frågan *påverkar DLP terapeutisk kompetens?* En experimentell design skulle bättre kunna svara på om terapeuter verkligen utför DLP. Genom att ge DLP-aktiviteter till en grupp försvinner den stora osäkerheten kring terapeuternas skattningar. Frågan om vad som ska räknas som DLP eller ej blir enklare att besvara och mindre spekulativ.

Ett annat sätt att tydliggöra DLP kan vara att ändra mätningarna från retrospektiv till prospektiv karaktär. Dagliga mätningar av DLP-aktiviteter med exempelvis loggbok minskar risken för minnesförvrängningar.

Med tanke på det ringa fokuset på emotioner inom DLP-forskningen bör framtida studier av DLP försöka inkludera emotionella aspekter av inlärning. Vilka känslor är framträdande inom DLP? Stolthet och skam, nyfikenhet och glädje? För vems skull vill man utvecklas som terapeut

– är motivationen verkligen intern? Vilka är känslorna på kort och lång sikt och kan de möjligtvis mediera DLP:s roll? Dessa frågor bör ställas. Emotioner och reaktionsmönster är individuella, så framtida studier skulle kunna lägga in ett individperspektiv. DLP skulle kunna passa vissa individer och kulturer bättre än andra.

Framtida forskning kan undersöka hur en optimal psykoterapihandledning utifrån ett DLP-perspektiv kan utformas. Passar DLP t.ex. KBT-handledning bättre än psykodynamisk? Återigen framkommer behovet av att testa DLP experimentellt.

Vidare undersöka effekten av att diskutera psykoterapi. Ett av studiens två största fynd är att diskutera psykoterapi förefaller vara relaterat till behandlingsutfall. Framtida studier bör undersöka om detta fynd kan replikeras. Är det extra nyttigt för nybörjare inom psykoterapi att diskutera terapi, eller kan resultatet generaliseras till även medel- och högerfarna terapeuter? Vem terapeuten ska diskutera med kan undersökas vidare. Är det att diskutera med kurskamrater eller kollegor som utvecklar terapeuten eller ska diskussionen föras med handledare? Denna studies skala psykoterapidiskussion, inkluderade både items om diskussion med handledare och med kollegor. Framtida forskning skulle kunna separera dem för att klargöra sambanden närmare.

Vad som är verksamt i att diskutera psykoterapi borde också undersökas närmare. Är det att prata om sina egna klienter? I så fall kan diskussionen fungera som en slags förlängd handledning. Ett annat alternativ är att det är diskussionen om mer teoretiska inslag som fallformulering som kan ge en lågerfaren terapeut en viktig, betryggande grund att stå på inför mötet med klienten. Ett tredje alternativ är att diskussionen skulle kunna fungera som ett slags rollspel, där man får testa sina egna formuleringar genom att återge dem till en annan terapeut. Slutligen skulle diskussion kunna hjälpa för en terapeut för att få höra en annan terapeuts erfarenheter av liknande situationer inom terapi. Terapeuten blir validerad och nya lösningar på problem kan dyka upp. Oavsett vad som är verksamt bör det undersökas – kanske genom kvalitativa djupintervjuer med terapeuter. Där kan ett större ljus skina över vad de tror hjälper dem i att diskutera psykoterapi. Efter att möjliga verksamma faktorer i djupintervjuerna vaskats fram kan de sedan korreleras med behandlingsutfall och rentav testas experimentellt.

Vidare undersöka effekten av lästa högskolepoäng. Det andra fyndet är att antal tidigare lästa högskolepoäng korrelerade med behandlingsutfall. Framtida studier bör inkludera om det sambandet kan replikeras i andra studentkontexter. På samma sätt som med diskussionen av psykoterapi bör det undersökas *vad* det är i antalet högskolepoäng som skapar korrelationen till behandlingsutfall. Är det praktiska eller teoretiska inslag, exempelvis? Mer specifika mått på vilka kurser som lästs kan vara en väg att gå. Stora skillnader kan finnas mellan en kurs i psykopatologi och en i idrottspsykologi. Dessutom bör på terapeuten inkluderas i framtida studier. Det är möjligt äldre personer med mer livserfarenhet har hunnit läsa fler psykologikurser. En tredjevariabelproblematik finns således här. Genom en kontroll för ålder, som denna studie inte ville göra i syfte att bevara terapeuternas identitet, kan klarare slutsatser dras.

Korrelationen mellan diskutera psykoterapi och antal lästa högskolepoäng är än så länge endast en korrelation. Den är möjligt att terapeuter som mår bättre diskuterar mer – eller så är de mer utåtriktade eller socialt kompetenta. Kanske är det måendet och den sociala kompetensen som skapar behandlingsframgångar snarare än diskussionen i sig? Mer välmående terapeuter kanske också har den energi och tid som krävs för att läsa många kurser inom psykologi. Antal lästa högskolepoäng kan också vara relaterat till motivation och glädje inför psykologiämnet. Kanske är det energin och tiden eller motivationen till psykologi som skapar höga behandlingsutfall snarare än antal lästa högskolepoäng?

Kontroll för andra variabler bör alltså göras för att undersöka huruvida det är gynnsamt för en terapeuts behandlingsutfall att läsa kurser inom psykologi eller att systematiskt, regelbundet diskutera psykoterapi. Djupintervjuer kan vara ett inslag för att undersöka verksamma mekanismer. Att testa målmedveten, regelbunden diskussion av psykoterapi och kurser inom psykologi experimentellt är ytterligare en väg.

Framtida studier som jämför DLP och psykoterapi bör sträva efter att ha ett större antal klienter per terapeut. I en studentkontext kan detta bli problematiskt – ofta har terapeuter under utbildning ett mycket lågt antal klienter åt gången. Studier innefattande yrkesverksamma terapeuter åtnjuter inte samma problem. Bägge grupper bör inkluderas i framtida studier av DLP i en psykoterapikontext.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis finner denna studie samband mellan att som nybörjande terapeut målmedvetet diskutera psykoterapi, i syfte att utvecklas som terapeut, och behandlingsutfall. Studien belyser hur detta kan förklaras utifrån ett DLP-perspektiv. Framförallt poängteras att diskussion av psykoterapi kan vara mer individanpassat till terapeutens behov och ge tillfälle till övning av verbala och icke-verbala färdigheter vid psykoterapeutiska interventioner. Studien finner även att tidigare psykologiska studier på högskolenivå har ett signifikant samband med behandlingsutfall. Detta samband är svårare att förklara. Möjligtvis kan allmänbildning inom psykologi och vissa samtalstekniska kurser som förekommer på Lunds universitet vara verksamma faktorer.

Studiens största tillkortakommande är dess låga antal klienter per terapeut. Detta kan vara anledningen till att studien delvis inte förmår replikera de huvudresultat som dess föregångare lyckats; att de sammanlagda timmar som läggs en representativ vecka på att ensamt och målmedvetet utvecklas som terapeut kan förklara en del av variansen i behandlingsutfall. Denna studie har även brottats med att fånga DLP-begreppets essens i en psykoterapeutisk kontext, vilket i många avseenden skiljer sig markant från dess ursprung inom musik- och sportdomänerna.

Då DLP i högsta grad är nytt för psykoterapiområdet, men samtidigt allt mer uppmärksammat, finns det stor nytta och potential i att utveckla detta vidare. En väg framåt skulle vara att testa DLP experimentellt.

Referenser

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 231-33. doi:10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal Of Counseling Psychology*, 48(3), 251-257. doi:10.1037/0022-0167.48.3.251
- Altman, D., & Andersen, P. (1999). Calculating the number needed to treat for trials where the outcome is time to an event. *Bmj*, 319(7223), 1492-1495. doi:10.1136/bmj.319.7223.1492
- Andrews, G., Harvey, R. (1981), Does psychotherapy benefit neurotic patients? A reanalysis of the Smith, Glass and Miller data. *Archives of General Psychiatry* 38: 1203-1208.
- Bergin, A. E. & Garfield, S. L., (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York ; Chichester : Wiley, cop. 1994.
- Beutler, L. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 4(1), 44-52.
- Beutler, L. E., Williams, R. E., Wakefield, P. J., & Entwistle, S. R. (1995). Bridging scientist and practitioner perspectives in clinical psychology. *American Psychologist*, 50(12), 984-994. doi:10.1037/0003-066X.50.12.984
- Blatt, S. J., Sanislow, C. I., Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 64(6), 1276-1284. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1276
- Bordin, E. S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 16, 252-260.
- Chow, Daryl. (2014). *The Study of Supershrinks: Development and Deliberate Practices of Highly Effective Psychotherapists*. Ph.D. Curtin University, School of Psychology, Faculty of Health Sciences.
- Christensen, A., & Jacobson, N. S. (1994). Who (Or What) Can Do Psychotherapy: The Status and Challenge of Nonprofessional Therapies. *Psychological Science*, (1). 8.

- Colvin, G. (2009). Talent Is Overrated: What Really Separates World-Class Performers from Everybody Else. *Financial Executive*, 25(4), 13.
- Coté, J., Fraser-Thomas, J. (2005) Youth Sports: Implementing Findings and moving forward with Research, *Journal of Sport Psychology*, Vol. 4, 124-127.
- Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression, *Journal of Clinical Psychology*, Juny, 57 (3): 414-9
- Dubner, S., Levitt, S. (2005), *Freakonomics*, William Morrow
- Duncan, B., Miller, S., Wampold, B., Hubble, M. (2009). The heart and soul of change: delivering what works in therapy hardcover. Second edition. ISBN-10: 1433807092
- Elfström, M., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Carlsson, S., & Hakeberg, M. (2013). Validation of the Swedish version of the clinical outcomes in routine evaluation outcome measure (CORE-OM). *Clinical Psychology And Psychotherapy*, 20(5), 447-455. doi:10.1002/cpp.1788
- Ericsson, K. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition and maintenance of expert performance. *International Journal Of Psychology*, 31(3-4), 4661.
- Ericsson, K. (2004). Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. *Academic Medicine*, 79(10), S70-S81.
- Ericsson, K. (2014). Why expert performance is special and cannot be extrapolated from studies of performance in the general population: A response to criticisms. *Intelligence*, 45(1), 81-103. doi:10.1016/j.intell.2013.12.001
- Evans, C. (2000). CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation, *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 9, No. 3, 247-255, doi:10.1080/jmh.9.3.247.255
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S. & Pincus, A. L. (2002). IIP - Inventory of Interpersonal Problems, (svensk översättning). Stockholm: Psykologförlaget.
- Jastrzemski, T., Charness, N., & Vasyukova, C. (2006). Expertise and age effects on knowledge activation in chess. *Psychology & Aging*, 21(2), 401-405.
- Kraemer, H. C., & Kupfer, D. J. (2006). Size of Treatment Effects and Their Importance to Clinical Research and Practice. *Biological Psychiatry*, 59(11), 990-996.
- Löf, A., Rosendahl, V. (2010). Symtomförändring och tillfredsställelse i samband med psykoterapi (psykologexamensarbete, Lunds universitet, institutionen för psykologi).
- Macnamara, B., Hambrick, D., & Oswald, F. (2014). Deliberate Practice and Performance in

- Music, Games, Sports, Education, and Professions: A Meta-Analysis. *Psychological Science*, 25(8), 1608-1618. doi:10.1177/0956797614535810
- Mallinckrodt, B., Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 38, No. 2, 133-138.
- Robinson, L.A., Berman, J.S., Neimeyer, R.A. (1990) Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research, *Psychological Bulletin*, July, 108 (1): 30-49
- Rogers, C. R., & Dorfman, E. (2003). Client-centered therapy : it's current practice, implications and theory. London : Constable , 2003.
- Rosenthal, R, (1983). Assessing the statistical and social importance of the effects of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 4-13.
- Schulz, R., & Curnow, C. (1988). Peak Performance and Age Among Superathletes: Track and Field, Swimming, Baseball, Tennis, and Golf. *Journal Of Gerontology*, 43(5), P113.
- Shapiro, D.A., Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a Replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Simon, H.A., Chase, W.G. (1973) Perception in Chess, *Cognitive Psychology*, Vol. 4 (1973), 55-61
- Sonnentag, S., & Klein, B. (2000). Deliberate practice at work: A study with insurance agents. *Journal Of Occupational And Organizational Psychology*, 73(1), 87-102.
- Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced?. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 63(2), 182-196. doi:10.1037/0022-006X.63.2.182
- Valentin, D., Pichon, M., De Boishebert, V., & Abdi, H. (2000). What's in a Wine Name? When and Why Do Wine Experts Perform Better Than Novices?. *Abstracts Of The Psychonomic Society: 41St Annual Meeting*, 539. doi:10.1037/e501882009-257