

# ”Jag tänker ju aldrig i termer av motivation för jag tycker att – asså det är ett så yvigt ord som inte säger så mycket”

En diskursanalys av hur åtta psykologer pratar om patienters behandlingsmotivation

Olle Jurelius

Psykologiska institutionen/Department of Psychology  
Examensarbete 30 hp /Degree 30 HE credits  
Psykologi/Psychology  
Psykologprogrammet (300 hp)/Psychologist program  
(300 HE credits)  
Höstterminen/Autumn term 2019  
Handledare/Supervisor: Lena Låstad och Per Carlbring  
English title: ”I never think in terms of motivation because I think it’s such a wobbly word that doesn’t say that much”. A discourse analysis of eight psychologists’ talk of treatment motivation



Stockholms  
universitet

”JAG TÄNKER JU ALDRIG I TERMER AV MOTIVATION FÖR JAG TYCKER ATT –  
ASSÅ DET ÄR ETT SÅ YVIGT ORD SOM INTE SÄGER SÅ MYCKET”  
En diskursanalys av hur åtta psykologer pratar om behandlingsmotivation

Olle Jurelius

Behandlingsmotivation är ett svårfångat men viktigt begrepp för att förstå patientens förändringsprocess i psykoterapi. I denna studie användes diskursanalys för att undersöka hur verksamma psykologer pratar om behandlingsmotivation. Den text som analyserades bestod av transkriberingar av individuella intervjuer med åtta psykologer som arbetar med kognitiv beteendeterapi (KBT). Med utgångspunkt i Norman Faircloughs definition av diskursbegreppet analyserades hur talet skapar konsekvenser för terapeut, patient och deras gemensamma relation. Särskilt fokus lades vid hur större övergripande diskurser såväl som små formuleringar på lingvistisk nivå innebar att ramar sattes för vilken plats behandlingsmotivation får samt vilka subjektpositioner terapeut och patient har möjlighet att inta utifrån olika diskurser. Flera olika definitioner av behandlingsmotivation trädde fram vilket även gav unika konsekvenser. Särskilt syntes hur en New Public Management- och en evidensdiskurs tycks innebära ett begränsat handlingsutrymme för såväl terapeut som patient där KBT ses som ett solitt paket eller rentav medicin med liten plats för flexibilitet. Denna diskurs ger konsekvensen att terapeuten får svårigheter att inta en subjektposition där hen tar ansvar för patientens behandlingsmotivation – istället ses det som att patienten på egen hand måste vara ”redo” då hen söker sig till mottagningen.

Nyckelord: Behandlingsmotivation, KBT, diskursanalys, Norman Fairclough, subjektposition, diskurs

Att patientens behandlingsmotivation skulle vara en verksamt faktor i psykoterapi är inte en särskilt kontroversiell uppfattning även om forskning visar spridda resultat. När det kommer till kognitiv beteendeterapi (KBT) har särskilt initial motivation, det vill säga patientens motivation inför behandling, visat sig kunna predicera utfall (Huppert et al., 2006; Keeley et al., 2008). Annan forskning visar att upp till 80% av de som inleder behandling inte är beredda att hänge sig åt de behandlingsmål som sätts (Prochaska, Norcross & DiClemente, 2013). Dessa siffror antyder att det är vanligt att terapeuten står inför utmaningen att få patienten att engagera sig i behandlingen. Bilden är dock inte glasklar då det även finns studier som misslyckats med att identifiera motivation och förväntningar på behandling som signifikanta prediktorer för utfall, till exempel vid behandling av tvångssyndrom (Vogel et al., 2006).

De mätinstrument som använts för att undersöka behandlingsmotivation har ofta handlat om motivation inför behandling; till exempel Nijmegen Motivation List (NML; Keijsers et al., 1999) som är en självskattningsskala patienten fyller i vid start av psykoterapi. Poäng på NML har visat sig korrelera med behandlingsutfall och avhopp. Skaparna av NML föreslår att motivation till behandling är det första steget i en patients förändringsprocess (ibid.). NML är alltså ett tydligt exempel på när behandlingsmotivation konceptualiseras som ett konstrukt eller tillstånd som är aktuellt och verksamt *inför* att en patient behandlas. Genom att undersöka motivation ur aspekterna ”inför” och ”förväntningar på behandling” missas dock möjligheten att se behandlingsmotivation som ett flexibelt tillstånd som formas över tid och som i hög grad färgas av dynamiken mellan patient och terapeut. Ett undantag när det kommer till

mätinstrument är dock Readiness to Change Questionnaire (Rollnick et al., 1992). Detta formulär syns främst i missbruksbehandling och har en stark koppling till Motivational Interviewing (MI) snarare än traditionell KBT. MI är även det välkänt för att ha använts med stor framgång i missbruksbehandling (Hettema, Steele & Miller, 2005). Det har dock blivit vanligare att använda MI i kombination med KBT-behandling - antingen inför eller då patienten upplevs ambivalent i pågående behandling (se t.ex. Moyers & Rollnick, 2002; Westra, 2004).

Utgångspunkten för den här studien är att undertecknad tycker sig ha noterat ett glapp mellan teoretisk - eller socialt uttryckt - syn på motivation och faktiskt förhållningssätt i praktiken bland verksamma KBT-psykologer. Att motivation är ett flexibelt och kontextberoende tillstånd håller nog de flesta psykologer med om, alltså får detta inte en naturlig plats i många terapimetoder. Genom den KBT-utbildning jag fått på psykologprogrammet - men även utifrån erfarenheter av att jobba i psykiatri - upplever jag att idén om motivation som föränderlig och påverkbar tenderar att glömmas bort i den kliniska vardagen. Då behandlingsmotivation nämns alluderas ofta till föreställningen om en dikotomi: behandlingsmotiverad och inte behandlingsmotiverad. Att som kliniker uttrycka sig i termer av behandlingsmotiverad respektive inte behandlingsmotiverad representerar inte bara idén om en dikotomi. Det antyder även att behandlingsmotivation är en inneboende och statisk egenskap hos patienten. Detta riskerar att terapeuten avsägar sig ansvar och istället avslutar, alternativt undviker att påbörja, behandling av de patienter som bedöms vara "omotiverade".

Trots att motivationsförändring är ett centralt mål i psykodynamisk terapi (t.ex. Luborsky & Crits-Christoph, 1998) har det även i denna terapiform, i ett historiskt perspektiv, funnits forskare som ser på motivation mer som en inneboende egenskap än ett tillstånd. På 1970-talet utvecklades, av psykodynamiker, flera verktyg med syfte att bedöma behandlingsmotivation (Keithly, Samples & Strupp, 1980; Kernberg et al., 1972; Sifneos, 1975). Här definierades behandlingsmotivation utifrån variabler som: nyfikenhet att förstå sig själv, önskan att förändras, beredskap att göra uppoffringar, introspektion och grad av autonomi. Behandlingsmotivation utifrån dessa verktyg sågs inte som ett föränderligt tillstånd utan snarare som ett karaktärsdrag. Syftet med att undersöka patienternas motivation var ett sätt att avgöra vilka patienter som hade potential att vara hjälpta av psykodynamisk behandling. Vid denna tid riktades från flera håll kritik mot att dessa verktyg användes för att undersöka patienters psykologiska välfungerande snarare än deras motivation att genomgå behandling (Appelbaum, 1972; Rosenbaum & Horowitz, 1983). På 1990-talet utvecklades i Tyskland ett nytt instrument kallat Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD) vilket syftar till att genom intervju diagnostisera patienter men även bedöma dessas förutsättningar och motivation för behandling. Det sistnämnda syftar till att planera fortsatt behandling. Således bidrar OPD, i denna aspekt, till att inom psykodynamisk terapi erbjuda ett strukturerat sätt att utvärdera patientens förutsättningar och att sedan som terapeut anpassa sig efter detta snarare än att stämpla en patient som "omotiverad" (OPD-2 Task Force, 2008).

Sedan 1980-talet har flera specifika motivationsteorier utvecklats som har utgångspunkten att motivation är ett flexibelt tillstånd. De senaste decennierna har framför allt två teorier varit inflytelserika: Transtheoretical Model of Change (Prochaska & Velicer, 1997) och Self-Determination Theory (Ryan & Deci, 2000). Både Transtheoretical Model of Change (TTM) och Self-Determination Theory (SDT) definierar motivation som ett flexibelt och kontextberoende tillstånd. De har båda dessutom applicerats i psykoterapiforskning (t.ex. Krebs et al., 2018 och Ryan & Deci, 2008), särskilt TTM då den teorin explicit ämnar förklara processen bakom beteendeförändring. Då båda teorierna appliceras på psykoterapi betonas

vikten av att individanpassa och att som terapeut ta ansvar för utvecklingen av motivation. En tydlig skillnad mellan teorierna är att TTM presenterar motivation som en linjär utveckling som går genom fem stadier medan SDT pratar om olika typer av motivation. TTM har ett explicit fokus på beteendeförändring som slutstation (tekniskt sett är vidmakthållande det femte och sista stadiet) vilket är målet för alla former av KBT-behandlingar. Trots sina olikheter medför både SDT och TTM möjligheter att diskutera terapeutens roll i motivationsprocessen.

### *Self-Determination Theory och psykoterapi*

Self-Determination Theory (SDT) utvecklades av Richard Ryan och Edward Deci och har som utgångspunkt att beskriva motivation inte utifrån styrka eller mängd utan som ett mångbottnat konstrukt med kvalitativa skillnader mellan olika typer av motivation (Ryan & Deci, 2000). SDT identifierar två huvudtyper av motivation: inre och yttre. Dessa organiseras sedan i flera subgrupper. Inre motivation är när en aktivitet utförs för att den är meningsfull i sig själv medan yttre motivation, i korthet, handlar om att drivkraften är kopplad till att nå ett visst resultat. Centralt i SDT är även idén att människans motivation är starkt kopplad till tre basala behov: autonomi, kompetens och samhörighet.

Ett sätt att beskriva de olika formerna av inre och yttre motivation är att utgå ifrån en patient som söker psykoterapi. En människas motiv att inleda terapi kan vara många, och utifrån SDT ses det som att motiven rör sig på ett kontinuum av autonomi. I fallet psykoterapi blir det därför viktigt att patienten internaliserar målet med terapin för att det ska anses vara drivet av inre motivation. Yttre motivation delas upp i fyra subgrupper. Begreppen saknar svenska översättningar varför de engelska orden kommer användas. Den första är *external regulation* som i psykoterapi skulle innebära att patienten söker behandling eftersom hen är tvingad av externa faktorer. Typiska exempel är barn, kriminella och missbrukare. *Introjected regulation* skulle exempelvis innebära att patienten söker på grund av ett "borde". Det kan vara drivet av skuld känslor eller önskan om social acceptans. *Identified regulation* innebär att patienten identifierar med mål och självständigt söker förändring. Önskan om förändring är medveten och bedöms som viktig för en själv. Uppfattningen om vad och vem som påverkar förändringen (på engelska *perceived locus of causality*) är dock fortfarande fokuserad på terapeutens ansvar. *Integrated regulation* är när behandlingsmålen går hand i hand med patientens alla värderingar och patienten ser sig själv som ytterst ansvarig. Enligt SDT klassas alltså även denna sistnämnda subgrupp som yttre motivation. En äkta inre motivation skulle istället innebära att patienten genomför terapin med fullständig öppenhet och intresse i vad som kan hända. Det finns också en grad av njutning eller tillfredsställelse med aktiviteten. Som vi ser rör sig dessa former av motivation på ett spektrum vad gäller självständighet. Ju mindre självständig motivation, desto mindre engagemang i terapi och sämre prognos för ihållande effekter. Självständig motivation antas moderera hur viktig patienten tycker behandlingen är och hur distraherad hen blir. Även vilja att kämpa på, depressiva symtom och livskvalitet tros påverkas av detta (Pelletier, Tuson & Haddad, 1997).

Till skillnad från de motivationsverktyg från 1970-talet som nämndes tidigare så ses psykoterapipatientens motivation, utifrån Self-Determination Theory, som något som i hög grad beror på dynamiken mellan patient och terapeut. Terapeuten ställs rentav ansvarig för att skapa förutsättningar att klienten uppnår ett tillstånd av autonomi, vilket Ryan och Deci är tydliga med när de applicerar SDT på psykoterapi (2008). Denna autonomi skapar förutsättningar för en inre motivation vilket i sin tur har visat sig ge mer ihållande effekter av behandling (ibid.). Ryan och Deci argumenterar för att en viktig fråga är huruvida terapeuten arbetar för att skapa autonomi hos patienten eller om hen är fast i tanken att skapa specifik beteende-förändring. Denna utgångspunkt är till viss del en kritik av KBT-manualer vars

påstådda stelbenthet anses fostra icke-flexibla terapeuter. Ett alltför stort fokus på - på förhand bestämda - mätbara beteendeförändringar gör det svårt att som terapeut vara lyhörd och individanpassa behandlingen, menar Ryan och Deci. KBT:s snabba framväxt de senaste decennierna har byggt på gedigen forskning som utmynnat i evidensbaserade behandlingsmanualer; dessa behandlingsmanualer syftar främst till att ge mätbara beteendeförändringar. Vad som däremot lagts mindre fokus på är att utveckla evidensbaserade teorier som förklarar förändringsprocesser; vilket även är en kritik som riktats från dessa specifika motivationsforskare (Ryan & Deci, 2008). Ryan och Deci går till och med så långt som att säga att en terapeut som vill främja autonomi hos sin patient måste släppa tanken på ett specifikt utfall. De utvecklar sitt resonemang såhär:

Autonomy-support entails therapists facilitating the process of clients organizing and self-regulating their actions, rather than imposing the therapists' agendas or values on them, and it involves aiding the clients in understanding their experiences and taking responsibility for new behaviors. It is in such a nonjudgmental and noncontrolling atmosphere that SDT assumes people are most apt to make choices and changes in the direction of health (sid. 188).

#### *Transtheoretical Model of Change och psykoterapi*

Transtheoretical Model of Change (TTM) skiljer sig alltså från SDT genom att konceptualisera motivation som ett framväxande tillstånd genom olika stadier - med beteendeförändring som mål.

Det första stadiet kallas *omedvetandestadiet* (på engelska *precontemplation*) och innebär att individen saknar en intention till förändring inom den närmaste framtiden. En patient i detta stadie anses vara mer eller mindre omedveten om sina problem medan det däremot kan vara tydligt bland personer i hans närhet. En patient som inleder psykoterapi i denna fas gör det i regel på grund av extern påverkan. Det kan vara en anhörig som trycker på eller myndigheter som ställer krav. Således liknar detta stadium de två typerna *external* och *introjected regulation* från SDT.

*Begrundandestadiet* (på engelska *contemplation*) är nästa stadie vilket innebär att patienten skriver under på att ett problem finns. Hen har också en viss önskan om att förändra detta - men en genuin intention att skrida till verket saknas. Karaktäristiskt för detta stadie är att patienten håller fast vid positiva föreställningar om hans problembeteende. Vid depression kan det innebära att patienten har en idé om att hen behöver hålla sig hemma för att inte bli besviken på hur världen utanför ter sig, eller att grubbla för att det hjälper en att förstå depressionen. För en patient med generaliserat ångesttillstånd (GAD) är det vanligt med en övertygelse om att oron är funktionell och förhindrar oönskade saker från att inträffa. En annan utmaning för patienter i *begrundandestadiet* är att dessa personer ofta har en idé om att det skulle kräva stor energi och vara svårt att lyckas förändra beteendet. Därav beskrivs stadiet alltså som att det finns tankar om förändring men att det saknas ett åtagande att förena detta med faktisk beteendeförändring.

Det tredje stadiet kallas *förberedelsestadiet* (på engelska *preparation*) och innebär att intentionen blir mer konkret och riktad mot försök till beteendeförändring. Patienter i detta stadie har för avsikt att skrida till verket och påbörja förändring inom en månad. Under tiden görs små justeringar vilket innebär att förändring i viss mån kan ha påbörjats.

*Handlingsstadiet* (på engelska *action*) är, som namnet antyder, det stadie där patienten modifierar sina beteenden och miljön omkring sig i syfte att bli kvitt sina problem. Även om beteendeförändringar kan ha syns även i tidigare stadier så är det vanligtvis här som de blir som mest overta och tydliga för omgivningen. Krebs och kollegor (2018) menar att detta stadie ofta misstas för att vara *hela* förändringsprocessen och att det är av vikt att ge plats även åt de tidigare stadierna. Dessa forskare förespråkar alltså att konceptualisera beteendeförändring som en process där de tidigare stadierna har en naturlig plats vilket öppnar upp för mer förståelse och flexibilitet som behandlare.

Det femte och sista stadiet kallas *vidmakthållandestadiet* (på engelska *maintenance*) och innebär att patienten jobbar för att upprätthålla och stabilisera beteendeförändringen. Stadiet innebär även att se över och värdesätta de positiva aspekter som det nya beteendet medfört vilket alltså står i kontrast till de positiva föreställningar om problembeteendet som kan finnas framför allt i de två första stadierna.

Tidigare skrev jag att TTM utmärker sig genom att den presenterar idén om en linjär utveckling - detta är en sanning med modifikation. Skaparna av modellen uttrycker att även om detta är hur förändring antas ske i teorin så är det i praktiken vanligare att denna linje har formen av en spiral (Prochaska, Norcross & DiClemente, 2013). Det är vanligt att patienter rör sig fram och tillbaka i stadierna vilket terapeuten därför bör vara förberedd på (Krebs et al., 2018). Prochaska och kollegor (2013) resonerar om hur ett återfall ofta resulterar i att patienten känner sig misslyckad med känslor som skam och skuld. Därmed, menar de, sjunker tron på den egna förmågan och som ett resultat av detta återgår patienten till det första stadiet: omedvetandestadiet. TTM i allmänhet och detta resonemang i synnerhet presenterar behandlingsmotivation som ett föränderligt tillstånd. Att utgå ifrån att en patient kan gå fram och tillbaka i sin motivation, eller förändringsprocess som TTM ju egentligen kallar det, får inte alltid en naturlig plats i många KBT-manualer som ofta har ett tydligt handlingsfokus (för att tala TTM-språk). I en metaanalys av effekter vid TTM-applikerad psykoterapi resonerar Krebs och kollegor (2018) bland annat om just detta. De menar att terapeuter måste akta sig från att bemöta alla patienter som vore de i handlingsstadiet:

Beware treating all patients as though they are in action. Professionals frequently design excellent action-oriented treatments, but then are disappointed when only a small percentage of clients seek that therapy. The vast majority of patients are not in the action stage, and thus offering only action-oriented programs are likely underserving or mis-serving the majority of their target population. The recommendation is to move from an action paradigm to a stage paradigm. (sid. 1977).

### *Syfte och frågeställning*

Behandlingsmotivation är bevisligen ett viktigt men svårfångat konstrukt där definitioner varierar. Syftet med denna studie är att undersöka hur ett antal psykologer beskriver och resonerar kring detta koncept. För att svara på studiens övergripande syfte har två specifika frågeställningar formulerats:

1. Hur definieras behandlingsmotivation?
2. Vilka konsekvenser får detta? Det vill säga (i) vilka subjektpositioner framträder, (ii) vad blir terapeutens och patientens handlingsutrymme, samt slutligen (iii) vad blir behandlingsfokus?

## **Metod**

### *Undersökningsdeltagare*

Jag har intervjuat åtta verksamma psykologer. Tanken från början var att samtliga skulle rekryteras genom en förfrågan i Facebook-gruppen "Psykologer" - en sluten grupp med ca 7500 medlemmar (där flertalet är legitimerade psykologer eller psykologer under utbildning). Enbart en person svarade på denna förfrågan. Övriga sju deltagare rekryterades således på andra sätt. Undertecknad mailade ett 60-tal enhetschefer på vårdcentraler och öppenvårdmottagningar i Stockholm, Göteborg och Malmö. Tre deltagare rekryterades på detta vis. Övriga fyra deltagare rekryterades genom att undertecknad publicerade en offentlig förfrågan på sin privata Facebook-profil. Därefter delades detta inlägg av diverse personer i undertecknads vänskapskrets. En av deltagarna var för undertecknad bekant sedan innan. Se Bilaga 1 för den förfrågan som publicerades.

Inklusionskriterium var KBT-psykologer som regelbundet behandlar depression. Detta då KBT-behandling för depression generellt har som huvudmål att patienten ska bli mer aktiv i sitt liv. Detta kallas beteendeaktivering och innebär kortfattat att bryta den passivitet som anses vidmakthålla depressionen genom att låta patienten komma i kontakt med fler positiva förstärkare (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001). Vanligt är att depressionspatienter resonerar att de måste må bättre *innan* de kan förändra sitt liv vilket är en motpol till KBT-terapeutens övertygelse att beteendeförändring föregår förändring i mående. Således tros depressionsbehandlingar innebära förutsättningar för svårigheter att balansera mellan terapeutens och patientens agenda vilket anses vara intressant ur ett motivationsperspektiv. Erfarenhet av Motivational Interviewing (MI) var exklusionskriterium då denna metod explicit går ut på väcka klientens inre motivation för förändring (Hettema, Steele & Miller, 2005). Initialt var även tanken att exkludera psykologer med erfarenhet av Dialektisk beteendeterapi då även detta är en metod där terapeuten, om än på ett annat sätt än i MI, arbetar explicit med patientens motivation (Linehan, 1993). Detta exklusionskriterium övergavs på grund av svårigheter att rekrytera ett lämpligt antal deltagare. Psykologer som enbart arbetade i privat regi exkluderades. Det tros finnas en större utmaning kring behandlingsmotivation inom primärvård och psykiatri än hos patienter som frivilligt betalar för att träffa en privatpraktiserande terapeut vilket i regel innebär en betydligt större kostnad. Detta antas göra att terapeuter inom primärvård och psykiatri har större erfarenhet av att träffa patienter med bristande motivation varför det blir mer intressant att höra dessas resonemang. Initialt var tanken att samtliga deltagare skulle arbeta i primärvården då dessa generellt förväntas kunna behandla patienter med mindre komplex problematik och där det görs snabbare framsteg. Dessutom var tanken initialt att samtliga deltagare skulle vara legitimerade psykologer utan specialist- eller psykoterapeututbildning. Likt frågan om DBT-kompetens innebar rekryteringssvårigheter att dessa två kriterier övergavs och således är deltagarna en mer heterogen skara, när det kommer till typ av arbetsplats och utbildning, än vad som från början var tanken. Bland de intervjuade finns därför ett spann som sträcker sig från primärvård till specialistpsykiatri med särskilt uppdrag att behandla komplex problematik. Dessutom finns stora skillnader i utbildning och arbetserfarenhet - från pågående PTP-tjänst till deltagare som arbetat i över 20 år. Denna uppsats har *inte* en jämförande ansats varför dessa skillnader inte analyseras annat än vissa resonemang om hur organisatorisk kontext eventuellt påverkar hur respondenterna pratar om behandlingsmotivation (se avsnitt Kontextuella faktorer och behandlingsmotivation).

### *Procedur*

Fem intervjuer genomfördes som faktiska träffar varav tre på deltagarens arbetsplats och två i undertecknads hem. Resterande tre intervjuer genomfördes via Skype. De fem intervjuerna där undertecknad träffade respondenterna spelades in via ljudupptagning. Vid Skype-intervjuerna

spelades både ljud och video in (på grund av svårigheter att hitta inspelningsmöjlighet för enbart ljud). Vid transkribering användes ej video-material.

Intervjuerna pågick mellan 40 och 60 minuter och var semistrukturerade. Denna form av intervju valdes för att ha större frihet att kunna ställa följdfrågor kring individuella respondenters resonemang. Dessutom medför semistrukturerade intervjuer att det finns möjlighet till en iterativ förändringsprocess där olika trådar och diskurser som framkommit i tidigare intervjuer explicit kan föras in i nya intervjuer (Bryman, 2011). För att kunna kontrollera intervjuens styrfart och riktning valdes detta framför en ostrukturerad intervjuform. Intervjun var uppdelad i två delar där den första var avsedd att hämta information om personens utbildnings- och yrkeserfarenhet. Särskilt fokus lades på att personen fick berätta om sin nuvarande arbetsplats och dennes uppgifter där. Även frågor om vårdflöde och organisationsstruktur delgavs. Denna del varade generellt 5-10 minuter. Huvudsyftet med detta var att dels få en överblick av respondentens teoretiska bakgrund och arbetsmetod, men framför allt för att få en förståelse av den organisatoriska kontext hen verkade i. Resterande tid gick åt till att deltagaren svarade på frågor om behandlingsmotivation. Dessa frågor rörde sig mellan att definiera behandlingsmotivation och att ge exempel på hur det tar sig uttryck i respondentens kliniska vardag. Detta hade syftet att dels söka explicita beskrivningar men att även låta mer implicita definitioner och perspektiv träda fram. Se intervjumall (Bilaga 2) för exempel.

Intervjuerna transkriberades utifrån en förenklad version av Jefferson-systemet (Jefferson, 2004). Se Bilaga 3 för beskrivning av tecken och symboler som förekommer i utdragen. I utdragen är samtliga deltagare anonymiserade genom att de genomgående kallas för terapeuten eller respondenten. Detta anses gå hand i hand med idén inom diskursanalys att tona ner individens roll och att istället låta språket stå i fokus (Svensson, 2019).

### *Analysmetod*

Genom diskursanalys undersöktes hur terapeuterna pratade om behandlingsmotivation. Att använda diskursanalys innebär, i jämförelse med många andra kvalitativa metoder, ett förhållandevis löst ramverk. Det brukar sägas att det inte finns något exakt recept för hur diskursanalys bör göras (Bergström & Boréus, 2005; Gee, 2014; Svensson, 2019; Winther Jørgensen & Phillips, 2000). Däremot finns förstås grundläggande idéer och tillvägagångssätt som är specifikt kännetecknande för diskursanalys. Vetenskapsteoretiskt vilar diskursanalys på en socialkonstruktivistisk grund vilket innebär ett antagande om att vår sociala verklighet och förståelse av världen är skapad av de människor som befinner sig i den (Gergen, 1985). Detta ställs i stark kontrast mot essentialism och idén om att saker och ting besitter inneboende egenskaper. Socialkonstruktivism, och därmed även diskursanalys, innebär att målet inte är att försöka finna objektiva fakta vilket gör att det också skiljer sig från positivism. Vidare medför diskursanalys en syn på språk som handlingar. Detta innefattar att språkliga utsagor anses vara performativa vilket innebär att de inte enbart är beskrivningar av en verklighet, utan att utsagorna även är med om att skapa denna verklighet. Språk ses således inte bara som information, utan språket åstadkommer saker. Således bedöms diskursanalys vara ett passande val av analysmetod för att undersöka hur behandlingsmotivation beskrivs samt vilka konsekvenser dessa utsagor får (sociala, politiska och materiella).

Diskursanalys innebär alltså att människors prat eller föreställningar inte ses som en spegling av en sann värld. Således ämnade jag *inte* att i denna studie försöka hitta en sann definition av motivation. Syftet var heller inte att resonera huruvida respondenternas definitioner är rimliga eller om deras utsagor stämmer.



I frågeställningen nämndes ordet subjektposition. Detta är ett centralt begrepp inom diskursanalys som skulle kunna likställas med ordet roll eller social identitet. Genom språket positionerar sig människor och skapar utgångslägen som medför att vissa handlingar möjliggörs medan andra omöjliggörs (Winther Jørgensen & Phillips, 2000). Att etikettera olika uttalanden utifrån begreppet subjektpositioner har inte syftet att kategorisera människor. En person träder ständigt in och ut ur olika subjektpositioner. Detta brukar uttryckas som att subjektet blir överdeterminerat i och med att flera diskurser kolliderar och skapar en konflikt. Detta är ofrånkomligt och medför att det inte finns något "sant jag" (ibid.). Istället används alltså begreppet subjektposition för att se hur människor på ett flytande vis, genom talet, positionerar sig med hjälp av rådande diskurser.

Jag nämnde nyss att det saknas ett bestämt tillvägagångssätt vid diskursanalys. Det finns trots allt olika förgreningar inom diskursanalys som innebär vissa skillnader i metod och mål. Denna uppsats följer i mångt och mycket kritisk diskursanalys så som det definierats av Norman Fairclough (2010). En betydande skillnad är dock att denna uppsats inte har som övergripande mål att blottlägga orättvisor och maktstrukturer, varför den inte bör kallas *kritisk* i egentlig mening. Då detta syfte inte delas med Fairclough används heller inte hans tredimensionella modell. Flera av Faircloughs idéer är dock närvarande i föreliggande studie så som definitionen av diskursbegreppet och att analysera diskurser från mikro- till makronivå. Fairclough själv beskriver att en diskurs är då språk används på ett avgränsat sätt som en social handling, och att det är ett specifikt sätt att uttrycka sig kring ett visst fenomen (ibid.). Fairclough menar även att diskurser utgör, producerar och reproducerar sociala identiteter och relationer.

En diskurs enligt denna definition [Faircloughs] består av en uppsättning begrepp, kategorier och metaforer som av någon anledning fått stort genomslag under en viss tidsepok, och som har kommit att få politiska och materiella effekter för enskilda individer och grupper (Svensson, 2019, sid. 54).

I denna återgivning av Faircloughs definition ser vi hur diskursbegreppet dels lyfts till en högre samhälls nivå och knyts till samtiden, dels att diskurser ger konsekvenser på individnivå. Denna definition används alltså i den aktuella uppsatsen, vilket återspeglas redan i frågeställningarna då konsekvenser av olika diskurser kring behandlingsmotivation studeras. Ytterligare en influens från Fairclough är att föra in begreppen ideologi och institution vilka ses som mer rigida än diskurser. Här finns en tydlig maktaspekt, något som "står över" diskurser och starkt influerar dessa. Subjektpositioner, som beskrevs ovan, används kanske särskilt inom den förgrening av diskursanalys som kallas diskursteori vilken har en nära koppling till Michel Foucault och dennes syn på diskursbegreppet (Winther Jørgensen & Phillips, 2000). Att blanda begrepp och verktyg på detta vis är alltså inom diskursanalys inte ovanligt (Svensson, 2019).

#### *Diskurser på lingvistisk nivå*

Faircloughs kritiska diskursanalys är närvarande i denna uppsats även genom att språket analyseras på lingvistisk nivå. Detta sammantaget innebär ett grepp på diskurser som rör sig från mikro- till makroperspektiv. På denna mikro-nivå (eller text-nivå som det kallas i Faircloughs tredimensionella modell) analyseras alltså lingvistiska aspekter av språket. Här är tanken att det går att identifiera annat, eller mer, av en diskurs än om enbart textens argumentation och explicita påståenden studeras. Språket antas ha en styrande makt för vad som är "möjligt" att sägas varför det blir intressant att analysera detta i detalj. På den lingvistiska nivån analyseras framför allt syntax och lexikalisering.

Syntax innebär hur satser konstrueras. Utifrån syntax kan till exempel undersökas huruvida ett skeende beskrivs som en handling eller en händelse. Skillnaden mellan dessa är att en handling innefattar en agent medan en händelse inte nödvändigtvis gör det. Därmed kan vi tala om två sorters deltagare i ett skeende: agenter som handlar respektive deltagare som påverkas. Av detta följer att olika deltagare kan ges olika ansvar för det som sker. Detta kan användas i språket, medvetet eller omedvetet, för att sudda ut vissa element i ett skeende. Detta kallas transformation. Nominalisering är ett exempel på transformation och kan beskrivas på följande sätt:

Detta [nominalisering] innebär att de verb eller adjektiv som kan användas för att mer fullständigt beskriva processer ersätts med substantiv. Istället för att uttrycka det som att 'en polis har åtalats av åklagare för att grovt ha misshandlat sin bekant' kan man säga som i tidningsrubriken 'polis åtalad för grov misshandel'. Nominaliseringar gör alltså att deltagare kan trolas bort från processerna" (Bergström & Boréus, 2005, sid. 284-285).

En annan transformation som är aktuell i denna uppsats är passivisering. Passivisering innebär att en mening konstrueras på ett sådant vis att mottagaren hamnar i fokus istället för agenten som antingen blir sekundär eller helt osynlig. Istället för att exempelvis säga "Publiken häcklade talaren" går att säga "Talaren häcklades av publiken". Lägg märke till att båda formuleringar beskriver samma skede, men i det andra exemplet har en passivisering skett där mottagaren hamnar i centrum. Ytterligare ett steg i detta skulle vara att helt ta bort agenten. I den aktiva konstruktionen är det omöjligt: "Häcklade talaren" är inte en fullständig mening. Däremot är det språkligt möjligt att "trolla bort" agenten i den passiva konstruktionen: "Talaren häcklades". Det här är ett något banalt exempel eftersom det säger sig självt att det finns en agent då någon häcklas. Därmed är det osannolikt att en lyssnare skulle ta del av denna mening utan att fundera över den försvunna agenten. Det finns dock andra kontexter och situationer som på grund av sin komplexitet gör det svårare att uppfatta då en passivisering sker och en agent försvinner. Genom passiviseringen är det alltså möjligt att undvika att identifiera aktörer. Följande citat vidareutvecklar detta:

Passivformen kan också, liksom nominaliseringen, ha effekten att dölja orsakssammanhang och ansvar, att verka mystifierande. 'Skolor privatiseras' är en beskrivning där mycket information saknas. Passivformen kan även användas i ideologiskt omstridda sammanhang där man inte vill ta ställning till om det finns agenter, vilken roll de har och vilka de är (Bergström & Boréus, 2005, sid. 286).

Att analysera en text utifrån lexikalisering innebär att analysera specifika ordval. I denna uppsats gäller det bland annat val av pronomen och metaforer. Genom att titta på dessa specifika ordval går att ana spår av talarens världssyn. Diskurser och hur talaren positionerar sig själv och andra syns även på denna nivå. Modalitet är ett begrepp som används och handlar om i vilken utsträckning en avsändare kan knytas till ett visst innehåll. Hur troligt är det att personen står bakom det som uttrycks?

### *Tematisering*

Efter att intervjuerna transkriberats påbörjades arbetet med att skapa en tematisering av materialet. Transkriberingsarbetet innebar att jag bekantade mig med materialet och då detta var klart läste jag samtliga intervjuer flera gånger. Första steget i analysarbetet blev därefter att markera relevanta delar i texten. Först ställdes frågan "vad sker här?" vilket syftade till att ge

en diskursanalytisk ingång (Svensson, 2019). Då data består av egengjorda intervjuer klassas detta som forskargenererad text vilket skiljer sig från det som kallas naturligt förekommande texter (Börjesson & Palmblad, 2007) i viss litteratur och fältets texter i annan (Svensson, 2019). Konversationerna följde ett repetitivt mönster med frågor och svar där den ena personen (undertecknad) var mycket passiv vilket innebar att det inte skedde lika mycket *socialt* som det till exempel kan tänkas ha gjort om jag hade studerat samtal ur autentiska terapisisituationer. Svaret på frågan “vad sker här?” blev därmed tämligen ofta olika varianter av “respondenten reflekterar”, “respondenten ifrågasätter”, “forskaren frågar”, “respondenten skojar” och så vidare. Dessa etiketter sattes men blev bara ett första steg i arbetet att skapa tematisering. I nästa skede ställdes frågan “Hur beskrivs behandlingsmotivation här?”. Detta innefattade att hitta metaforer som användes. Detta resulterade i ett flertal etiketter som följde formen “Behandlingsmotivation som...”. Katalysator, outhärlig del, känsla, uppdrag och överenskommelse är exempel på metaforer som respondenterna använde i intervjuerna. De tre förstnämnda slogs ihop till temat “Behandlingsmotivation som känsla”. Det uppkom även teman som inte kännetecknades av att behandlingsmotivation definierades lika explicit, utan istället handlade om att olika aspekter av behandlingsmotivation lyftes fram. Detta var fallet med ett tema där organisatoriska aspekter lyftes fram och ett där respondenterna skiljde mellan motivation att må bättre och motivation att genomgå behandling. Det fanns ett tema som belyste saker som hindrar behandlingsmotivation - detta tema slogs ihop med organisatoriska aspekter och bildade temat “Kontextuella faktorer och behandlingsmotivation”. I den fortsatta analysen upptäcktes att texten under temat “Behandlingsmotivation som känsla” inte bidrog med några nya infallsvinklar utifrån frågeställningarna varför detta tema ströks. Således finns i denna studie fyra teman: *Kontextuella faktorer och motivation*, *Behandlingsmotivation som överenskommelse och åtagande*, *Motivation att må bättre vs motivation att genomgå behandling* och *Lidande som behandlingsmotivation*. Inget tema är mer kopplat till någon frågeställning än någon annan - hur respondenterna pratar om motivation samt subjektpositioner syns i samtliga kategorier. Dessa fyra teman kan ses som egna diskurser. Samtidigt återkommer vissa andra övergripande diskurser löpande genom resultatet, främst New Public Management- och evidensdiskurs. Då utdrag skulle väljas ut var det viktigt att diskurserna var så tydliga som möjligt för att minska risken för långsökt spekulation. Dessutom var ett kriterium att undvika onödiga uppprepningar.

### *Forskningsetik*

Alla deltagare gav muntligt informerat samtycke där de godkände att intervjun spelades in och fick användas inom ramen för examensarbetet enligt nyttjandekravet. Detta innefattade även principen om frivilligt deltagande. Med hänsyn till konfidentialitetskravet har den personliga integriteten värnats genom att inga personuppgifter har sparats och att samtliga respondenter är helt anonymiserade i presentationen. Denna studie omfattas inte av Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor då studien utförs inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå. Således har ingen etikansökan gjorts. Inför att arbetet påbörjades gjordes däremot en etikdeklaration där jag tillsammans med mina handledare intygade att de etiska riskerna på sannolika skäl är mindre än den potentiella kunskapsvinsten. Etikdeklarationen godkändes av Psykologiska institutionen vid Stockholms universitet den 17 maj 2019.

## **Resultat**

Nedan följer en presentation och analys av utvalda delar av intervjuerna. De är uppdelade i fyra teman som här presenteras i rubriker. Dessa är *Kontextuella faktorer och behandlingsmotivation*, *Behandlingsmotivation som överenskommelse och åtagande*,

*Motivation att må bättre vs motivation att genomgå behandling samt slutligen Lidande som behandlingsmotivation.*

### *Kontextuella faktorer och behandlingsmotivation*

Ofta problematiserades motivationsbegreppet genom att respondenten uttryckte att det är ett luddigt begrepp. En tendens fanns att hellre prata om olika kontextuella faktorer som skapar förutsättningar för patienten att genomgå behandling. Under detta tema syns exempel på sätt att prata där kontext innebär förutsättningar för motivation, eller förändringsbenägenhet som flera uppgav att de föredrog att kalla det.

I Utdrag 2 hänvisas till en medicinsk/evidensdiskurs kring psykoterapi varför detta kommer beskrivas här. American Psychological Association (APA) är internationellt mycket inflytelserikt och tenderar att sätta ut kursen för psykologer världen över. Redan 1947 formulerade APA en policy att psykologer under utbildning skulle utvecklas till att bli både praktiker och forskare (Shakow et al., 1947). Som ett led i detta hölls 1949 en konferens för att diskutera den kliniska psykologins framtid. En av slutsatserna var just rekommendationen att psykologutbildningar bör innebära ett likvärdigt fokus på praktik och forskning (Petersen, 2007). Den starka kopplingen mellan klinisk verksamhet och vetenskap i rollen som psykolog etablerades alltså för över 70 år sedan och tycks gälla än idag. Det går att argumentera för att även dagens psykologstudenter drillas i att etablera dessa två arenor i yrkesidentiteten. På svenska Psykologförbundets hemsida finns ett avsnitt där psykologprogrammet beskrivs (Psykologförbundet, 2018). Utöver en redogörelse för de många kliniska inslagen syns även formuleringar som "Utbildningen är en bra förberedelse för forskarutbildning" och "Vetenskapsteori och forskningsmetod är omfattande inslag". I följande citat syns hur psykologrollen formuleras som någonting som innefattar en stark koppling till inte bara forskning i allmänhet utan även specifikt evidensbegreppet (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006): "Therefore, psychologists, whose training is grounded in empirical methods, have an important role to play in the continuing development of evidence-based practice and its focus on improving patient care" (sid. 271).

Evidensbaserad psykoterapi har starka kopplingar till evidensbaserad medicin som sedan 90-talet etablerats som norm i internationell sjukvård (Petersen, 2007). Evidensbaserad medicin beskrivs som en medveten strategi att lämna idén om klinikern som agerar efter intuition. Istället ska den bästa evidens som för närvarande finns tillgänglig vara det som leder beslut kring vård för individuella patienter (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992). På samma vis har så evidensbaserad psykoterapi utvecklats vilket innebär, grovt förenklat, att randomiserade kontrollerade studier och meta-analyser används för att undersöka vilka behandlingar som är mest verksamma vid olika specifika tillstånd. Då detta fått konsekvenser för hur psykiatri utformas ses det som en tydlig diskurs. Dessutom tycks det ingå i en del av psykologens förväntade subjektposition att arbeta utifrån evidens. Konsekvenserna blir att psykoterapi erbjuds mer strukturerat och utifrån specifika manualer. Detta görs alltså med motiveringen att det finns forskningsstöd. Samtidigt riskerar det att fostra mer inflexibla terapeuter vilket bland annat resonerades om i inledningen av denna uppsats.

I det kommande utdraget förkastar respondenten motivationsbegreppet och menar att terapeuten istället måste identifiera faktorer som hindrar patienten att delta i sin behandling, eller "jobba" som hen uttrycker det. Hen ringar in något som flera respondenter på olika vis verkar behöva förhålla sig till - nämligen att det som möjliggör en patients motivation eller förändringsbenägenhet existerar i ett sammanhang. Detta innebär att terapeuten behöver vara

känslig för kontextuella faktorer som kan tänkas påverka i vilken utsträckning patienten tillgodogör sig behandlingen.

### Utdrag 1

1. Terapeut: Asså jag har verkligen såhär funderat för det- och tyckt att det var roligt (.) att få den frågan.
- 2.
3. Olle: Mm
4. Terapeut: Eftersom, inför den här intervjun: vad är behandlingsmotivation?
5. Och så insåg jag att jag tänker ju aldrig i termer av motivation för jag tycker att- asså det är ett så yvigt ord som inte säger så mycket.
6. Utan såhär när jag tänker kring patienter så tänker jag väl mycket
7. mer (2) kring (.) asså (2) nämen såhär “Vad är det som hindrar patienten från att jobba?” (skrattar) eller “att göra det här?”
8. (skrattar).
- 9.
- 10.
11. Olle: Mm
12. Terapeut: Jag tänker nog aldrig “Är patienten motiverad?”.

Här ser vi alltså ett exempel på ett förhållningssätt där respondenten undviker att titta på motivation som tillstånd. Respondenten berättar att hen överhuvudtaget inte brukar tänka “i termer av motivation” eftersom det är ett “yvigt ord som inte säger så mycket” (rad 5-6). Därmed kan vi säga att behandlingsmotivation som begrepp dekonstrueras eller rentav ogiltigförklaras. Istället tittar respondenten på patientens kontext och resonerar utifrån hinder. Således presenteras patienten som *drabbad* av svårigheter, att hen är påverkad av omständigheter snarare än att hen saknar motivation eller vilja. Detta språk medför att *patientens hinder* sätter käppar i hjulen, inte att *patienten* gör det. Patienten konstrueras således som ett offer för detta och inte som en förövare som förstör behandlingen. Patienten formuleras alltså här som deltagare istället för agent i det skeende som beskrivs, för att använda de lingvistiska begrepp som beskrivs tidigare. Frågan “Vad är det som hindrar patienten från att jobba?” ställs, och den ställs till terapeuten själv (rad 8-7). Därmed målas en bild som bäddar för terapeuten att tänka utifrån problemlösning. Terapeuten ger sig själv en subjektposition där denne tar ansvar för att förhålla sig till olika kontextuella faktorer och utgår ifrån att patienten *kan* och *vill*. Terapeuten blir problemlösare. När respondenten på rad 12 säger att hen inte undrar huruvida patienten är motiverad går det att förstå antingen som att behandlingsmotivation som tillstånd, känsla eller koncept är oväsentligt - eller att det helt enkelt inte är hjälpsamt och driver behandlingen framåt att fundera i de banorna. Patienten beskrivs som en deltagare som påverkas av hindren, samtidigt som patienten implicit beskrivs som agent i skeendet “behandling” - detta då patienten ges en subjektposition som formuleras som att hen ska “jobba” och “göra” (rad 9).

Nedan följer ett utdrag där en annan respondent resonerar kring behandlingsmotivation på ett sätt som vittnar om hur kontextuella faktorer kan tänkas påverka. Detta görs genom att resonera om hur den egna organisationen utgör förutsättningar för patientens deltagande. Detta sätt att prata om behandlingsmotivation får konsekvensen att även denna respondent intar subjektpositionen “problemlösare”. Det i sin tur får konsekvensen att terapeuten ges ansvar och handlingsutrymme att vara flexibel. Dessutom skapas en subjektposition där respondenten ser sig som del av en organisation som “ger” KBT på ett särskilt sätt vilket omöjliggör att påstå att en patient saknar behandlingsmotivation i allmänhet.

### Utdrag 2

1. Terapeut: Så man kan vilja ha hjälp, men man kommer inte klara av det

2.                   sättet som det ges om man säger så.
3. Olle:            Mm
4. Terapeut:      Nån kanske inte kan komma på dagtid för att man inte lyckas
5.                   vända på dygnet
6. Olle:            Mm
7. Terapeut:      Men är väldigt villig och skulle jättegärna gå i KBT och
8.                   förändringsinriktad KBT om det levererades klockan 9 på
9.                   kvällen (skrattar)
10. Olle:           Mm
11. Terapeut:     Så att den här kontexten - definition på hur man kan möta upp den
12.                   här personen är också väldigt viktigt i sammanhanget tänker jag
13. Olle:           Mm just det
14. Terapeut:     Så det är liksom inte KBT, utan KBT som vi bedriver det här
15.                   tänker jag.

Terapeuten skojar när hen målar ett osannolikt scenario med terapi långt utanför kontorstid, vilket markeras med skrattet. Hen använder ett extremt exempel för att uttrycka sin åsikt där hen tar ett tydligt steg bort från idén om motivation som en inneboende egenskap - i detta uttalande konceptualiseras motivation som mer riktad mot en konkret aktivitet. Utifrån lexikalisering syns att hen väljer att säga att patienten ”inte klarar av” (rad 1) till skillnad från att - till exempel - uttrycka att patienten *inte vill*. Här görs det tydligt att när vi pratar om behandlingsmotivation så handlar det om patientens möjligheter och inte vilja eller egenskaper. Respondenten visar även hur kontexten har betydelse och undertexten är att hen anser att det är för svepande att tala om en generell motivation för behandling. I meningen som inleds på rad 7 använder hen ordet KBT två gånger. Den andra gången lägger hen till prefixet ”förändringsinriktad”. Därmed förtydligar respondenten att hen pratar om en patient som *är med på noterna* och som inte ”bara” vill må bättre. Hen markerar alltså att hen syftar på en patient som är ”villig” och ”jättegärna går i” (rad 7) precis det som erbjuds rent *inhållsmässigt* men att organisationens ramar ställer till det. Med de två avslutande raderna blir steget bort från en generell behandlingsmotivation totalt. Hen ställer sig emot att prata om en ”KBT-motivation” utan förespråkar istället, indirekt, att terapeuten bör tänka att det alltid handlar om en motivation till att göra det som ”vi” gör här, och på det sättet ”vi” gör det. Genom att använda det personliga pronomenet ”vi” skapar respondenten en subjektposition som tillhörande en *viss* organisation som behandlar patienter utifrån KBT på ett *visst* sätt. Detta öppnar upp för att som verksam terapeut reflektera kring hur och i vilken utsträckning en själv - och den organisation en tillhör - kan anpassa sig för att så många som möjligt ska kunna genomgå behandling. Det är även vad hen antas mena då hen pratar om att ”möta upp den här personen” (rader 11-12). Utdragets sista uttalande (rad 14-15) går utöver nyss nämnda tolkning även att förstå som ett indirekt problematiserande av en medicinsk diskurs och evidensdiskurs kring psykoterapi. Genom att hävda att en behandling bara kan förstås utifrån den kontext i vilken den ges så blir det svårare att tala om KBT som en generell behandling, som ett paket eller ”medicin” som kan ges till patienter och som är likvärdig överallt. Utifrån respondentens sätt att uttrycka sig kan en patient ha genomgått ett antal KBT-behandlingar som sett väldigt olika ut - eller som ”givits” på olika vis, för att använda en böjd form av respondentens ordval. Detta gör att det helt enkelt blir svårare, eller rent av omöjligt, att se KBT som ett solitt konstrukt. Förutom att detta leder till anpassningsalternativ så möjliggör det även för aktuell mottagning att problemlösa kring tidigare behandlingsutfall som går bortom generaliseringar kring KBT:s lämplighet för en viss individ. Det vill säga att undersöka tidigare kontext och upplägg - att till exempel inte uttrycka sig i termer av att en viss patient inte bör tas in på remiss då den upplevs ha haft sviktande motivation vid tidigare behandlingsförsök.

I följande text (Utdrag 3) pratar en respondent om hur olika riktlinjer inom organisationen påverkar hans handlingsutrymme som terapeut. Vi kommer se hur en rådande New Public Management-diskurs tycks utgöra ramar för hur terapeuten kan tänka och agera kring behandlingsmotivation. New Public Management är en term som etablerades på 1990-talet och syftar på när lednings- och organisationsprinciper som tidigare varit karaktäristiskt för det privata näringslivet börjat appliceras inom offentlig sektor (Lane, 2000). Detta innefattar bland annat ett fokus på explicita mål där mätbara resultat förordas. Ett annat kännetecken är en idé om kostnadseffektivitet – att skattemedel och resurser ska utnyttjas så effektivt som möjligt. Då detta benämns som en diskurs går det att se hur den enkelt kan sammanfogas med idén om evidensbaserad psykoterapi.

### Utdrag 3

1. Olle: Vad tror du är anledningen till att du har fått dom riktlinjerna? Att
2. det ska avslutas om man inte fått framgång tillräckligt [snabbt?
3. Terapeut: [Jag tror det är kanske för att sätta lite press. Eller asså (.) jag vet
4. inte hur mycket det efterföljs egentligen det här med om dom inte
5. blir bättre. Men lite såhär att man inte får utebli för mycket - då
6. avslutas man och sådär. Bara för att det finns andra som ska få
7. vård istället. Så man ska ge eh "Bästa möjliga vård per
8. skattekrona" (sägs med tillgjord röst). Är deras liksom motto.

Uttalandena i detta utdrag kontrasterar tydligt det vi precis såg i Utdrag 1 och Utdrag 2. Här pratas inte om problemlösning eller att undersöka hinder till motivation. I andra delar av intervjun går respondenten noggrant igenom sina strategier då en patient inte gör sina hemuppgifter - det beskrivs detaljerat som en strukturerad felsökning. Respondenten själv resonerar alltså kring vikten av att identifiera hinder, men i detta utdrag ser vi hur kontexten - den organisation hen jobbar i - påverkar hur hen kan arbeta och resonera kring hinder i behandlingen. Hen berättar att patienter som inte förbättras i sitt mående eller som uteblir för mycket ska avslutas. Detta motiveras med att "Det finns andra som ska få vård". Detta uttalande, och det motto hen nämner (rad 7-8), följer en tydlig New Public Management-diskurs (där kostnadseffektivitet är ett av ledorden). Riktlinjen att avsluta patienter som inte uppnår resultat kan även det förstås som en New Public Management-diskurs utifrån att det blir ett fokus på faktiska resultat i termer av beteendeförändring och/eller symtomlindring. Diskursen får konsekvensen att behandlingsmotivation definieras som att vara redo att göra det som terapeuten föreslår. Denna diskurs framträder dock med en distans till talaren - uttalandena i sig följer inte en New Public Management-diskurs. Istället *refererar* respondenten till någonting som kan kläs med dessa förtecken. Respondenten uttrycker att hen är ny på jobbet (rader 3-4) - hens sätt att prata skapar därför en roll som utomstående i viss mån. Detta syns när hen säger att det är *deras* motto (rad 8). Att mottot sägs med en tillgjord röst skapar även det en distans mellan talaren och innehållet. Sammantaget kan detta förstås som att organisationen med dess kultur och riktlinjer utgör kontextuella ramar för hur terapeuten kan arbeta med sina patienter. Trots att respondenten i intervjun ger exempel på hur hen själv arbetar med problemlösning (vilket alltså inte syns i något utdrag) så blir det tydligt att den kontext terapeuten verkar i påverkar hur denne kan arbeta med patienten och dennes motivation. Då det finns regler om till exempel resultat, uteblivanden och antal träffar kommer detta sannolikt att påverka hur terapeuten kan arbeta. Detta ses därmed som ett exempel på hur en dominerande diskurs inom vård och offentlig sektor får konsekvenser för individuella terapeuter och i förlängningen individuella patienter. Det som nyss alltså beskrevs som en New Public Management-diskurs skulle dock även kunna förstås utifrån en evidens/medicinsk

diskurs som innebär en synpunkt där en icke-hjälpsam behandling bör avbrytas för att istället erbjuda något annat. Det som nämns är dock att kontakten avslutas, inte att mottagningen fortsätter ta ansvar för patientens behandling. I utdraget är jag den första att använda ordet "avslutas", men det är en upprepning av respondentens ordval tidigare i intervjun. Detta ordval anses gå hand i hand med en diskurs som innefattar att mottagningen har ett specifikt uppdrag att ta sig an patienter som är redo. Kontakten avbryts inte, eller pausas. Den avslutas. Således stängs dörren till patienten som inte levt upp till föreställningen om en motiverad patient. I respondentens sätt att använda ordet "avslutas" syns även en passivisering. Uttalandet "Då avslutas man" (rader 5-6) osynliggör både respondenten och mottagningen som aktörer. Endast mottagaren syns, det vill säga patienten. Genom denna passivisering framstår skeendet som ett automatiskt eller maskinellt skeende, det nästan sker av sig självt. Uttalandet cementerar därför diskursen som innefattar att det är upp till patienten att vara redo och att dyka upp. Denna diskurs får även effekten att två subjektpositioner tycks kollidera. Respondenten ikläder rollen som individpsykolog som arbetar för att nå fram till varje enskild patient vilket är tydligt då hen berättar om sin felsökning (ej representerat i utdrag). Detta tycks alltså krocka med subjektpositionen "den anställda psykologen" som innebär att följa regler om antal träffar och så vidare. Således behöver respondenten förhålla sig till detta och balansera de båda subjektpositionerna. I respondentens berättelse tycks New Public Management-diskursen trumfa och blir det som tydligast påverkar hens handlingsutrymme. Men även då respondenterna jobbar inom en organisation som inte alls har denna typ av motto tycks det finnas tillfällen då samma NPM-diskurs blir aktuell. En bild som framträder i Utdrag 4 nedan och som ses som ett exempel på den höga hierarkiska position denna diskurs har.

#### Utdrag 4

1. Terapeut: Och jag är liksom van vid (skrattar) att man får ha ganska modesta
2. mål
3. Olle: Mhm
4. Terapeut: Så jag är nog ändå ganska villig att såhär rucka på att "Oj jaha, det
5. här var svårare än vi trodde och så fanns den och den och den
6. faktorn med också". Att "Oj! Då behöver vi jobba med dom
7. sakerna för att komma framåt". Men det beror ju också på att jag
8. har dom förutsättningarna här. Att saker, att det kan få ta tid.
9. Olle: Mm
10. Terapeut: Och sen är ju det jättejättesvåra, det är ju liksom den andra sidan.
11. Jamen när behöver vi faktiskt se? Nämen det här är liksom inte
12. rimligt att använda resurserna till det här. Även om det blir
13. långsamma framsteg så är dom liksom ändå så små. Eller om det
14. inte blir (skrattar). När (.) när (.) asså jag tycker verkligen att det är
15. jättesvåra frågor.

Den här respondenten berättar alltså om hur organisationen tillåter hen att stanna upp behandlingen och anpassa då man inte kommer framåt i behandlingen. På raderna 7 till 8 uttrycker hen att det finns förutsättningar för detta och att saker får ta tid. Trots detta uppger respondenten att hen stundtals funderar över var gränsen går då det inte längre är "rimligt att använda resurserna till det här" (rad 12). Hen säger att hen tycker det är "jättesvåra frågor" (rad 15), vilket tyder på att det i denna kontext blir mer upp till den enskilda terapeuten att avgöra var denna gräns går. Detta ses som ett exempel på att oavsett hur flexibel en organisation är så är dessa samhällsekonomiska aspekter något man måste ta hänsyn till - det är en mycket etablerad diskurs som tycks påverka de flesta.



I följande utdrag syns ytterligare exempel på hur direktiv från ledningen tycks påverka synen på motivation. Detta går att förstå utifrån Norman Faircloughs resonemang om hur institutioner (t.ex. psykiatri) kan präglas av en ideologi. New Public Management är som sagt en idé om hur offentlig sektor bör drivas.

### Utdrag 5

1. Olle: Vad kan du säga, hur pratar ni om motivation? Generellt?
2. Terapeut: Asså jag tror att (.) innan jag svarar på det så ska jag säga att jag
3. tror att (.) eh (.) det kanske är en speciell plats eftersom att (.)
4. eftersom att eh (.) det på nåt sätt kommer uppifrån att vi inte ska
5. lägga massa tid på patienter som inte vill eller inte är redo för
6. KBT.
7. Olle: Mhm.
8. Terapeut: Asså om jag kanske kommer till min chef och bara "Aa den här
9. patienten svarar inte på det här:" och "vad ska jag göra?" typ. Då
10. är svaret ofta såhär "JA men då kanske KBT inte är rätt för den
11. just nu, då tycker jag du ska avsluta"
12. Olle: Ja
13. Terapeut: Så det finns liksom ingen motivation (skrattar) för oss behandlare
14. att (.) riktigt, riktigt dra i dom som (.)
15. Olle: Nä, nä
16. Terapeut: Förstår du? Det ställer ganska höga krav på patienten på ett sätt.
17. Tyvärr är det väl så att eftersom att psykiatri ser ut som den gör
18. TYVÄRR alltså verkligen tyvärr men så har inte vi tid att göra en
19. människa redo eller motiverad. Asså, det är en vass beskrivning,
20. men liksom allt för länge. Verkligen tyvärr liksom.

Detta går att förstå som ett exempel på det som Krebs och kollegor (2018) varnar om och som citerades i inledningen av denna studie. Det vill säga att man tar för givet att en patient ska befinna sig i ett stadie (utifrån Transtheoretical Model of Change) där hen är redo för beteendeförändring. När respondenten citerar sin chef tycks vi se hur tilltron till behandlingen är stor, men att det ställs krav på patienten att vara redo (som uttrycks på rad 16). Precis som vi såg i Utdrag 3 så innebär detta att behandlingsmotivation conceptualiseras som patientens beredskap att göra det som terapeuten föreslår. Respondenten uttrycker här (dvs Utdrag 5) att de inte har "tid att göra en människa redo eller motiverad". Ytterligare en likhet med Utdrag 3 är att en New Public Management-diskurs är närvarande. Detta då det uttrycks att terapeuter inte har hur mycket tid som helst att lägga på patienter som "inte är redo för KBT". Detta förstås alltså som en NPM-diskurs genom att respondenten i sitt sista uttalande (raderna 16-20) återigen ger uttryck för detta och förtydligar att det enligt hen beror på "att psykiatri ser ut som den gör" (rad 17).

På raderna 10-11 ser vi respondenten citera en chef: "Då kanske KBT inte är rätt för den just nu". Att uttrycka sig på detta sätt blir inte bara att beskriva en upplevd verklighet - diskursen som innefattar att patienten måste vara redo och måste ha utrymme. En socialkonstruktivistisk analys av detta blir även att det här uttalandet också *möjliggör* att avsluta kontakten (ur etisk synvinkel eller andra synvinklar). Diskursen sätter alltså ramarna och leder till uttalandet samtidigt som uttalandet skapar, återskapar och cementerar diskursen. Detta går också att förstå utifrån det som kallas för Thomas teorem och som kan sammanfattas i följande sats: Om människor definierar situationer som verkliga blir de verkliga i sina konsekvenser (Winther Jørgensen & Phillips, 2000). Denna diskurs tycks alltså stå under New Public Management,

men är även mer specifik genom en framställning som skiljer sig från det vi såg i Utdrag 4. Terapeuten fråntas nämligen ansvar. Det sker en nominalisering genom uttalanden som "Patienten svarar inte på det här" (rad 9). Här ersätts ett mer komplext skeende med ett ting ("det här", vilket alluderar till ett substantiv). Terapeuten som aktör syns inte i denna process. Istället tros "det här" syfta till KBT. Behandlingen presenteras alltså som ett föremål snarare än en komplex kedja av händelser och processer. Detta får konsekvensen att KBT ses som ett solitt konstrukt och flexibiliteten blir mindre – såväl patientens som terapeutens handlingsutrymme begränsas.

Ett annat exempel på hur en rådande diskurs utgör kontext för terapeuten och dennes patienter är då respondenterna pratar om en medicinsk diskurs. I intervjuerna beskrevs ofta utmaningar med att förena en medicinsk och psykologisk diskurs. Särskilt vanligt var detta bland de terapeuter som arbetar inom primärvården. Att arbeta på en vårdcentral innebar ofta, bland respondenterna, att vara ensam psykolog bland framför allt läkare och sjuksköterskor. Även då man arbetar i ett psykosocialt team med terapeutkollegor innebär vårdcentral-miljön att man befinner sig i en kontext som historiskt varit (och fortfarande är) starkt präglad av ett medicinskt perspektiv. Respondenterna berättade att patienter kan göra egenanmälan men att det även är mycket vanligt att patienter blir hänvisade till psykolog från vårdcentralens läkare. De uppgav att detta ofta kan innebära en utmaning framför allt i början av en kontakt då remitterande läkare kan ha gett en skev eller missvisande bild av vad psykoterapi förväntas innebära. Detta kan ofta, enligt respondenterna, innebära att mycket jobb måste läggas på att få patienten att ställa om - att se till att förväntningar och motivation riktas mot det som psykologen *egentligen* erbjuder. Respondenten i följande utdrag berättar hur en sådan situation kan se ut.

#### Utdrag 6

1. Terapeut: Men (.) i verkligheten så är det ju också lite av en (.) det är svårt
2. att förlika det psykologiska tankesättet liksom - psykoterapi - med
3. det medicinska
4. Olle: Mm, just det
5. Terapeut: På många sätt, för att om du till exempel har en patient som säger
6. "Jag är utbränd, fan vad jobbigt livet är" och sen så kanske dom
7. träffar en läkare först. Och då säger läkaren "Jamen här, ta lite
8. Oxascand och en sjukskrivning i mån mån". Vilket inte är
9. ovanligt, men det är så (.) helt insane
10. Olle: Mhm
11. Terapeut: Enligt Socialstyrelsens rekommendationer då
12. Olle: Ja (skrattar)
13. Terapeut: Och då är det klart att dom är omotiverade att jobba med sig själva
14. om dom kommer till mig. För då har dom ju (.) då har dom ju (.)
15. då får dom ju ligga hemma och vila liksom i mån mån och så fort
16. det blir jobbigt så kan dom ta benso liksom
17. Olle: Mm
18. Terapeut: Skitgött. (skrattar) så då har dom redan löst det liksom. Så att ta
19. bort dom här negativa känslorna gör att det blir sämre motivation
20. (.) tänker jag.

Respondenten nämner alltså explicit hur en medicinsk diskurs är svårförenlig med en psykologisk diskurs, eller som hen uttrycker det: "Det psykologiska tankesättet liksom - psykoterapi - och det medicinska" (rader 2-3). Hen redogör för hur läkarens perspektiv och lösning resulterar i att patienten saknar motivation att gå i behandling hos respondenten. Hen

använder implicit en evidensdiskurs när hen argumenterar mot läkarens behandling (sjukskrivning och bensodiazepiner). Hen uttrycker att det är “Helt insane ../ enligt Socialstyrelsens rekommendationer” (rader 9 och 11). Hen syftar alltså på Socialstyrelsens genomgång av rekommenderade behandlingar för olika diagnoser och tillstånd. Dessa rekommendationer är definierade helt och hållet utifrån evidensbegreppet. Argument mot att använda bensodiazepiner vid utmattningssyndrom är flera. Ett av dem är att då det tenderar att bli en långvarig behandling vid utmattningssyndrom så brukar man undvika bensodiazepiner på grund av risk för utveckling av beroende (Arenlind, 2015).

Denna respondent resonerar alltså om hur en sjukskrivning och en tablett som kortsiktigt minskar lidandet resulterar i en bristande motivation att gå i behandling hos hen. Detta innebär, utifrån respondentens sätt att prata, inte *bara* att patienten saknar motivation att träffa en psykolog. Undertexten är att det är någonting problematiskt med detta. Att det kanske inte *är* hjälpsamt för patienten. Detta är bland annat tydligt då hen säger “Skitgött” vilket antas ha en ironisk touch (rad 18). Med ett KBT-perspektiv brukar man generellt ställa sig emot användning av olika lugnande preparat då detta utifrån en KBT-konceptualisering riskerar bli ett så kallat säkerhetsbeteende.

I resonemanget sker även en indirekt definiering av behandlingsmotivation. Respondenten säger att patienterna blir “omotiverade att jobba med sig själva” (rad 13) vilket går hand i hand med det som återkommer i flera av uttalandena i denna uppsats. I detta uttalande ges patienten återigen en subjektposition där hen förväntas *arbeta* eller *jobba* - hen blir ansvarig och aktiv. När hen kritiserar den medicinska diskursen definierar hen indirekt målet med behandling. Det är inte symtomlindring - i så fall hade hen troligen inte haft något emot läkarens förslag. Istället blir behandlingens syfte alltså beteendeförändring vilket därmed är det som terapeuten önskar att patienten motiveras till.

#### *Sammanfattning av Kontextuella faktorer och behandlingsmotivation*

Under detta tema såg vi hur motivation beskrivs som ett luddigt begrepp och där man istället pratar om kontextuella faktorer som påverkar patientens förutsättningar att genomgå behandling. Då terapeuterna undviker att prata om motivation, och hellre resonerar om patientens förutsättningar utifrån kontext, skapas en subjektposition som “problemlösare”. Detta får konsekvensen att patienten inte skuldbeläggs utan att terapeuten istället utgår ifrån att patienten vill och kan - men att terapeuten kan behöva ta ansvar och anpassa terapin utifrån patientens förutsättningar. Ytterligare en konsekvens av denna subjektposition är att terapi blir mer flexibelt - och det är upp till terapeuten att få behandlingen att klaffa med patienten. Detta är som mest tydligt i utdrag 2 då respondenten pratar om att terapi *ges* och att givaren (terapeuten och organisationen) gör det på ett särskilt vis.

I respondenternas prat ser vi också hur den egna kontexten tycks påverka synen på motivation och möjligheten att arbeta med detta - det vill säga handlingsutrymmet. Särskilt ser vi hur en New Public Management-diskurs leder till att många terapeuter får svårt att jobba med patientens motivation - då patienter uteblir eller inte gör sina hemuppgifter *avslutas* dessa eftersom det alltid finns fler patienter som knackar på dörren. Denna diskurs, som är mycket etablerad i dagens samhälle och i synnerhet inom landstingspsykiatri, leder till att patienter riskerar att kategoriseras i den dikotomi som nämndes i inledningen - behandlingsmotiverad och inte behandlingsmotiverad. Tydliga ramar och riktlinjer uppifrån begränsar terapeutens handlingsutrymme. Då NPM-diskursen är närvarande finns inte plats för subjektpositionen “problemlösare”. Uttalanden som “Det var inte läge för KBT just nu” skulle kunna tolkas som att behandlingsmotivation konceptualiseras som ett flexibelt tillstånd, men istället tros det

innebära att NPM-diskursen befästs. Uttalandet och aktionen att avsluta patienten går hand i hand med, samtidigt som det möjliggör, denna diskurs.

Vi ser även hur en medicinsk diskurs kan utgöra hinder för terapeuten att få sina patienter behandlingsmotiverade. Detta innefattar att en medicinsk diskurs handlar om kortsiktig symtomlindring medan terapeuten förespråkar beteendeförändring. Detta är en diskurs som står högt i hierarki inom vårdsektor och som psykologer därför måste förhålla sig till. Det är även en diskurs som är utbredd i samhället vilket kan ses som en anledning till att patienter uttrycker att deras huvudsakliga mål är att ”må bättre” eftersom det i en medicinsk diskurs inte finns utrymme för lidande.

### *Behandlingsmotivation som överenskommelse och åtagande*

Nästan alla intervjupersoner pratar om vikten att skapa en överenskommelse med patienten - att detta är en viktig komponent i att bygga motivation. Även ordet åtagande är vanligt förekommande. Därmed får behandlingsmotivation sociala förtecken. Även om denna överenskommelse eller detta åtagande skulle beskrivas som någonting som patienten har tyst för sig själv så uppstår detta inte i ett vakuum. Överenskommelsen uppstår i relation till terapeuten - i själva relationen. Detta är tydligt då de intervjuade beskriver i detalj hur de arbetar för att skapa denna överenskommelse. Därmed ger de sig själva en nyckelroll i att åtagandet uppstår. Att konceptualisera behandlingsmotivation på detta vis, det vill säga utifrån idén om en överenskommelse, blir att konkretisera och operationalisera motivation - det går alltså att prata om överenskommelsen med patienten istället för att man jobbar med motivation som ett diffust tillstånd. Detta sätt att prata om motivation får alltså konsekvensen att terapeuten ger sig själv en subjektposition som bygger på att ta ansvar i byggandet och vidmakthållandet av överenskommelsen. Samtidigt har det potential att ge patienten en subjektposition som bygger på en känsla av ägandeskap då överenskommelsen konkretiseras och definieras utifrån patientens egna mål.

Utdraget nedan är ett tydligt exempel där respondenten benämner behandlingsmotivation som “ett åtagande till att göra behandling” (rad 2). Konsekvensen av detta prat blir framför allt att patienten ges utrymme att, och förväntas, vara en drivande aktör i behandlingen; en subjektposition som kan kallas “den aktiva patienten”.

### **Utdrag 7**

1. Terapeut: För det är ju dels eh (3) jag tror jag menar ganska mycket eh (.)
2. typ ett åtagande till att göra (.) behandling
3. Olle: Mhm
4. Terapeut: Med allt vad det innebär. Ett åtagande att göra det fast det är svårt,
5. ett åtagande att komma och träffa mig i tid varje gång. Göra
6. hemuppgifter. Göra andra saker i sessionen som är svåra. Inte så
7. mycket en känsla av (skrattar). Inte så mycket en positiv känsla
8. inför det. För det tror jag inte att så många som jag träffar har.
9. Olle: Mhm.
10. Terapeut: Dom tycker nog att det är (.) fruktansvärt (skrattar) många gånger.
11. Olle: (skrattar)
12. Terapeut: Men dom gör det ändå. Så det är den där (.)
13. behandlingsmotivation för mig är den där göra-ändå-(.)-grejen.
14. Vilket förmodligen också innefattar nån typ av kontakt med det
15. långsiktigt värdefulla med att göra det.

Respondenten pratar här om behandlingsmotivation som ett slags överenskommelse - ett åtagande från patienten. Med detta menas inte att överenskommelsen är att patienten ska vara motiverad - utan att en överenskommelse blir ett medel. Vi ser tydligt hur respondenten bygger bilden av behandling som en aktiv handling. Hen pratar om ett åtagande att "göra behandling" (rad 2) och detta åtagande benämns som "den där göra-ändå-grejen" (rad 13). Därmed förväntas patienten vara aktiv i allra högsta grad. Respondenten pratar inte om att *få* behandling eller ens *genomgå* behandling, utan det handlar som sagt om att *göra* behandling. En konsekvens av detta språk är att patienten är med och skapar behandlingen - utan patientens agerande är det ingen behandling. Dessa aktioner exemplifieras i utdraget som "Att komma och träffa mig i tid", "Göra hemuppgifter" och att "Göra andra saker i sessionen som är svåra" (rader 5-6). Tittar vi på syntax så ser vi att patienten formuleras som agent. Det görs alltså tydligt att behandlingen bygger på att patienten intar en subjektposition där hen är aktiv. I Utdrag 8 (nedan) ger samma respondent flera exempel på saker hen gör för att skapa och stärka detta åtagande vilket jag återkommer till strax.

Respondentens uttalanden går även att förstå i ljuset av ett Self-Determination Theory-perspektiv. Hen uttrycker att terapi i regel är någonting smärtsamt. Att det är svårt att förändra beteendemönster och att det ofta medför ett ökat lidande. Eller som respondenten säger "Dom tycker nog att det är fruktansvärt många gånger" (rad 10). På så vis omöjliggörs den mest raffinerade formen av inre motivation och autonomi som det definieras i SDT. Det vill säga att den mest verksamma formen av motivation (utifrån SDT) innefattar att det finns ett egenvärde i aktiviteten i sig, eller rentav en njutning. Istället handlar respondentens sätt att prata om att genomgå smärta för att uppnå någonting långsiktigt, vilket utifrån SDT är närmare det som kallas yttre motivation. Respondentens avslutande uttalande (rader 14-15) kan dock tolkas som att det finns någon aspekt som handlar om värdet med handlingen i sig självt. Återkommande i intervjuerna var att dels prata om beteendeförändring för att uppnå ett visst mål, men även beteendeförändring utifrån individens värderingar. Detta kallas inom Acceptance and Commitment Therapy (ACT, Hayes, Strosahl & Wilson, 2012) för värderad riktning och utifrån det perspektivet kan respondenten syfta på att genomgå behandling och beteendeförändring inte för att uppnå ett specifikt mål, utan för att det innefattar ett visst beteende som går i linje med hur man vill leva sitt liv. Begreppet värderad riktning syftar på att ägna sig åt vissa beteenden och aktiviteter för att det finns ett värde i sig. Utifrån värderad riktning finns inget slutmål utan det är en ständig resa (ibid.). Därmed syns i dessa uttalanden spår av en mer raffinerad form av inre motivation så som det är definierat i Self-Determination Theory.

I följande utdrag fortsätter samma respondent berätta hur hen arbetar med att stärka åtagandet. Vi ser där hur respondenten skapar en tydlig subjektposition som går ut på att ta konkret ansvar för att skapa detta åtagande.

### Utdrag 8

1. Olle: Saker som har explicit med motivation att göra. Vad brukar du
2. göra då?
3. Terapeut: Eh jag brukar eh försöka ge ett gott intryck faktiskt. Jag brukar
4. försöka (.) göra personen (.) alltså nu tänker jag i inledningen av
5. en kontakt. Göra personen bekväm med mig. Det vill säga skapa
6. allians typ. Skapa nån slags god initial relation. För det vet vi är
7. motiverande för patienter som har svåra problem.
8. Olle: Mm.
9. Terapeut: Anyways. Allians. Och sen eh, försöker jag att visa på vad dom

10. har att vinna med behandling.
11. Olle: Mm.
12. Terapeut: Jag kanske också skapar lite kreativ hopplöshet. Alltså (.) "det du
13. har gjort hittills har inte funkat"
14. Olle: Mm.
15. Terapeut: "Här har jag det här. Ska du inte ge det ett försök?". Eh (.) och för-
16. och nackdelar. Jag brukar hålla på väldigt mycket med - och det är
17. ju väldigt DBT-igt - att fråga folk vad dom tänker innerst inne. Det
18. funkar ofta väldigt bra.
19. Olle: Mhm
20. Terapeut: Eh och sen så brukar jag - när jag har fått tillräckligt mycket - då
21. slår jag om litegrann hehe för att stärka det åtagandet som jag har
22. fått. Och då brukar jag eh köra den här djävulens advokat: "Ska du
23. verkligen göra det här?", "Du inser att det här kommer bli
24. skitsvårt?"

Här ger respondenten alltså exempel på saker hen gör för att stärka åtagandet. Detta beskrivs linjärt med flera sekvenser. Det blir således tydligt att det hela följer en specifik plan där respondenten pratar om behandlingsmotivation som något som kan *väckas*. Således ges terapeuten en subjektposition som bygger på att hen är aktiv. Att terapeuten ger sig själv subjektpositionen som ansvarig aktör blir kanske tydligast då respondenten säger "Då slår jag om litegrann hehe för att stärka det åtagandet som jag har fått" (rader 20-22). I detta uttalande blir det särskilt tydligt att det handlar om en avsiktlig och riktad metod. Skrattet mitt i meningen är inget "naturligt" skratt - "hehe" artikuleras fonetiskt. "Skrattet" blir således en medveten kommunikation och retorik, inte ett affektuttryck. Respondenten tycks använda "skrattet" för att göra tydligt att hen ser sig själv ha en mycket medveten strategi där subjektpositionen består i att ta fullt ansvar för upprättandet av ett åtagande, och att detta görs med knep. I respondentens redogörelse av de olika stegen blir också den relationella aspekten tydlig - överenskommelsen uppstår *mellan* patient och terapeut. Detta får konsekvensen att de båda tillsammans bär ansvar i att skapa och upprätthålla överenskommelsen. Därmed skapas även ett gemensamt ansvar över behandlingsmotivation eftersom det etablerats en koppling mellan detta och ett åtagande.

Vi ser även hur respondenten i Utdrag 8 använder sig av en evidensdiskurs när hen beskriver och motiverar vad hen gör för att skapa ett åtagande. På raderna 6-7 säger hen "För det vet vi är motiverande för patienter som har svåra problem". Både innan och efter detta uttalande används första person singular som pronomen då hen beskriver hur hen arbetar. I detta specifika uttalande växlar hen till första person plural. Därmed placerar hen sig själv som del av en grupp. Sannolikt åsyftas psykolog-kåren, eller KBT-terapeuter. I denna mening ges även gruppen en viss egenskap, nämligen en som arbetar utifrån vetenskap. Respondenten uttrycker att hen gör dessa saker med sin patient eftersom de (respondenten och den grupp hen identifierar sig med) vet att det är verksamt. Detta kan tänkas ge flera olika konsekvenser. Dels signalerar det en öppenhet och transparens gentemot patienten. Dessutom går att ana ytterligare något intressant i nyss nämnda pronomensskifte. När respondenten redogör för sina metoder sker detta som sagt i första person singular – respondenten är i första hand "sig själv" i mötet med patienten. Men då evidensdiskursen aktiveras är hen "inte längre sig själv". Av detta går att ana en konsekvens som innebär att evidensdiskursen blir ett steg bort från mötet terapeut-patient. Det vill säga att det blir svårare att stanna kvar i subjektpositionen som innebär att möta patienten på individnivå med flexibilitet inför vad som kan tänkas ske i behandlingen och där terapeuten ser sig själv som en självständig individ med ansvar.

I följande utdrag synliggörs hur behandlingen byggs utifrån en överenskommelse och där ordet beställning blir talande. För att ta reda på konsekvenserna av detta ordval analyseras Utdrag 9 främst på lingvistisk nivå utifrån lexikalisering.

### Utdrag 9

1. Terapeut: För jag vill ha en patient som beställer
2. Olle: Just det, ja
3. Terapeut: Det är patienten som ska beställa
4. Olle: Ja
5. Terapeut: Jag ställer inte upp nåt annat (skrattar)
6. Olle: Just det
7. Terapeut: Jag jobbar på beställning (.) som är då patientens egen formulering

Att uttrycka sig på detta vis får konsekvensen att patienten ges agens och ägandeskap över sitt problem. Att använda orden "beställa" och "beställning" skapar metaforen terapi som handelstjänst. Patienten blir kund, den som önskar en tjänst, och terapeuten levererar. På så vis utgår terapeuten ifrån att patienten själv ska ha ett driv, att terapeutens centrala uppdrag blir att *leverera behandling*. Terapeuten ska således inte *sälja in* behandlingen - åtminstone inte *innan* patienten beställt. På andra håll i intervjun pratade denna terapeut noggrant om hur man måste ta ansvar i att hjälpa patienten med denna beställning. Det centrala i respondentens resonemang är att undvika en relation där terapeuten drar och patienten sätter sig på tvären. I detta ordval (beställa) syns en inställning att det är patienten som ska äga problemet och att detta tordes ge goda förutsättningar för ett åtagande att genomföra det som terapeuten sedan föreslår. Detta eftersom terapeuten anpassar sig efter patientens beställning snarare än att terapeuten börjar leverera en tjänst (för att låna metaforen) som patienten inte beställt. Således blir konsekvensen av detta att två subjektpositioner skapas där patienten äger sitt problem och där terapeuten arbetar *åt* patienten. Terapeuten blir alltså i första hand leverantör, inte säljare. Detta går att se som ett exempel på autonomi utifrån Self-Determination Theory. En intressant jämförelse kan göras mellan denna beskrivning och vad som sägs i Utdrag 3 och Utdrag 5. I de båda tycks terapeutens erbjudande komma först, där talas det om att patienten ska vara "Redo för KBT". I Utdrag 3 och Utdrag 5 står terapeuten stadigt i det som erbjuds och patienten förväntas vara redo för detta. I det prat vi ser i det aktuella utdraget (Utdrag 9) tycks ordningen vara den motsatta. Här är utgångspunkten att patienten ska ha en beställning och sedan är det upp till terapeuten att kunna leverera detta. För tydlighets skull ska dock nämnas att även denna respondent inte gör något annat än KBT, men sättet att uttrycka denna dynamik är alltså väldigt annorlunda mot det vi såg i Utdrag 3 och Utdrag 5.

Som vi nu sett flera exempel på så pratas det i flertalet intervjuer om vikten av en överenskommelse för att skapa motivation. I nedanstående utdrag pratas det om risker med en överenskommelse. Vi kommer där se hur respondenten, utifrån överenskommelse-begreppet, skapar en subjektposition som ännu mer explicit innebär att vara en del av en relation med patienten. Detta får konsekvensen att en bruten överenskommelse sätter relationen på prov. Återigen ser vi hur behandlingssyfte beskrivs som en rörelse framåt och där en frustrerad terapeut riskerar att sätta stopp för denna rörelse.

### Utdrag 10

1. Terapeut: För det här känner jag, asså när situationer blir riktigt svåra och
2. man känner som terapeut att vi kommer inte framåt. "Jag vet att vi
3. har en plan att vi ska åstadkomma det här och vi ska börja med det
4. här" och patienten blockerar eller är inte med. Det leder ju ofta

5. just till den där (.) att man får den där viljan att konfrontera
6. Olle: Ja
7. Terapeut: Och ibland behöver man ju göra det, men att man verkligen
8. behöver göra det på ett medkännande sätt
9. Olle: Ja
10. Terapeut: Att när man hamnar i den här rättfärdigheten att “Vi har ju en
11. överenskommelse om att vi ska göra det här och NÄR JAG
12. FÖRSÖKER GÖRA DET HÄR SÅ BLOCKERAR DU”. Asså då
13. kommer man inte vidare faktiskt

Då denna respondent pratar om överenskommelser blir det alltså väldigt tydligt att det är en social företeelse. Vi kan tala om att en överenskommelse har minst två parter och att den som ser en annan aktör bryta överenskommelsen sannolikt kommer påverkas av detta på något vis. Respondenten pratar om att en bruten överenskommelse riskerar att skapa frustration hos terapeuten. En överenskommelse innebär att det finns en uttalad definition av vad behandlingen ska gå ut på och vad man ska ägna sig åt. Då patienten inte uppfyller sin roll i detta kan terapeuten tendera att vilja konfrontera patienten, som respondenten uttrycker det på rad 5. I detta sätt att prata framträder även terapeutens bild av målet med terapin. Här konstrueras återigen behandling som en rörelse framåt, mot ett mål. Eller som respondenten säger på raderna 12-13: “då kommer man inte vidare”. Utöver att överenskommelsen i sig ges sociala kvaliteter i dessa uttalanden så ser vi även hur respondenten visar att behandling överlag handlar om relationsskapande mellan terapeut och patient. Hen beskriver ett växelspel där patient och terapeut ständigt agerar och reagerar gentemot varandra. Respondenten målar alltså en bild av behandling som i stor del handlar om hur relation uppstår och bibehålls. I detta innefattar att behandlingsmotivation uppstår i kontexten jag-och-du. En konsekvens av respondentens prat blir därför att behandlingsmotivation inte kan definieras som ett tillstånd som uppstår inom patienten frånkopplat relationen. Behandlingsmotivation handlar här också om en villighet att göra det som ska göras med en specifik person.

#### *Sammanfattning av Behandlingsmotivation som överenskommelse och åtagande*

I detta tema ser vi hur behandlingsmotivation vävs in i sociala och relationella aspekter vad gäller mötet terapeut-patient. En uttalad och delad bild av vad behandlingen förväntas innebära, en överenskommelse, uttrycks vara nyckel i att få patienten behandlingsmotiverad. Denna överenskommelse beskrivs som att i hög grad gå ut på att patienten ska vara aktiv och göra saker. Patienten ges alltså en subjektposition med ansvar för behandlingens innehåll och utfall, detta märks också på lingvistisk nivå där patienten tydligt formuleras som en agent. Pratet om behandlingsmotivation som överenskommelse och åtagande ger tydliga relationella konsekvenser där patienten inte lämnas ensam i detta ansvar. Behandlingsmotivation uppstår, utifrån detta sätt att prata, i själva relationen och terapeutens subjektposition bygger på att ta ett stort ansvar för detta. Således formuleras båda parterna som tydliga agenter som påverkar varandra. En konsekvens av detta är att både patienten och terapeuten får ett stort handlingsutrymme. Patienten ges utrymme att bryta överenskommelsen och terapeuten ser som sin uppgift att kunna hantera detta.

#### *Motivation att må bättre vs motivation att genomgå behandling*

Samtliga respondenter återkom till att det är en skillnad på att vilja må bättre och att vilja genomgå behandling. Som vi kommer se under rubriken “Lidande som motivation” beskrevs detta som en i grunden bra källa till motivation, men under detta tema görs det tydligt att det krävs någonting mer för att patienten ska vara fokuserad och nå goda resultat i behandling. Detta tema kan ses som en diskurs i sig själv, en diskurs som bottenar i terapeutens tydliga



definition av behandling som en aktiv handling som kräver att *göra* jobbiga saker. I denna diskurs blir viljan att må bättre rimlig men fruktlös. En patient vars motivation enbart bygger på denna vilja ses som passiv vilket utifrån denna diskurs (som förstås på många sätt är synonymt med en KBT-diskurs) är högst oönskat. Istället förespråkas att patienten ges, och intar, en subjektposition som aktiv. Diskursen innefattar att viljan att må bättre ligger nära ett förhållningssätt där patienten förväntar sig att terapeuten ska bota hen vilket alltså utifrån denna diskurs är en högst problematisk patient-terapeut-relation. I följande utdrag ser vi ett typexempel på när respondenten skiljer på en vilja att må bättre och en vilja att genomgå behandling.

### Utdrag 11

1. Terapeut: Jag tror att många som kommer hit har (.) en ganska hög
2. motivation (.) eh till att få hjälp. Sen vet jag inte om det
3. nödvändigtvis (2) (suckar) handlar om att (2) vad ska man säga?
4. Asså behandling är ju nåt annat kanske då (.) än att få hjälp
5. Olle: Mm
6. Terapeut: Många vill komma hit. Man vill få hjälp med nåt. Man vill må
7. bättre är väl oftast nån sån här vag liksom (.) och det får man ju
8. oftast då problematisera litegrann eller börja liksom titta på från
9. lite olika vinklar. Att börja göra saker (.) kanske nån slags
10. beteendeaktivering och sånt, det är ju oftast nåt helt annat än vad
11. man kanske hade tänkt när man kommer hit
12. Olle: Mm
13. Terapeut: Man tänkte kanske att man skulle prata om saker och det skulle på
14. nåt sätt få en att må bättre och man skulle liksom (.) ja jag vet inte
15. vad (.) eh medans en annan (.) jag (.) sitter ju med en helt annan
16. agenda.
17. Olle: Mm
18. Terapeut: Jag tänker ju att personen behöver kanske göra saker (.) göra andra
19. saker (.) eller göra saker på ett annat sätt ute i sitt liv
20. Olle: Mm
21. Terapeut: Och det här är det minsta man behöver göra ibland (sveper med
22. handen över rummet)
23. Olle: Mhm
24. Terapeut: Allt för mycket sitta och liksom (.) prata om saker

Respondenten börjar med att nämna något som samtliga respondenter gör i sina intervjuer: att man anser det vara skillnad på att vilja må bättre och att vilja genomgå behandling. I denna respondents sätt att uttrycka sig konceptualiseras behandlingsmotivation som en villighet att göra nya saker. En konsekvens av detta är att mötet (terapisessionen) inte ses som verksamt i sig självt - istället blir mötet ett medel i att få patienten att göra saker utanför terapirummet. Respondenten fortsätter med att säga att många patienter har en helt annan förväntan på kontakten än vad hen har. På rad 13 lägger hen betoning på "prata" vilket skapar en tydlig kontrast mot det som hen anser att behandlingen går ut på, eller som hen uttrycker det: "Jag sitter ju med en helt annan agenda". Respondenten antyder alltså att hens uppdrag mer handlar om att få saker att hända, snarare än den passivitet som "prat" antas innebära. Hen pratar om vikten av att korrigera patienten då det finns en förväntan att de *bara* ska prata. Respondenten är alltså tydlig med att "prat" inte ingår i hens roll - hen skapar en subjektposition som handlar om någonting annat: att skapa förändring och aktion. Hen förmedlar detta genom att, med en retorisk handling, rentav ifrågasätta mötets (patient-terapeut) betydelse i sig självt (rad 21).

Detta får alltså konsekvensen att syftet med behandling är beteendeförändring och att behandlingsmotivation därför ses som en villighet att testa nya saker snarare än att träffa terapeuten. Således ser vi även en skymt av vilken subjektposition patienten ges, nämligen en roll som innefattar att agera i sitt liv utanför terapirummet.

I detta utdrag kan vi se hur ett sätt att uttrycka sig dels följer en diskurs, samtidigt som det även innebär att diskursen reproduceras. Genom att uttrycka att pratandet i terapisessionen "På nåt sätt skulle få en att må bättre" (rader 13-14) framstår orsak och verkan som osannolikt eller åtminstone luddigt. Det som sker i detta specifika uttalande är att respondenten ogiltigförklarar sambandet mellan prat och förbättrat mående. Modaliteten i meningen signalerar att hen knappast ställer sig bakom påståendet, uttrycket "på nåt sätt" visar en tydlig skepsis. Dessa uttalanden följer en diskurs om motivation i syfte till beteendeförändring, samtidigt cementeras diskursen då resonemanget inte skapar något utrymme för en annan syn på motivation. Detta behöver dock inte tolkas som att hen ifrågasätter kopplingen mellan prat och förbättrat mående. Det centrala tycks vara att hen inte känner igen sig i en sådan beskrivning av sitt uppdrag, och att en eventuell koppling mellan prat och förbättrat mående därför är oviktig för hen. Därmed lyser även syftet med behandling igenom: beteendeförändring och att testa nya saker för att kunna må bättre.

I följande utdrag ser vi återigen hur det görs skillnad på en vilja att må bättre och att genomgå behandling. Det sker dock genom en mer explicit problematisering av hela motivationsbegreppet då respondenten resonerar kring riskerna med att tala om motivation överhuvudtaget.

### Utdrag 12

- |              |   |
|--------------|---|
| 1. Terapeut: | Dels så finns det ju en risk att det finns patienter som verkligen    |
| 2.           | så här pratar extremt mycket om att dom vill gå i terapi och dom      |
| 3.           | står inte ut med sina liv och dom vill- och det kan ju verkligen låta |
| 4.           | som att man är motiverad  |
| 5. Olle:     | Mm  |
| 6. Terapeut: | Men om man (ohörbart) med det inte är beredd att (.) prova nya        |
| 7.           | saker så (.) så är ju det (.) asså det är ju en sorts motivation men  |
| 8.           | det är inte en motivation till att få en fungerande psykoterapi       |
| 9.           | (skrattar)  |

Respondenten säger här att hen helst undviker att prata om motivation eftersom det är ett yvigt och abstrakt begrepp (en snarlik formulering såg vi även i Utdrag 1). Istället förespråkar hen att behandlingsmotivation konceptualiseras som en beredskap att "prova nya saker" vilket identifieras som en nyckelfaktor i att "få en fungerande psykoterapi". Återigen ser vi därmed hur behandlingsfokus är att få till beteendeförändring. Detta sätt att prata går hand i hand med Transtheoretical Model of Change och synen på villighet till förändring. Respondenten gör det tydligt att en vilja att må bättre inte är synonymt med behandlingsmotivation. Återigen blir konsekvensen att patienten förväntas vara aktiv och att terapeuten undviker en subjektposition där hen ska "bota" patienten eller dra i patienten.

### *Sammanfattning av Motivation att må bättre vs motivation att genomgå behandling*

I det här temat ser vi tydliga exempel på när behandlingsmotivation konceptualiseras som en villighet till förändring och att prova nya saker. Således speglar dessa uttalanden en syn på motivation som är mycket lik den som Transtheoretical Model of Change erbjuder. En konsekvens av detta är att terapeuten gör upp ramarna för patientens handlingsutrymme.

Genom detta prat ser vi vad terapeuten förväntar sig av patienten - nämligen att hen ska agera i sitt liv, utanför behandlingsträffarna. Denna subjektposition kan kallas "den aktiva patienten". Samtidigt innebär detta att terapeuten tar en subjektposition som handlar om att *få saker att hända*. Denna diskurs i sin helhet medför att prat (alltså mellan patient och terapeut) i viss mån får låg status. I just denna diskurs associeras nämligen prat till bilden av en passiv patient som förväntar sig att terapeuten ska bota hen under själva terapisessionen. Målet med mötet mellan patient och terapeut, och det eventuella prat som sker i rummet, handlar utifrån denna diskurs om att få saker att hända utanför terapirummet. Det görs alltså skillnad på det "prat" som patienten i vissa fall önskar och det "prat" som terapeuten ser som nödvändigt för beteendeförändring och således också för en lyckad behandling. Därmed görs det också tydligt att behandlingsmotivation handlar om två saker: att komma och träffa terapeuten samt att genomföra beteendeförändringar i sitt privatliv där det sistnämnda ses som det centrala.

### *Lidande som behandlingsmotivation*

Intervjudeltagarna pratade ofta om en koppling mellan patientens lidande och dennes motivation. Detta uttrycktes som en självklarhet med formuleringar i stil med "Om man inte lider finns ju ingen anledning att önska behandling". I dessa resonemang blir behandlingsmotivation en vilja att bli av med sitt lidande. Därmed talades även indirekt om symtomlindring som behandlingens syfte. I dessa resonemang framkom även exempel på hur man som terapeut arbetar aktivt med patientens förhållningssätt till lidandet.

#### **Utdrag 13**

1. Terapeut: Och det är klart att det finns en (.) eh jag tänker (.) en variabel är
2. ju lidandet.
3. Olle: Mm
4. Terapeut: Grad av lidandet ökar ju motivation (.) att ta itu med tuffa saker
5. Olle: Mm
6. Terapeut: Om man inte lider så kommer man ju inte hit. Då är man inte
7. motiverad till en behandlingskontakt. Det finns ju inget att
8. behandla heller på samma sätt

I detta utdrag beskrivs behandlingsmotivation som en vilja att "ta itu med tuffa saker" (rad 4). En konsekvens av detta är att det även blir behandlingens fokus, det vill säga att "ta itu med tuffa saker". Utifrån detta sätt att prata innebär behandling att göra sådant som är jobbigt, och att målet är att minska lidandet. Detta blir särskilt tydligt på den sista raden där respondenten uttrycker att utan ett lidande "finns ju inget att behandla heller".

Respondenten skapar en subjektposition som vi känner igen från temat "Motivation att må bättre vs motivation att genomgå behandling" - nämligen "den aktiva patienten". Återigen tittar vi på uttalandet "Ta itu med tuffa saker". Det är patienten som framställs som agent i denna formulering, språkligt framställs patienten som den som ska "ta itu". Just här nämns inte att "få hjälp med tuffa saker" eller "bli av med tuffa saker" utan det som betonas är patientens agens. Här innebär subjektpositionen dock inte nödvändigtvis beteendeförändring. I den sista raden uttrycks kopplingen mellan lidande och motivation rent retoriskt som en självklarhet.

I följande utdrag utvecklar samma respondent hur hen aktivt arbetar med lidandet i sin behandling för att främja motivation.

Premissen är att jag har målat ett scenario där terapeut och patient inte är överens om vad man ska ägna sig åt - och att man som KBT-terapeut ofta har en idé om vad som är bra för patienten, och vad den borde göra. Respondenten har uttryckt att hen känner igen sig i detta och har precis kallat det för en "krock".

#### Utdrag 14

1. Terapeut: Så jag får tolerera mycket då. Så jag kan aldrig köra över, då blir
2. det dragkamp istället. Så (.) jag allierar med mig patienten mot
3. lidandet. Lämnar in en liten tårbit (skrattar) Som man kan få
4. smaka på. Och hoppas på att jag kan förstärka det. Så ingen idé att
5. kämpa. Och sen så får man ju ganska mycket jobba med att öka
6. lidandet. Alltså med många olika metoder så att (.) det ska kännas
7. lite mer plågsamt gärna. Om man inte vill ändra nåt (skrattar)

På de två sista raderna ser vi hur behandlingsmotivation konceptualiseras som en vilja att förändra. Därmed handlar behandling om att patienten ska få till en beteendeförändring. Samtidigt ges lidandet, och ett utforskande av detta, en mycket stor plats vad gäller behandlingsfokus. Med en tårt-metafor beskriver respondenten hur patienten med små steg får närma sig lidandet (rader 3-4). Hen använder en inlärningspsykologisk diskurs i uttalandet som efterföljer denna metafor ("Och hoppas på att jag kan förstärka det"). Här åsyftas operant betingning och därmed skapas en subjektposition som handlar om att terapeuten uppmuntrar och belönar ett närmande av lidandet. Denna redogörelse i sin helhet följer, utöver det specifika i förstärknings-citatet, en ACT-diskurs. Centralt i ACT är lidandet - inte att bli av med det utan att hitta nya förhållningssätt där man kan närma sig lidandet och skapa utrymme för tolerans. Respondenten pratar om att alliera sig med patienten mot lidandet vilket inom ACT brukar kallas defusion - att skapa ett avstånd till ett problem genom att benämna det som ett koncept eller rentav ett föremål eller ting (Hayes et al., 2012). Genom denna diskurs får alltså lidandet en central plats i att skapa behandlingsmotivation.

Respondenten använder sig av en kamp- eller krigsmetafor. Detta genom ordval som "Jag kan aldrig köra över", "då blir det dragkamp", "jag allierar mig med patienten" och "ingen idé att kämpa". Det är då underförstått att det finns risker här. Att använda kamp som metafor antyder nämligen att det med ett sådant tillvägagångssätt finns en vinnare och en förlorare - att terapeuten och patienten inte längre arbetar tillsammans. Därmed blir denna metafor ett sätt där respondenten skapar en bild av relationen terapeut-patient: ett lag. Detta blir en subjektposition. Respondenten vill alltså undvika att hamna i en situation som består av två parter med varsina agendor som hamnar på kollisionkurs. Genom att använda krigsmetaforen som avskräckande exempel förespråkar respondenten istället en relation där man är en enhet och ett lag som arbetar mot samma mål. I denna subjektposition innefattar även att som terapeut ta ett stort ansvar för att detta lag blir till och består. Respondenten skapar nämligen formuleringar och meningssupplegningar där hen själv är agent. Meningarna utgår ifrån första person singular: "Jag får tolerera mycket", "Jag får inte köra över", "Jag allierar mig" och "Jag kan förstärka det". Denna respondent uttrycker därmed att det är hens naturliga uppdrag att kunna hantera dessa situationer. En konsekvens av denna subjektposition är att patienten får ett stort handlingsutrymme att misslyckas, klaga, protestera, vilja ge upp och så vidare. Patienten ges möjlighet att sätta sig på tvären. Därmed kan det tänkas vara lättare att som terapeut ha just ett konkret och aktivt förhållningssätt till dessa situationer, snarare än att bli frustrerad - eller att gå i kamp som respondenten uttrycker det. Brister behandlingen eller laget så är det för att terapeuten brister i sina förmågor: till exempel då förmågan att tolerera. Därmed skuldbeläggs inte patienten. Avslutningsvis knyter respondenten ihop säcken i sitt resonemang där behandlingsmotivation alltså återigen definieras som en villighet till förändring. De tekniker hen beskriver, och som vi precis tittat på, syftar till att öka denna villighet: "Det ska kännas lite mer plågsamt gärna. Om man inte vill ändra nåt" (rader 6-7). Därmed etableras en koppling mellan lidande och behandlingsmotivation.

I Utdrag 15 (nedan) ges lidandet en annan roll i förhållande till behandlingsmotivation. I de två inledande utdragen i detta tema skapas, som vi sett, en koppling mellan ökat lidande och *ökad* motivation. I Utdrag 15 resoneras istället om en korrelation som går åt andra hållet. I detta utdrag handlar det dock mer explicit om motivation över tid i en behandling. Respondenten beskriver, utifrån inlärningspsykologi, hur ett förbättrat mående (som inte definieras i detalj) antas förstärka behandlingsmotivationen. Mer specifikt bör det förstås som en inlärningspsykologisk diskurs och att ett visst beteende i behandlingen förstärks genom operant betingning. Det benämns inte specifikt vilket beteende som åsyftas men det skapas en koppling mellan *minskat* lidande och ökad behandlingsmotivation. Respondenten säger också att denna korrelation går åt båda hållen då hen resonerar om att en utebliven "effekt" (rad 5) leder till minskad motivation.

### Utdrag 15

1. Terapeut: Jag tänker hur måendet förändras (.) under sessionernas gång.
2. Märker patienten att den börjar må bättre, för att den gör det som
3. man har kommit överens om så tänker jag att motivationen ökar.
4. Att det blir en förstärkare. Å andra sidan om man inte känner
5. effekt så kan jag tänka mig att motivationen minskar

I detta utdrag likställs behandlingsmotivation med ett slags upplevelse av att märka att behandlingen funkar. Detta beskrivs som att patienten "Märker /../ att den börjar må bättre" (rad 2). Därmed skapas en länk mellan att uppleva att behandlingen verkar och att vara motiverad till densamma. Således blir symtomlindring ett tydligare behandlingsfokus än i tidigare utdrag. Här kan vi ana en subjektposition som inte nämns explicit i detta utdrag. Nämligen att behandlingsmotivation utifrån förbättrat mående ger konsekvensen att terapeuten förväntas jobba för att få patienten att uppleva förbättring under behandlingens gång. Detta i syfte att upprätthålla patientens motivation. Denna diskurs och subjektposition kan tänkas leda till att terapeuten får ett större fokus på symtomlindring än beteendeförändring.

En parentes är att i detta utdrag är konceptet överenskommelse (Se Motivation som överenskommelse och åtagande) närvarande då respondenten pratar om att patienten "gör det som man har kommit överens om" (rader 2-3). I sammanhanget används detta som ett sätt att förtydliga kopplingen mellan förbättrat mående och det som görs i behandlingen. Således får överenskommelsen här en viktig roll genom att patienten tydligt ser hur det är behandlingen som gett ett minskat lidande. Genom att det skapats en tydlig överenskommelse av vad behandlingen ska innehålla blir det lättare för patienten att göra denna koppling.

### *Sammanfattning av Lidande som behandlingsmotivation*

Under detta tema såg vi hur respondenterna skapade en relation mellan lidande och behandlingsmotivation. I de två inledande utdragen beskrevs detta som en självklarhet, till exempel i citatet "Om man inte lider så kommer man ju inte hit" (Utdrag 13, rad 6). Behandlingsmotivation beskrevs som en vilja att ta itu med tuffa saker och en vilja att förändra. Lidandet konstrueras därför som en nyckel i att vara motiverad till att genomgå behandling. Vi såg hur behandlingsfokus rörde sig mellan att minska lidande och att få igenom en förändring. Framträdande subjektpositioner var "den aktiva patienten", relationen terapeut-patient som ett lag samt att som terapeut ta ett stort ansvar för att laget uppstår och består. Framför allt den sistnämnda subjektpositionen ger konsekvensen att patienten får ett stort handlingsutrymme att reagera på behandlingen i termer av protest och liknande. Utifrån denna diskurs blir det naturligt att det uppstår krockar mellan patientens och terapeutens idé om hur behandlingen

ska gå till. Därmed har terapeuten en beredskap och det slås fast att det i första hand är terapeutens ansvar att hantera detta.

Vi såg också hur en inlärningspsykologisk diskurs ofta är närvarande när respondenterna resonerar om kopplingen mellan behandlingsmotivation och lidande. Denna diskurs används dock på lite olika sätt i utdragen. Å ena sidan pratas det om att förstärka beteendet att nyfiket utforska lidandet eftersom detta tros öka behandlingsmotivationen (samtidigt som detta på många sätt är behandlingen i sig, utifrån en ACT-diskurs). Å andra sidan pratades det om hur ett ökat lidande (under behandlingens gång) bidrar till *minskad* behandlingsmotivation. I det sistnämnda sättet att prata får symtomlindring genast högre prioritet vad gäller syfte med behandling. Detta i och med att utebliven symtomlindring, utifrån detta resonemang, skapar en patient som inte tror på behandlingen.

### Diskussion

I detta sista avsnitt sammanfattas de svar på studiens frågeställningar som redovisades under Resultat. Svaren grundas alltså på den diskursanalys som genomfördes i föregående avsnitt vars syfte var att undersöka hur ett antal psykologer beskriver behandlingsmotivation. Avslutningsvis följer en reflektion kring implikationer för kliniskt arbete och förslag till framtida forskning.

1. *Hur definieras behandlingsmotivation?*
2. *Vilka konsekvenser får detta? Det vill säga (i) vilka subjektpositioner framträder, (ii) vad blir terapeutens och patientens handlingsutrymme, samt (iii) vad blir behandlingsfokus?*

Precis som väntat definieras behandlingsmotivation på en rad olika sätt, det framträder ingen entydig bild. I resultatet går att urskilja sju olika definitioner. Dessa är behandlingsmotivation utifrån kontextuella faktorer, en villighet att göra det som terapeuten föreslår, en överenskommelse och åtagande, något som går att väcka, att vilja göra saker istället för att "passivt" må bättre samt slutligen att behandlingsmotivation är kopplat till lidande (vilket görs på två sätt).

I utdragen syns stundtals en ovilja att använda begreppet behandlingsmotivation. Flera respondenter uttrycker att det är ett luddigt och svåränvänt begrepp. Då detta resonemang är närvarande pratar respondenterna ofta istället om patientens kontextuella förutsättningar och möjligheter. Genom detta utgår terapeuten ifrån att patienten vill och kan genomgå behandling, bara hen får förutsättningar för detta. Därmed träder terapeuten in i en subjektposition som "problemlösare" som tar ett stort ansvar och är flexibel inför patientens kontext. Det är upp till terapeuten och dennes mottagning att kunna bemöta patienten vilket kan beskrivas som en subjektposition som bygger på en medvetenhet kring att vara del av en organisation. Konsekvensen av denna subjektposition är att det görs tydligt att KBT kan "ges" på en mängd olika sätt. Därav omöjliggörs att tala om en generell motivation för KBT.

Det framkommer en definition av behandlingsmotivation som handlar om villighet att göra det som terapeuten föreslår. Denna konceptualisering träder fram implicit i respondenters berättelse om att avsluta kontakten med patienter som uteblir, inte gör hemuppgifter och/eller inte förbättras i sitt mående. Detta beskrivs stundtals som ett opåverkbart skeende, bland annat då det uttrycks genom en passivisering där terapeut och organisation osynliggörs som agenter (se t.ex. "Då avslutas man" i Utdrag 3). Detta ses som ett led i en New Public Management-diskurs där konsekvensen blir att det ställs höga krav på patienten att vara redo då hen söker sig till mottagningen. En konsekvens av detta är att KBT ses som ett tämligen solitt konstrukt,

det vill säga en stark kontrast till det prat som benämndes i föregående stycke. Här ses alltså KBT nästintill som en medicin som ges och att det är upp till patienten att ta emot detta. Denna diskurs handlar också om att organisationen vägleds av evidensbegreppet och levererar riktad KBT. I detta innefattas en föreställning om att uppdraget går ut på att behandla - inte att förbereda inför behandling. Därmed finns inget utrymme att göra det förarbete som förespråkas utifrån Trans Theoretical Model of Change. I TTM-termer går det att förstå att en terapeut som använder denna diskurs riskerar att felaktigt utgå ifrån att alla patienter befinner sig i handlingsstadiet, och att de som inte gör det avslutas. New Public Management-diskursen tycks alltså försvåra att inta subjektpositionen "problemlösare". New Public Management är inte enbart en diskurs som står högt i hierarki utan det är även en ideologi eller ett system som uppstår genom politiska beslut och hur vården är utformad. Det innebär alltså att det kan förstås som en dominerande diskurs som inte uppstår genom språket hos individuella terapeuter utan snarare bara reproduceras genom deras sätt att tala. Därmed ligger det inte i de enskilda terapeuternas makt att genom språket förändra och dekonstruera denna diskurs. Däremot finns förstås möjligheten att utmana diskursen. Kanske kan slutsatserna i denna uppsats användas till att *förhålla* sig till NPM på ett mer medvetet sätt. Genom att synliggöra hur diskursen kan inskränka handlingsutrymme kring behandlingsmotivation går det att korrigera sitt språk och beteende utan att hamna på kollisionkurs med NPM och de riktlinjer inom organisationen som individen måste förhålla sig till. Ett förslag på detta skulle kunna vara låta explicit motivationsarbete inkluderas i en NPM-diskurs. Detta med argumentet att det torde ge goda behandlingsresultat vilket är status utifrån NPM-diskurs. Därmed förändras också subjektpositionerna och sannolikheten minskar att patienter ses som krångliga eller omöjliga. Ett sådant förhållningssätt är dock problematiskt om detta ansvar läggs på enskilda terapeuter. Det kan tänkas leda till en ohållbar arbetssituation att ta detta ansvar med hög flexibilitet samtidigt som kontexten är oförändrad (det vill säga fortfarande en ledning som har hårda krav på antal träffar och antal patienter som ska "avverkas").

Det pratas också om att behandlingsmotivation är något som uppstår ur en överenskommelse. Konsekvensen av detta är att behandlingen får relationella förtecken där behandlingsmotivation uppstår i kontexten jag-och-du. Både terapeut och patient ges en subjektposition som utgår ifrån att vara del av en relation där en gemensam överenskommelse uttrycks vara nyckel i skapa behandlingsmotivation. I detta prat konkretiseras och operationaliseras behandlingsmotivation på ett sätt som gör det möjligt att prata om och agera utifrån. Det uttrycks att patienten ska "göra" behandling vilket visar vilken central position patienten ges. Patienten får ett stort handlingsutrymme och i denna definition av behandlingsmotivation framkommer subjektpositionen "den aktiva patienten". För att det ska vara en behandling så måste patienten alltså "göra" behandling. Det vill säga: det är omöjligt att benämna något som behandling om inte patienten är aktiv. Detta skulle kunna tolkas som ett snävt handlingsutrymme för patienten, men utifrån sättet det pratas om en ömsesidig relation och överenskommelse blir det tydligt att terapeuten tar ett likvärdigt ansvar i att underlätta för patienten att inta denna subjektposition. Patientens breda handlingsutrymme syns bland annat då respondenterna pratar om att det är *deras* ansvar att vara beredda på att patienter kan bryta överenskommelsen – patienten ges alltså en naturlig plats att göra detta.

Då det pratas om överenskommelsen syns även en fjärde definition: att behandlingsmotivation är något som går att väcka eller skapa. Här blir det tydligt att terapeuten ser det som sitt ansvar att ha en verktyglåda med metoder som möjliggör detta. Denna definition medför en subjektposition hos terapeuten som är långt ifrån det som syns i New Public Management-diskursen. Denna subjektposition innebär nämligen att terapeuten ser sig ha fler uppgifter än

att ”leverera” KBT hos patienter som är ”redo”. Arbetet med att väcka behandlingsmotivation blir rentav en fundamental del av behandlingen – inte enbart en förberedelse inför.

Respondenterna uttrycker att ”riktig” behandlingsmotivation är att vilja genomgå behandling och göra saker - inte att enbart vilja må bättre. I denna diskurs får prat låg status. Åtminstone den typ av prat som respondenterna anser att vissa patienter är ute efter. Den typ av prat som legitimeras är hela tiden inriktad på beteendeförändring. Denna diskurs innefattar att det finns två typer av behandlingsmotivation: dels att komma och träffa terapeuten, vilket ses som ett medel, dels att göra saker utanför terapirummet. Det sistnämnda beskrivs som det mest centrala. Här skapas subjektpositionen ”den aktiva patienten” vilket alltså kontrasteras mot patienter som beskrivs vara ute efter att bli ”botade” genom prat. Detta resonemang visar att terapeuten kräver att patienten är beredd att agera i sitt liv eftersom det är det som anses vara hjälpsamt. Samtidigt innebär detta prat att terapeuten står inför möjligheten att antingen ta ansvar för att denna skiftning av fokus sker – eller att patienten lämnas ensam och fördöms då denne inte riktar sin motivation mot beteendeförändring. Denna femte definition är kanske också den som tycks vara mest rotad i en KBT-diskurs. Det innebär att behandlingsmotivation specificeras som en villighet till förändring och att prova nya saker. Det här följer alltså en tydlig KBT-diskurs och får bland annat konsekvensen att behandlingsfokus är konkret beteendeförändring. Här ser vi tydligt hur språket går mer i linje med Trans Theoretical Model of Change snarare än Self-Determination Theory.

Den sista definitionen som beskrivs är att motivation uppstår ur lidande. Detta uttrycks som en självklarhet med formuleringar som ”Om man inte lider så kommer man ju inte hit”. I denna diskurs är syftet med behandling att minska lidande genom beteendeförändring. En konsekvens av denna diskurs är att den mest fulländade typen av inre motivation och autonomi, så som det beskrivs i Self-Determination Theory, omöjliggörs. I detta sätt att prata genomförs behandlingen i syfte att uppnå någonting konkret - minskat lidande. När behandlingsmotivation kopplas till lidande så framträder också en definition där motivation kommer ur en känsla av att behandlingen fungerar. Detta formuleras och motiveras utifrån en inlärningspsykologisk diskurs. Symtomlindring framkommer då som ett viktigt behandlingsmål eftersom det är det som tros vidmakthålla behandlingsmotivation.

### *Kritisk metoddiskussion*

Att jag själv under intervjuerna var med och skapade, återskapade och befäste diskurser var snarast ofrånkomligt. Detta var något jag behövde förhålla mig till redan då jag rekryterade deltagare. Medvetet försökte jag dölja så mycket som möjligt av min syn på behandlingsmotivation i rekryteringsannonsen (se Bilaga 1). Eftersom mitt intresse för ämnet grundar sig i en upplevelse att behandlingsmotivation har en betydelse som ofta glöms bort i praktiken - och att terapeuten bär ett stort ansvar - försökte jag i så stor utsträckning som möjligt undvika att detta planterades redan inför intervjun. Det är dock uppenbart att jag redan vid själva förfrågan stämplade behandlingsmotivation som ett betydelsefullt fenomen – och att jag anser att terapeuter har en roll att spela var knappast implicit eftersom det var dessa jag önskade intervjua. Detta kan, som nämndes under Metod, även sammanfattas med orden att data är så kallad forskargenererad text vilket också märks på specifika platser i utdragen där jag är med och konstruerar sammanhanget. Ett exempel är när jag skrattar och håller med om att läkarens behandling är ”helt insane” (Utdrag 6, rad 12). Därmed skapas situationen där två psykologer (varav den ena blivande) problematiserar, ifrågasätter, ogiltigförklarar eller rentav förlöjligar den medicinska diskursen (åtminstone i det specifika sammanhang som åsyftas). Detta är ett tydligt exempel på när en diskurs som jag själv har tillgång till syns i materialet. Detta skulle kunna kallas för en psykologisk diskurs i allmänhet, eller kanske KBT-diskurs, där jag genom



språket uttrycker att psykologer har en roll att spela. I intervjuerna tas det generellt för givet att psykologer kan behandla patienter i allmänhet samt påverka dessas behandlingsmotivation. Denna diskurs är jag i högsta grad med om att skapa och upprätthålla. I nyss nämnda utdrag ställs detta alltså mot vad som kan kallas för en medicinsk diskurs eller kanske psykiatridiskurs.

På tal om att ringa in och namnge diskurser: i denna uppsats ger jag mig in på en snårig väg då jag pratar om de tre diskurserna evidens, New Public Management och medicin. Att dessa ofta tangerar varandra är uppenbart. Ibland blir det tydligt hur de samspelar och skapar utrymme för varandra, medan det andra gånger möjligtvis är svårare att motivera en uppdelning. En potentiell svaghet med denna uppsats är därför att definitionerna av dessa diskurser framstår som otydliga eller att poängen med att dela upp dem inte framgår. En förhoppning är dock att denna uppsats bidrar med att synliggöra hur dessa diskurser tycks gå hand i hand och tillsammans står under en övergripande diskursordning (som ej namnges). Att avgöra exempelvis huruvida ledningen vid en psykiatrimottagning utformar riktlinjer efter en evidensdiskurs eller en New Public Management-diskurs är dels svårt men i *viss* mån även oväsentligt. Tydligt blir hur olika sätt att prata får konsekvenser för såväl patienter som terapeuter och att de sistnämnda har begränsad makt att som individer förändra dessa diskurser. Med detta menar jag att det blir tydligt att diskurser handlar om makt och att dessa tre identifierade diskurser tycks ge kraft till varandra vilket befäster deras höga hierarkiska status.

En potentiell svaghet med denna studie är att ingen bedömartriangulering utfördes. De diskurser som presenteras i resultatet ”finns” där, åtminstone i den utsträckning jag lyckas motivera och argumentera för det. Detta är en central tanke inom diskursanalys – det vill säga att de analyser och tolkningar som görs har bäring utifrån styrkan i forskarens resonemang. Detta betyder dock inte att det i transkriberingarna inte fanns *andra* diskurser och *andra* beskrivningar av behandlingsmotivation än de som framkommer i denna studie. En forskares förmåga att upptäcka diskurser i materialet är förstås avhängt dennes egen tillgång till olika diskurser vilket ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv sätter ramar för individens förståelse av den värld som studeras. Att genomföra någon form av bedömartriangulering hade därför kunnat bidra till fler nyanser. Validiteten och kvaliteten på denna studie bör dock bedömas utifrån styrkan i resonemangen som förs fram – de är ”giltiga” utifrån dess tyngd och användbarhet.

En anledning till att behandlingsmotivation uttrycks på så många olika sätt i denna studie kan ha att göra med att urvalet består av en heterogen samling psykologer. Stora skillnader i framför allt arbetsorganisationskontext finns. Detta blir som tydligast i temat “Kontextuella faktorer och behandlingsmotivation”. Ursprungsplanen var att urvalet skulle vara mer homogent men svårigheter att rekrytera deltagare gjorde att även psykologer inom specialistpsykiatri deltog. Detta ses dock i slutändan som en styrka med studien eftersom detta bidrog till att lyfta fram fler perspektiv i allmänhet och frågan om kontextuella skillnader i synnerhet. Genom dessa skillnader i organisation syns hur New Public Management-diskursen påverkar på olika vis och är närvarande även då terapeuten ges förhållandevis fria tyglar.

Som del av den semistrukturerade formen hakade jag på respondentens ordval i intervjuerna. Mina följdfrågor innehöll därför orden “motivation”, “överenskommelse”, “åtagande” och så vidare med olika respondenter beroende på vilka ord respondenten själv valde. På så vis bidrog jag till att intervjuerna skiljde sig åt. På detta vis gavs möjlighet att komma djupare in i respondentens konstruktion av behandlingsmotivation. Genom att cirkulera kring, och återanvända, specifika ordval penetrerades innebörden av dessa och diskurser trädde fram tydligare. Av samma anledning kommenterades respondenternas svar i så liten utsträckning

som möjligt. Istället sades ”berätta mer” eller enkla hummanden för att låta respondenten fritt prata vidare. Detta passiva deltagande i samtalen syns i utdragen.

Att intervjuerna var semistrukturerade innebar att det fanns möjlighet att komma på frågor i stunden. Detta gjorde att vissa intervjuer tog olika sidospår. Med en respondent specificerade jag att fråga om behandlingsmotivation under behandlingens gång varpå jag fick ett svar om hur lidandet påverkar. Där gjordes en koppling mellan lidande och motivation som gick tvärtemot vad andra respondenter sa. Detta svar kan dock tänkas ha uppstått genom min formulering av frågan - jag var med och konstruerade konceptet att motivation kan förändras över tid.

Under intervjuerna hände det att jag nämnde olika scenarier och frågade om respondenten kände igen sig i detta. Därmed kan jag ha signalerat vad jag tyckte var viktigt att prata om. Syftet med detta var dock att ta ansvar för intervjuens riktning.

### *Framtida forskning*

I inledningen av denna uppsats beskrevs en tanke att det kan finnas en skillnad mellan hur psykologer uttrycker att de konceptualiserar behandlingsmotivation rent teoretiskt och hur de faktiskt förhåller sig till detta i praktiken med sina patienter. Denna studie har inte som anspråk att undersöka denna eventuella diskrepans. Däremot skulle det vara intressant att se en kritisk diskursanalys av prat som sker i autentiska terapisisituationer för att se vilket språk som faktiskt används då detta rimligtvis får större konsekvenser för enskilda patienter än det språk som sker mellan en forskare och en terapeut. På så vis kan också studeras hur makt skapas och upprätthålls samt vilka konsekvenser detta får – således skulle just kritisk diskursanalys vara användbart. Särskilt intressant skulle kanske vara att studera interaktioner då en patient inte utfört en hemuppgift. Vilka diskurser framträder i terapeutens prat? Dessutom uppstår möjligheten att titta på patientens språk. Vilka diskurser använder sig patienten av?

### *Slutsats och implikationer för kliniskt arbete*

Resultatet i denna studie visar att begreppet behandlingsmotivation används och förklaras på en mängd olika sätt vilket i sin tur ger olika konsekvenser för såväl patient som terapeut. Särskilt syns hur en New Public Management-diskurs begränsar terapeutens handlingsutrymme att arbeta med patientens behandlingsmotivation. Jag för ett resonemang om att New Public Management i kombination med en evidensdiskurs förbinder terapeuten att ”leverera” KBT på ett strikt sätt där patienten själv måste vara redo då hen söker sig till mottagningen. Den subjektposition som terapeuten ges (ur denna diskurs) innebär ett minskat eller obefintligt ansvar över patientens behandlingsmotivation. I inledningen av denna studie nämndes forskning som betonar den vikt behandlingsmotivation har för behandlingsutfall (Huppert et al., 2006; Keeley et al., 2008). Detta påstående måste kombineras med en syn på behandlingsmotivation som påverkbart för att det inte ska användas som ett motiv att avsluta de patienter som bedöms vara omotiverade. Prochaska och kollegor (2013) resonerar om att det är mer regel än undantag att patienter inte är redo att påbörja beteendeförändring mot behandlingsmål då de inleder kontakten, vilket även respondenterna i denna studie vittnar om. Slutsatsen är därför att vi borde börja ifrågasätta den diskurs som innefattar en så pass hög tilltro till KBT att vi glömmer bort att det krävs mer än att leverera manualen. Evidens och effektstorlek säger ingenting om *hur* patienten ska motiveras. Genom en blinkning till en medicinsk diskurs kan sägas: en medicin är bara effektiv om patienten tar den. Därmed behöver psykologen inta en subjektposition som bygger på att ta ansvar över detta då psykoterapi som process aldrig kan likställas med att svälja en tablett.

## Referenser

- APA Presidential task force on evidence-based practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–85
- Appelbaum, A. (1972). A Critical re-examination of the concept “Motivation for Change” in psychoanalytic treatment. *International Journal of Psycho-Analysis*, 53, 51–59.
- Arenlind, E. (2015). *KBT vid utmattningssyndrom*. Psykoterapeutexamensuppsats. Lunds universitet. Institutionen för psykologi. Tillgänglig: <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=5469603&fileId=5469605> [Hämtad 2019-11-17]
- Bergström, G. & Boréus, K. (red.) (2005). *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. (2., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.
- Börjesson, M. & Palmblad, E. (red.) (2007). *Diskursanalys i praktiken*. (1. uppl.) Malmö: Liber
- Evidence-based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the Practice of Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 17, 2420–25
- Fairclough, N. (2010). *Critical Discourse Analysis: The Critical Study of Language*. (2. ed.) Harlow: Longman.
- Gee, J.P. (2014). *An Introduction to Discourse Analysis: Theory and method*. (4. ed.) Abingdon, Oxon: Routledge.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266–275. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.3.266>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of Mindful Change*. (2. ed.) New York: Guilford Press.
- Hettema, J., Steele, J., Miller, W.R. Motivational Interviewing. (2005). *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Huppert, J. D., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2006). The interaction of motivation and therapist adherence predicts outcome in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder: Preliminary findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 198–204
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255–270.
- Jefferson, G. (2004), Glossary of transcript symbols with an introduction. Lerner, G (red.), *Conversation Analysis: Studies from the first generation*. Amsterdam: John Benjamins, 13-31
- Keijsers, G. P. J., Schaap, C. P. D. R., Hoogduin, C. A. L., Hoogsteyns, B., & de Kemp, E. C. M. (1999). Preliminary results of a new instrument to assess patient motivation for treatment in Cognitive-behaviour Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 165–179 Cambridge University Press. Printed in the United Kingdom
- Keeley, M. L., Storch, E. A., Merlo, L. J., & Geffken, G. R. (2008). Clinical predictors of response to Cognitive-behavioral therapy for Obsessive–compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 118–130
- Keithly, L. J., Samples, S.J., & Strupp, H. H. (1980). Patient motivation as a predictor of process and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 33, 87–97.

- Kernberg, O. F., Burnstein, E. D., Coyle, L., Appelbaum, A., Horowitz, L., & Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 1–276
- Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M., & Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1964–1979.
- Lane, J., (2000). *New public management [Elektronisk resurs]*, London: Routledge
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method*(2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association
- Moyers, T. B., & Rollnick, S. (2002). A motivational interviewing perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 185– 194.
- OPD-2 Task Force. (2008). *Operationalized psychodynamic diagnosis OPD-2: manual of diagnosis and treatment planning*. Cambridge, MA: Hogrefe.
- Pelletier, L.G., Tuson, K.M., Haddad, N.K. (1997). Client Motivation for Therapy scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment*, 68 (2), pp. 414-435
- Petersen, C. A. (2007). A historical look at psychology and the scientist-practitioner model. *American Behavioral Scientist*, 50(6), 758–765. <https://doi.org/10.1177/0002764206296453>
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (2013). Applying the stages of change. I G. P. Koocher, J. C. Norcross, & B. A. Greene (red.), *Psychologists' Desk Reference* (3rd ed). New York, NY: Oxford University Press
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48.
- Psykologförbundet. (2018). *Studera till psykolog*. <https://www.psykologforbundet.se/utbildning/Studera-till-psykolog/>. Hämtad 2019-11-24
- Rollnick S., Heather N., Gold R. and Hall W. (1992). Development of a short "Readiness to Change" questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction*, 87, 743-754
- Rosenbaum, R. L., & Horowitz, M. J. (1983). Motivation for psychotherapy: A factorial and conceptual analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 346–354.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A Self-determination Theory Approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*, 49(3), 186–193. <http://doi.org/10.1037/a0012753>
- Shakow, D., Hilgard, E. R., Kelly, E. L., Luckey, B., Sanford, R. N., & Shaffer, L. F. (1947). Recommended graduate training program in clinical psychology. *American Psychologist*, 2, 539–558.
- Sifneos, P. E. (1975). Criteria for psychotherapeutic outcome. *Psychotherapy and Psycho-somatics*, 26, 49–58
- Svensson, P. (2019). *Diskursanalys*. (Upplaga 1). Lund: Studentlitteratur.

Vogel, P. A., Hansen, B., Stiles, T. C., & Götestam, K. G. (2006). Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in Cognitive Behavioral Treatment of OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 247–255

Westra, H. A. (2004). Managing resistance in Cognitive Behavioural Therapy: The application of motivational interviewing in mixed anxiety and depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33(4), 161–175.  
<https://doi.org/10.1080/16506070410026426>

Winther Jørgensen, M. & Phillips, L. (2000). *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

### **Lagtext**

Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor

Bilaga 1  
Rekryteringsannons

PSYKOLOGER SÖKES FÖR INTERVJU TILL EXAMENSARBETE

Hej!

Jag heter Olle och ska i höst skriva mitt examensarbete på psykologprogrammet, Stockholms universitet. Jag kommer att genomföra intervjuer med verksamma psykologer och söker nu deltagare.

Uppsatsen kommer att handla om behandlingsmotivation hos patienter, och jag är nyfiken på att höra psykologer resonera kring detta. Under intervjun kommer du att få frågor om hur du ser på och förhåller dig till behandlingsmotivation. Handleder gör Per Carlbring och Lena Låstad.

Jag söker dig som är legitimerad psykolog och som arbetar med KBT. Du jobbar i primärvården eller öppenpsykiatri och träffar ofta deprimerade patienter. Är du van att arbeta med MI kan du tyvärr inte delta eftersom MI innebär ett explicit fokus på motivation.

Intervjuerna genomförs under september och tar 45-60 minuter. Jag befinner mig i Stockholm och är mycket flexibel vad gäller både plats och tidpunkt.

Anmäl ditt intresse eller ställ frågor på [emailadress] // [telefonnummer]

Tack!

Bilaga 2  
Intervjumall

**DEL 1**

Kort om dig själv – utbildning, jobb, verksamhet (kollegor, flöde osv)

**DEL 2**

- \* Vad betyder behandlingsmotivation för dig?
- \* Är det viktigt att patienten är motiverad, varför?
- \* Vad tänker du påverkar - vad gör en person mer eller mindre behandlingsmotiverad?
- \* Vad är orsaken till att olika patienter har olika motivation?
- \* Hur märker du huruvida en patient är motiverad?
- \* Om vi tittar på dina egna patienter - Skulle du säga att du kan dela upp patienter du har i två grupper, motiverade vs inte motiverade/mindre motiverade?
- \* Tycker du att det finns något som särskiljer motivation att gå i psykoterapi från annan motivation?
- \* Försöker du någonsin påverka motivationen explicit, vad gör du i så fall?
- \* Hur kommer det sig att patienter inte blir motiverade, trots dina försök?
- \* Hur pratar ni om behandlingsmotivation på arbetsplatsen, kollegor emellan?
- \* Hur pratade man om behandlingsmotivation på din utbildning?
- \* Som KBT-terapeut har man ju ofta en tydlig idé om vad patienten bör göra - vad säger du om det?
- \* Vad kan få patientens motivation att minska? Som du gör?

### Bilaga 3

Förenklad version av Jeffersonsystemet (Jefferson, 2004)

Siffran i vänsterspalten talar om vilken rad det är, vilket har syftet att läsaren lättare ska identifiera särskilda utsagor som nämns i resultatet.

(.)	Kort paus
(2)	Längre paus där siffran indikerar antal sekunder
<u>absolut</u>	Ett understruket ord sägs med betoning och emfas utifrån melodi
ABSOLUT	Ett ord i versaler sägs med hög volym
absolu:t	Kolon efter en bokstav indikerar att detta ljud dras ut
[ja [okej	Uttalanden som överlappar varandra, sägs samtidigt
(ohörbart)	Ett eller flera ord sägs som ej går att tyda på ljudinspelningen
(skrattar)	Talaren skrattar
(suckar)	Talar suckar
./.	Transkribering som ej är relevant