



Brist på sympati

Psyko­te­ra­peu­ters up­plev­elser och erfarenheter av att arbeta med klienter de inte känner sympati inför

Ewa Andersson och Monika Andersson

Psyko­te­ra­peut­pro­gram­met, in­rik­tn­ing PDT

Vår­ter­min­en 2016

Exa­men­sar­bete, 15 hp

Hand­ledare: Extern hand­ledare Rolf Holmqvist och intern hand­ledare Bengt Eriksson

Sammanfattning

Studiens syfte var att undersöka terapeuters erfarenheter av hur ett samarbete kan skapas när utgångspunkten är att man inte känner sympati för patienten i en terapirelation. Det finns förhållandevis lite forskning som handlar om denna specifika aspekt av behandlingsrelationen. För att belysa frågan intervjuades sju legitimerade psykoterapeuter med en halvstrukturerad fokuserad intervju. Nyckelord och citat utmynnade i fem huvudteman med underteman. Huvudteman var: Utforskande/Nyfikenhet, Allians, Arbetsmetoder, Värderingar och Egen utveckling. Informanterna menade att det går att ha en samarbetsrelation med en patient trots att man som terapeut inte känner sympati men man upplever alliansen som svagare. De upplevde att det underlättar att ha en god terapeutisk allians över tid och att utfallet blir mer gynnsamt. Vi fann också att terapeutens personliga värderingar och etiska principer är det som avgör om man kan ha en behandlingsrelation överhuvudtaget. Hamnar terapeuten i alltför svåra personliga värdekonflikter upplevde samtliga att det inte gick att fortsätta. Resultatet visar att brist på sympati för patienter förekommer och intervjupersonerna hade metoder för att hantera dessa känslor. Lång yrkeserfarenhet, livserfarenhet, egenerapi, utbildning, handledning och tillgång till kolleger kan ha varit underlättande i hanteringen av de problem i terapirelation och behandling som en bristande sympati kan skapa.

Nyckelord: Allians, Sympati, Metod, Psykoterapi, Antipati

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Alliansen	1
Sympati och empati	2
Terapiprocessen och negativa känslor	2
Alliansens värde/betydelse	6
Syfte	7
Frågeställningar	7
Metod	7
Urval av informanter.....	8
Genomförande.....	8
Databearbetning och analys.....	9
Etik.....	10
Resultat	10
Utforskande/Nyfikenhet	11
Att bli lyssnad på.....	11
Intresse för andra.....	11
Allians	12
Allians - samarbete	12
Alliansbrott	13
Arbetsmetoder.....	13
Förhållningssätt och val av metod.....	13
Omfördelning av patienter.....	14
Värderingar	15
Upplevelsen av sympati påverkas	15
Värdekonflikt.....	16
Egen utveckling.....	18
Medvetenhet om sig själv	18
Handledning och egen terapi.....	18
Medvetenhet om sin egen makt position.....	19
Diskussion	20
Resultatdiskussion	20
Metoddiskussion	24
Slutsatser	25
Referenser	
Tillkännagivanden	
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	

Inledning

Vi är båda socionomer i vår grundutbildning med vidareutbildning i psykoterapi (steg 1) med relationell respektive KBT inriktning. Tillsammans har vi många år i yrkeslivet, både inom kommun, landsting samt som egna företagare. Detta har format oss till dem vi är idag. Under dessa yrkesverksamma år har vi mött människor som vi har haft olika lätt att samarbeta med. Ibland har vi lyckats bra och andra gånger mindre bra och ibland har vi upplevt att vi har haft svårt att känna sympati för personen vi träffar. Genomgående är ändå att vi upplever att vi nått ett bra resultat i vårt arbete med klienter där vi har haft ett gott samarbete och en god allians. När ett samarbete bryts så gäller det att försöka reparera detta och vår erfarenhet är att om man lyckas med reparationen så ökar möjligheterna till ett bra resultat. Det är lättare att upparbeta ett gott samarbete med de människor som man känner sympati för på något sätt.

Vad vi vill undersöka närmare är terapeuters erfarenheter av hur ett samarbete kan skapas när utgångspunkten är att man inte känner sympati för patienten. Vi vill skriva om hur bristen på sympati för patienten kan se ut, upplevas och tänkas om för en terapeut samt hur man som terapeut kan bidra till att bygga ett fungerande samarbetsklimat med patienter som man inte känner sympati inför. Detta är något som det inte talas om så mycket och det finns inte heller så mycket forskat eller skrivet om det. Det kan vara lite skamligt att inte känna sympati för sin klient och det kan kännas svårt att prata om det med kollegor eller handledare.

Bakgrund

Vi är intresserade av terapeuters erfarenheter av hur ett samarbete kan skapas när utgångspunkten är att man inte känner sympati för sin patient. Förr eller senare möter man som terapeut patienter som man känner motvilja inför och att då få till ett fungerande samarbetsklimat kan vara svårt. Denna brist på sympati inför klienten påverkar oss som terapeuter på olika sätt, mycket beroende på vilka vi är som personer och vad vi själva har för erfarenheter med oss.

Alliansen

Alliansen är ett begrepp som används i de flesta terapeutiska sammanhang och den tillskrivs lite olika betydelse. Men genomgående är det en komponent att ta hänsyn till och väga in i relationen i allt terapeutiskt arbete. Man skulle kunna säga att alliansen är en aspekt av relationen vilket inte innebär att den är hela den terapeutiska relationen. Den kan beskrivas som ett samförstånd om mål för behandling, vilka metoder man ska använda för att komma

dit och det känslomässiga bandet mellan terapeut och patient (Bordin, 1979). I det terapeutiska arbetet är en utgångspunkterna att människor förändras/växer/utvecklas i relationer.

Sympati och empati

Sympati, empati och compassion är begrepp vi använder men som definieras lite olika. Tyvärr finns det ingen hel konsensus definition på dessa begrepp inom forskarvärlden eller inom litteraturen. Vi har valt att använda oss av begreppet sympati i denna undersökning eftersom vi ser det som ett något vidare begrepp. Eklund (2013) menar att man känner sympati för någon som upplever något, alltså en annan person, men vi kan också känna sympati för en idé eller politiskt parti. Sympati innehåller ett gillande men det behöver inte empati göra. Han talar även om olika sorters empati eller brist på empati. En autistisk person kan ha en kognitiv empatibrist medan en psykopat har en känslomässig empatibrist. Sympati är mer förståelsemässig och kognitiv och innehåller ett gillande (Eklund, 2013). Vi har valt att använda oss av Eklunds definition av sympati och empati med medvetenhet om att detta är svåra och omdiskuterade begrepp och definitioner.

Eklund (2013) har i en artikel valt att granska nio empatiforskares definitioner av empati med utgångspunkt från de vanligaste komponenterna i begreppet empati; känsla, förståelse och omsorg. De nio forskarna har valts utifrån deras vetenskapliga publikationer. Resultatet av genomgången visade att känsla finns med i åtta av definitionerna, förståelse i sju och omsorg i två. Eklund föreslår fortsatt forskning så att man kan närma sig en konsensus-definition av empati. Han definierar empati som att det innehåller fem komponenter: känsla, förståelse, välbefinnande, igenkännande, distans eller skillnad (man vet att det här är min känsla och det där är din). Empati är alltid riktad mot en annan person och ett medvetande (Eklund, 2013).

Terapiprocessen och negativa känslor

Att arbeta som psykoterapeut har många dimensioner och infallsvinklar. Man träffar människor i olika skeenden i livet med olika livshistorier, erfarenheter och hjälpbehov. I terapisituationen har patient och terapeut olika roller och tillsammans skapar man en relation. Patienten har sina upplevelser, tankar, känslor, erfarenheter och personlighet och terapeuten har sina med in i relationen. Att vara i en terapirelation som terapeut är ett krävande arbete på flera plan och Wolf, Goldfried och Muran (2013) menar att det är ofrånkomligt att uppleva negativa känslor så som ilska, frustration, rädsla och även hat i terapirelationen. Terapeutens ingång är empatisk och inkännande och man går in i relationen med ett intresserat

förhållningssätt. Man går ju också in med sin egen mänsklighet och med de erfarenheter som skapat personen man själv är. Det är individuellt vad man reagerar på i en terapirelation beroende på vad man själv har för erfarenheter. Just den mänskliga aspekten är, menar Castonguay och medarbetare (2010) viktig att ta hänsyn till och uppmärksamma hos sig själv som terapeut, bland annat för att motverka utbrändhet, tvivel och känslor av att inte vara tillräcklig. De menar vidare att det är en utmaning att tillåta sig att bli påverkad av och engagerad i en annan människa. Det viktiga är hur man som terapeut hanterar de olika känslorna för att bevara sin empatiska förmåga (Castonguay et al, 2010).

Hayes (1998) lyfter fram motöverföringen som en betydande komponent för terapeuten och ger följande definition: ” *the therapist’s internal or external reactions that are shaped by the therapist’s past or present emotional conflicts and vulnerabilities*” (Hayes, 1998, sid 25). Sitt eget inre liv kan man ju som terapeut inte hela tiden vara uppmärksam på i terapisituationen men det är viktigt att ha en god självkänedom och självinsikt om vad som t.ex. kan vara triggnande i en terapisituation. Det är viktigt att ha möjlighet till handledning och egenterapi fortlöpande i sin karriär för att skapa en större trygghet hos sig själv och i sin yrkesroll. Hayes (1998) menar att det är fem faktorer som påverkar hur man att hanterar överförings- och motöverföringssituationer. Självinsikt (self-insight), föreställningsförmåga (conceptualizing), empati (emphaty), integritet (self-intergration) och ångestreglering (anxiety-management). Dessa faktorer underlättar för terapeuten att, utifrån sin teoretiska kunskap och sin kunskap om patienten, växla emellan att vara en deltagare i relationen och att inta en observerande objektiv position i mötet, att i situationen kunna sortera informationen här och nu. Förmåga att metakommunicera i situationen och att använda self-disclosure (självutlämnande) är värdefullt i terapirelationen. Det tillåter och skapar en tillåtande hållning och möjliggör att man kommer närmare varandra och patienten får kunskap och inblick i hur det är att vara i en relation, en insikt om att man själv bidrar och skapar relationer med andra människor. Att använda sig av och se värdet av att ha en medvetenhet om sig själv och hur man reagerar och agerar i olika situationer öppnar upp för ett självomhändertagande och hjälper en som terapeut att bibehålla sin empatiförmåga. Negativa känslor förekommer i de flesta terapirelationer. Hayes (1998) menar att det är värdefullt att använda dessa känslor och våga lyfta dem i terapisituationen och göra dem till en viktig del i det terapeutiska arbetet.

Williams och Day (2007) skriver att det finns en del litteratur som tar upp dilemman kring arbete med ”svåra och motsträviga” klienter men att det inte finns mycket forskat om hur det är att arbeta med klienter som vi känner motvilja mot eller tycker illa om. De som arbetar med

familjeterapi kan tänkas stöta på detta dilemma i en än mer komplex form. De kan t.ex. känna mer sympati för den ena parten än för den andra (Williams & Day, 2007).

En möjlig orsak till att terapeuter tycker illa om en klient kan ha med motöverföring att göra. Det handlar då om terapeutens egna omedvetna känslor och reaktioner som väcks av något hos klienten. Dessa känslor kan vara av negativ karaktär vilket kan försvåra det fortsatta klientarbetet. Det gäller att som terapeut vara vaksam på detta. Handlar det om väldigt stark motöverföring är det viktigt att som terapeut våga arbeta med detta exempelvis i egenterapi (Macran, m.fl., refererad i Williams & Day, 2007, sida 86).

En terapeuts motvilja för en klient kan vara beroende på patientens diagnos. Ibland kan en klient upplevas vara väldigt negativ, kritisk och pessimistisk av terapeuten vilket t.ex. skulle kunna vara symtom på en depression eller förstämningssyndrom vilket kan bidra till att terapeuten upplever motvilja (Williams & Day, 2007). Terapeutens reaktioner och svårigheter med en klient kan också vara en pusselbit till allvarligare psykopatologi (Schwenk & Romano, 1992). Samtidigt är det viktigt med att inte sjukdomsförklara en klient för snabbt pga. att terapeuten inte tycker om klienten (Strean, 1993). Terapeutens känslor för klienten kan även spegla hur andra känner inför klienten (Mark, 1997).

Det gäller att hitta något hos klienten som man tycker om eller fastnar för på något sätt. Genom att titta på klienten med andra ögon eller med "någon annans ögon" så kan man få nya perspektiv. Par- och familjeterapeuter kan t.ex. be den andra partnern att berätta vad han/hon föll för när de träffades. Förhoppningsvis kan det finnas något där som kan ge en ny bild av klienten. Det finns alltid en risk att andra personers negativa inställning till klienten kan påverka det egna känsloläget hos terapeuten (Williams & Day, 2007).

Ett verktyg att använda i arbetet med klienter som man upplever ett motstånd till som terapeut kan vara "The Intent-Impact Model" (Gottman, Notarius, Gonso & Markman, 1976). Genom modellen så utforskar man om avsikten från avsändaren är samma som den mottagaren får. En klient som är orolig för sin partner kan uttrycka detta genom kritik, vilket får en negativ effekt hos partnern. Terapeuten kan på detta sätt få fram mer positiv eller neutral tanke/bild bakom beteenden som terapeuten ogillar, man försöker på så sätt öka sin egen förståelse .

Terapeuten måste anstränga sig för att hitta och identifiera en klients styrkor och positiva sidor extra mycket när känslan "tycker inte om" finns med. Det finns en speciell intervjuguide som kan användas i familjeterapi för att hitta de starka sidorna och individens resurser (Echevarria-Doan, 2001).

Att arbeta med klienter som tex är dömda för sexuella övergrepp mot barn, kvinnomisshandel och liknande väcker starka känslor hos de flesta som kan medföra att man som terapeut har svårt att tycka om patienten. Det är då viktigt att kunna skilja på individen och handlingen. *"God hates the sin, but loves the sinner"* (Freedman & Combs, 1996, s.88). Det kan tillåta terapeuten att känna "compassion" för sin klient men avsky för själva handlingen.

Genom att bibehålla sin nyfikenhet som terapeut om klientens liv, med alla utmaningar, svårigheter och andra komplexa sammanhang som patienten ingår i så kan detta hjälpa till att öka förståelsen för klienten samt att det kan bli lättare att känna med och för sin klient. På olika sätt kan man som terapeut försöka att sätta sig in i sin klients värld. Detta kan vara av speciell vikt om terapeuten inte har liknande erfarenheter eller bakgrund som sin klient. Terapeuten kan inte fullt ut vara medveten om alla de utmaningar och svårigheten som klienten varit med om (Williams & Day, 2007).

Genom att ytterligare utforska en klients hela uppväxthistoria generationer bakåt så kan det vara lättare att känna "compassion" och empati för en klient. Detta är extra viktigt för de terapeuter som upplever ett motstånd för sin klient. En förälder som inte är speciellt omhändertagande eller kärleksfull mot sitt barn kanske kommer från uppväxtförhållanden som var än mindre kärleksfulla eller omhändertagande vilket i sin tur kan öka en slags förståelse då patienten inte har med sig egna positiva erfarenheter från sin egen barndom/uppväxttid (Williams & Day, 2007).

Det kan vara klokt att rådgöra med andra terapeuter eller under handledning ta upp de svårigheter man känner inför vissa patienter. I många fall är det så att klienter som är svåra att tycka om för en terapeut ofta är "svåra" klienter. Mer erfarna terapeuter kan kanske komma med idéer och förslag på perspektiv och förhållningssätt som kan reducera den frustration en terapeut antagligen har som inte tycker om sin klient (Williams & Day, 2007).

Ett starkt ogillande inför en klient omöjliggör en bra och nödvändig arbetsallians (Pipher, 2000; Layton, 2005). Klienten kommer sannolikt inte att få det han/hon behöver och i sådana fall kan det vara bra att remittera klienten vidare. Detta är något som också Baker (2009) tar upp. Hon menar att terapeutens upplevelse och känsla av empati för sin patient är en förutsättning för ett lyckat resultat av terapiarbetet. Det finns också en möjlighet, menar hon, att känslan kan förändras hos terapeuten under processens gång även om det varit negativa känslor från terapeuten inledningsvis. Det kan vara viktigt att ställa sig frågan om man kan tillhandahålla en tillräckligt god relation genom att t.ex. fråga sig själv på vilket sätt patientens agerande väcker personliga känslor/reaktioner hos en själv som terapeut och utifrån

det fundera på om det är möjligt att komma förbi det eller inte. Man kan också metakommunicera om detta i terapirummet det vill säga kommunicera om kommunikationen vilket kan leda terapirelationen framåt i en positiv riktning. Baker (2009) menar också att lyckas det ändå inte efter man försökt så får man helt enkelt remittera sin patient vidare så att han/hon får rätt hjälp. Det är också viktigt att man som terapeut inser att man inte kan hjälpa alla, så att det inte upplevs som ett misslyckande om man remitterar sin patient vidare till en annan terapeut. Det blir viktiga erfarenheter att ha med sig och växa av i sitt fortsatta arbete som kliniker (Baker, 2009).

Även om det finns förhållandevis begränsat med forskning om hur man som terapeut förhåller sig när man möter klienter som man inte tycker om så är det något som händer och existerar. Det kan vara svårt och kännas väldigt genant för terapeuter att ta upp detta dilemma på t.ex. handledning. Anledningen till att vi en gång i tiden valde det här arbetet är att vi vill hjälpa och att vi tycker om andra människor.

Alliansens värde/betydelse

Ett stort antal studier har visat att alliansen har en signifikant men måttlig betydelse för terapins resultat. I den senaste meta-analysen (Horvath et al, 2011) fann man att sambandet mellan allians och utfall var $r = .28$. Vilket då betyder att om man ska förutsäga behandlingsutfall utifrån patientens skattningar på ett alliansformulär så har man inte mer än 8% chans att skatta rätt. Det är ju ganska lite och man brukar använda denna siffra om man vill visa att sambandet mellan alliansen och utfallet inte är så himla starkt. Ändå är alliansen ett av de starkaste måtten för att predicera utfall. Så det betyder egentligen att vi inte alls vet särskilt mycket om vi ska förstå varför en terapi går bra och en annan går dåligt.

En viktig fråga är om alliansens betydelse beror på att patienter förbättras och därmed uppfattar alliansen som god eller om det finns ett samband mellan allians och utfall oberoende av hur patientens symtom har förändrats fram till den tidpunkt då alliansen mäts. De flesta studier tyder på att sambandet mellan allians och utfall inte är beroende av förbättring fram till alliansmätningen (Falkenström, Granström & Holmqvist, 2013).

Det finns flera studier som tar upp att terapeuter med en trygg anknytning ofta får en tryggare allians med sina patienter. Det finns också studier som visar att vissa terapeuter har lättare att skapa allians än andra (Wampold, 2012). Alliansen kan också fluktuera från session till session. Detta har studerats bland annat som uttryck för alliansbrott (Larsson, Falkenström, Andersson & Holmqvist, in press)

Det förefaller finnas ett ömsesidigt samband för allians och symtomlindring (Falkenström et al., in press). Detta gäller oberoende av terapiform dvs om det var KBT, PDT eller stödsamtal. Vilken typ av terapeut man träffade hade inte någon betydelse, inte heller graden av depression eller ångest. Patienter med någon form av personlighetsstörning verkade påverkas mer av relationen med terapeuten än andra (Falkenström et al., 2013).

Det finns en pågående diskussion inom forskarvärlden när det gäller om terapiformer i allmänhet har likartad effekt, vilket några forskare hävdar (ex Wampold, 2011) medan andra forskare menar att skillnader mellan terapimetoder har betydelse för ett antal tillstånd.

Forskningen har då ställt frågan vad det är som gör att patienterna mår bättre och blir friskare? Här skiljer man på specifika effekter, t.ex. val av terapimetod som PDT eller KBT och generella effekter, så kallade "the common factors", dvs. den terapeutiska relationen eller alliansen mellan terapeut och klient. "Common factors" innefattar fler komponenter än bara relation och allians, såsom att patienten är i en behövande situation, att terapeuten har en expertroll med speciella kunskaper, att terapeuten kan ge förklaringar som lugnar etc. I det sammanhanget torde även terapeutens känsla av sympati gentemot patienten ha betydelse.

Syfte

Studiens syfte var att undersöka terapeuters erfarenheter av hur ett samarbete kan skapas när utgångspunkten är att man inte känner sympati för patienten.

Frågeställningar

1. Hur kan bristen på sympati för patienten se ut och upplevas av terapeuten och hur kan terapeuten tänka kring detta?
2. Hur kan man som terapeut bidra till att bygga ett fungerande samarbetsklimat med patienter som man inte känner sympati inför?

Metod

Vi har valt en kvalitativ forskningsansats då vårt syfte var att undersöka psykoterapeuternas egna upplevelser, beskrivningar och erfarenheter. En undersökning av kvalitativ art kan vara antingen deskriptiv (beskrivande) eller explorativ (utforskande, undersökande) till sin karaktär (Olsson & Sörensen, 2007). Vi har valt att använda en förståelseinriktad, hermeneutiskt inspirerad metod för att få information om hur informanterna såg på de problem vi ville undersöka. Det är då viktigt att vara medveten om både informanternas och vår egen

förförståelse. Kvale (2014) beskriver den hermeneutiska analysen som en process i cirklar. Den process kan pågå i det oändliga men upphör i verkligheten när man nått en sorts enhetlighet så fri från olik tänkande som möjligt. Olsson & Sörensen (2007) talar om den hermeneutiska spiralen där en sorts sammansmältning av förståelsehorisonter uppstår när vi kan se på verkligheten med varandras ögon/perspektiv.

Urval av informanter

Vi har gjort ett strategiskt urval av informanter eftersom vårt syfte var att hitta informanter som vi tänkte skulle kunna ha goda kunskaper om frågeställningarna och att det skulle vara rimligt geografiskt avstånd till informanterna (Kvale, 2014). De urvalsprinciper vi hade var att de alla skulle vara legitimerade psykoterapeuter med minst tre år i yrket. Vi sökte först länsvis genom Riksföreningen Psykoterapi Centrum (RPC), efter legitimerade psykoterapeuter i vårt närområde. Tyvärr gav denna sökning inte önskvärt resultat då många legitimerade psykoterapeuter inte är medlemmar i föreningen. Efter detta gjordes ett så kallat kart sök genom Eniro på legitimerade psykoterapeuter, kontakt togs även med närliggande psykiatriska mottagningar. Informanterna kontaktades genom telefon och de som vi fick kontakt med och tackade ja till intervju, bokades in och intervju genomfördes. Sammanlagt intervjuade vi sju psykoterapeuter, med mellan 7 och 26 år som legitimerade psykoterapeuter bakom sig. Deras grundutbildning var psykolog, socionom och sjukgymnast. Det var fem stycken som hade legitimation inom PDT, en inom KBT och en familjeterapeut. De hade flera vidareutbildningar inom KBT, systemisk gruppterapi, familjeterapi. Genusfördelningen var ojämn då vi endast intervjuat en man, de återstående sex var kvinnor. Samtliga hade varit anställda i perioder av landstinget, den kommunala socialtjänsten eller S:t Lukasstiftelsen eller annan större privat vårdgivare. Alla drev egna företag inom området psykoterapi.

Genomförande

Våra informanter kontaktades först via telefon och sedan skickades ett informationsbrev ut till dem via e-post (Bilaga 1). Där framkom att vi var två psykoterapistuderande bosatta i Västmanlands respektive Östergötlands län som sökte legitimerade psykoterapeuter för intervju, i respektive län eller angränsande län med syfte att utforska/undersöka terapeuters erfarenheter av hur ett samarbete kan skapas när utgångspunkten är att man inte känner sympati för patienten.

Fyra av intervjuerna gjordes i Västmanland och tre gjordes i Östergötland. Sex av intervjuerna gjordes på informanternas respektive arbetsplatser och en intervju gjordes på intervjuarens

arbetsplats. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades ordagrant av intervjuaren. Efter utskrift lyssnade och läste vi igenom varandras intervjuer. Detta för att få ytterligare känsla och information än bara det skrivna ordet. Ewa Andersson spelade in intervjuerna på en diktafon och Monika Andersson spelade in samtidigt på sin mobil och en filmkamera med endast ljudupptagning. Anledningen till detta var att inga tekniska problem skulle hindra ljudupptagningen.

För att få så fylligt material som möjligt använde vi en semistrukturerad intervjuguide med tre övergripande frågor utifrån syftet och underfrågor så att informanten ges möjlighet att beskriva och utveckla sina svar (Bilaga 2). Fråga ett belyser bristen på sympati, fråga två handlar om själva metoden och arbetet med att bygga allians och i den sista frågan ber vi om exempel och egen erfarenhet. Även uppföljande och kartläggande frågor ställdes under intervjun. Total tid för intervjuerna varierade mellan 1 - 1,5 timme.

Databearbetning och analys

Vi använde oss av en form av tematisk analys. Textbearbetning med ”meningskondensering” är enligt Olsson & Sörensen (2009) det lättaste sättet att behandla en stor textmassa. Kvale (2014) tar upp tillvägagångssättet i fem steg vilket vi följt genom studien. Alla intervjuerna har skrivits ut och lyssnats igenom av oss båda. Detta för att ge en vidare bild av intervjuerna än bara det skrivna ordet, en sorts helhet. Meningskoncentreringen innebär att man tar ut det väsentligaste ur långa meningar och stycken utan att dessa förlorar sin innebörd. Meningskondenseringarna/meningsenheterna sammanförs sedan till meningskategorier (Olsson & Sörensen, 2007; Kvale, 2014). Praktiskt har detta inneburit att vi skrivit ut intervjuerna på 75 % av sidan för att sedan ha 25 % marginal kvar för arbete med meningskoncentrering och meningskategorierna. Detta steg har upprepats vid två tillfällen; först har vi gjort detta var och en, sedan har vi gått igenom hela textmassan tillsammans för att hitta meningsenheter. Varje intervju har först kondenserats för sig för att sedan läggas samman med alla intervjuerna för ytterligare kondensering. Dessa mindre meningsenheter har sammanställts på papper med stor högermarginal för ytterligare kondensering. Efter detta formuleras teman utifrån de mindre meningsenheterna. Av de slutliga temana har vi skapat underrubriker där vi redovisar kondenseringen av textmassan och belyser med citat.

Det fjärde steget i Kvale (2014) handlar om att ställa frågor till meningsenheterna utifrån det syfte vi har med undersökningen. ”Vad säger oss denna meningsenhet om alliansskapande i en terapisituation när terapeuten inte upplever en känsla av sympati?” Det femte steget innebär att alla intervjuernas viktiga teman förs samman i en deskriptiv målformulering.

Etik

Informanterna informerades om Vetenskapsrådets etiska riktlinjer vad gäller informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet, dels i informationsbrevet men även i samband med själva intervjun. Informanterna har informerats både muntligt och skriftligt om syftet med intervjun och studien samt att full anonymitet kommer att beaktas.

Resultat

Analysen av vårt intervjumaterial resulterade i fem teman med ett antal subteman. Dessa kan översiktligt sammanfattas enligt följande:

1. Utforskande/Nyfikenhet
 - a. Att bli lyssnad på
 - b. Intresse för andra
2. Alliansen
 - a. Allians – samarbete
 - b. Alliansbrott
3. Arbetsmetoder
 - a. Förhållningssätt och val av metod
 - b. Omfördelning av patienter
4. Värderingar
 - a. Upplevelsen av sympati påverkas
 - b. Värdekonflikt
5. Egen utveckling
 - a. Medvetenhet om sig själv
 - b.Handledning och egen terapi
 - c. Medvetenhet om sin egen makt position

Utforskande/Nyfikenhet

Att bli lyssnad på

Rätten att få finnas till och bli tagen på allvar för den man är samt få hjälp där man befinner sig i livet återkommer hos flera av informanterna på olika sätt.

”De patienter som man träffar de behöver ju hjälp. Och det är inte så väldigt många andra möjligheter de har.”

”Det är viktigt att man är trogen, inte sviker, att man ser människor trots att de alltid tidigare bedömts som omöjliga. Det är viktigt att säga att jag finns för dig.”

Det finns en ödmjukhet inför livet och dess svårigheter där upplevelsen av att känna sympati underlättar. Genom att lyssna och ge patienten tid så underlättar detta alliansen.

Intresse för andra

Många av informanterna vi träffat talade om ”nyfikenhet” och intresse för andra människor som en viktig del i arbetet som psykoterapeuter men även som en anledning till sitt yrkesval, ett intresse av andra människor och relationer.

”Ja det är nog att fråga ganska mycket, att vara intresserad och försöka att upparbeta nyfikenhet. Vem är den här personen? Han kanske har eller hon någonting att berätta om..... Så att den personen får framträda lite på något område där hon eller han känner sig säker och vet mer än jag.”

Ett sätt att bygga upp ett fungerande samarbete kan vara att man inte går ”rakt på” och börja tala om det svåra.

”Ja där kan man absolut börja prata om någonting annat som för att få igång. Liksom våga vara nyfiken. För att få en bild. För då framträder ju ändå någon sorts levande människa.”

”Jag tog fram min nyfikenhet. Det finns ju alltid tusen frågor att fråga en människa.”

Personen mitt emot måste känna sig trygg och få bli någon, en människa, inte bara en förövre, brottsling eller liknande.

”Han var verksam och aktiv men han hade ju ett svart hål, kring sin sexualitet. Men för övrigt fanns det ju områden där han var fullt fungerande.”

”Det finns alltid något som är bra och det gäller att hitta det med sin nyfikenhet.”

En allmän nyfikenhet är av betydelse för att skapa ett gott samarbetsklimat. Detta underlättar när man inte känner sympati för sin klient.

Allians

Allians - samarbete

Att uppleva en god allians med sin patient var för samtliga informanter mycket betydelsefullt då de definierade begreppet som samarbete. Man framhöll också att överenskommelsen om ett samarbete var en förutsättning för att nå ett samförstånd om vad man skulle arbeta med i terapin. Flera menade att överenskommelsen om samarbete var av större betydelse än att känna sympati för sin patient. Även om man inte kände sympati så kunde man ändå, i de flesta fall, hitta ett sätt att samarbeta kring patientens problematik.

”Jag brukar tänka på alliansen, i början så måste man skapa den. Ju större allians ju mer kan man utmana den. Det är ett växelspel. Det gäller verkligen att kunna bygga den. Sen kan man utmana mer o mer.”

Det var också viktigt för dem att använda alliansen/samarbetet som ett fundament i relationen och de använde förändringar av upplevelsen av samarbetet i terapisituationen som en del av terapiarbetet.

”Alliansbyggandet handlar om att våga vara kvar. Det är ett hantverk.”

”Om man mäter allians så är det av större vikt vad patienten tycker än vad terapeuten tycker.”

”Jag blev så frutrerad...hon prövade verkligen mitt tålamod. Jag vet att det handlade om hennes diagnos men ändå....”

De beskrev att upplevelsen av sympati och förutsättningar för samarbete kan påverkades av patientens problematik t.ex. de patienter som hade en personlighetsstörningsdiagnos. Där

diagnosens karaktär försvårar närhet och ömsesidighet. Då handlar det mer om att ha tålamod, kunskap och att som terapeut orka vara kvar i relationen trots känslor av frustration och ilska.

Alliansbrott

Begreppet alliansbrott menade de flesta var en viktig del i samarbetet och väldigt viktigt att ta upp i samtalet så att man gemensamt arbetade med vad det var som uppstod i relationen för att komma vidare i terapin.

”Situationerna när det kommer av sig – det är en guldgruva! Jobba med alliansbrotten! Våga vara i det som förändrar sig.”

”Jag tror på att inte komplicera psykoterapi utan ha lite rak kommunikation...”

De flesta beskrev att upplevelsen av en utebliven allians/samarbete påverkade arbetet i terapin och därmed utfallet av terapin om det inte gick att reparera, diskutera eller använda alliansbrottet till något utvecklande.

”Allians är lättare att börja prata om i början än efter tionde gången, har man den uppe på agendan blir den inte så farlig...”

”Att man verkligen uppmärksammar när det kommer av sig, sätten det kommer av sig på.”

Informanterna menade att själva styrkan i samarbetet kunde ändra karaktär under terapins gång och upplevas mer eller mindre stark.

Arbetsmetoder

Förhållningssätt och val av metod

Flera av informanterna berättade att val av metod kunde variera beroende på vilken slags problematik och person de mötte i terapisituationen. Det som också lyftes fram var att man utgick från relationen, ett relationellt förhållningssätt och att ingen utav dem var särskilt fastlåsta i en specifik metod.

”Jag brukar ofta tänka i klimat, om klimatet i samtalsrummet. Brukar prata i klimat hemma hos patienter. Om klimatet i terapirummet.”

Flera beskrev att under terapins gång så kunde det användas lite olika metoder beroende på vad det handlade om och hur patienten reagerade.

”Om jag tänker att det skulle kunna vara meningsfullt att byta så gör jag det, jag är inte så låst. Jag är influerad av den mentaliseringsbaserade relationen, då får man ibland göra såna här avsteg.”

Anpassning och flexibilitet utifrån sin teoretiska kunskap och erfarenhet framhölls som en viktig metod i terapiarbetet. Detta speciellt vid upplevelsen av brist på sympati.

”Tidigare har vi talat om beprövad erfarenhet nu gäller bara evidensbaserad vetenskap. Beprövad erfarenhet är så mycket större.”

”En terapeut som visar sig och inte är helt blank får bättre resultat.”

De av våra informanter som talade om ”self disclosure” självutlämnande sa att för att våga ge/visa sig så måste man känna sympati för patienten.

”Man blir mycket mer manualbunden, mycket mer teknisk och teoretisk. Åtminstone gör jag så att då garderar jag upp mig med väldigt mycket kunnande och teori...”

”Jag känner att jag backar lite...blir mer teoretisk och saklig. Man tappar känslan av närhet på något sätt...”

Vid osäkerhet om alliansens hållbarhet upplevde en del att även känslan av sympati påverkades på ett negativt sätt. Upplevelse av brist på sympati gjorde våra informanter mer manualbundna och tekniska i sitt arbete. Flera fick även då svårigheter att fortsätta terapin.

Omfördelning av patienter

Samtliga informanter hade arbetat inom landstinget och flera inom psykiatri, både inom vuxen- och barnpsykiatri. De hade en erfarenhet av att arbeta i team. Samtliga hade haft eller hade egen privat verksamhet.

” Det är svårt att vara ensam ibland, ensam med alla beslut...”

Flera av informanterna valde att omfördela till kollega eller avsluta om de kände rädsla, avsky eller att patienten hade gjort eller stod för någon specifik åsikt tex politiskt ställningstagande som inte överensstämde med den egna.

”En viss del kategori av människor får jag bara lyfta bort”

”Det var en resurs och en trygghet att ha teamet! Man hade alltid möjlighet att diskutera och bolla. Det kan jag sakna!”.

Flera framhöll fördelen med att arbeta i ett team dels på grund av det kollegiala samarbetet och utbytet av varandra men också på grund av att det var lättare att omfördela patienter när man arbetade i team. De upplevde att det var svårare när man var i egen regi och det hade att göra med bristen på nära kollegor och möjligheten att t.ex. diskutera med någon läkare.

”Terapin ändrar lite karaktär, jag kommer inte lika långt, det blir en kortare terapi och sen bara tar den slut”

”Solen lyser på alla, ingen skillnad om man är kriminell eller gudfruktig. Och varför ska jag då känna antipati för vissa....”

Anledningen till att göra en omfördelning kunde vara olika, t.ex. att man upplevde att samarbetet inte riktigt fungerade, starka egna negativa känslor gentemot patienten eller att patienten hade behov av någon annan metod, behov av medicin eller inläggning.

Värderingar

Upplevelsen av sympati påverkas

Det är inte helt enkelt att skilja på empati och sympati vilket uttrycks i samtal med informanterna. De menar att empati handlar om att jag känner, förstår, bryr mig om och känner igen mig men det är inte jag. Skillnaden menar informanterna ligger i att sympati kan finnas även för en idé, politisk eller religiös rörelse.

”Sen måste det ju finnas en ömsesidighet i det, motsatsen till sympati är ju avsky i någon mening. Jag tänker att man inte kan sitta och jobba med någon man avskyr. Man måste hitta något bra.”

Några av våra informanter talade om antipati och avsky som motsats till sympati samt att detta gjorde terapiarbetet svårare eller rent av omöjligt.

”Det handlar inte om att sätta sig över sin antipati utan att vara medveten om att man har sådana antipatier. Att de dyker upp här och där och att man hanterar dem på ett sätt som kan vara acceptabelt”

Några av informanterna kunde uttrycka negativa känslor mot sina patienter inför oss. Det kan handla om att patienten upplevs svår, tråkig, sövande, gnällig med mera.

”Jag skulle vilja känna sympati för alla och jag vill inte känna det där avståndstagandet i mig. Jag vill inte ha upp det där i mig som; hur kan man göra så?, hur kan man tänka så?, hur kan man så jag har själv fått söka mig vidare i olika trosriktningar eller olika filosofier.”

Bristen på sympati för patienten ses och upplevs olika av våra informanter.

Värdekonflikt

Nästan alla informanter tar upp värdekonflikt som en källa till alliansstörning. När det blir för stora konflikter mellan egna värderingar om vad som är rätt och fel kontra patientens värderingar så kan det bli svårt att arbeta vidare som psykoterapeut.

”Att få träning och utbildning men jag tror också att det krävs någon slags läggning det jag kan tänka om mig själv så tycker jag att relationen i sig är väldigt viktig mer som en grundläggande värdering.”

När en känsla av rädsla eller obehag uppstår så blir det terapeutiska arbetet svårt och i det närmaste omöjligt att fortsätta med enligt informanterna. Förtäckta hot eller antydningar är minst lika svåra att handskas med och försvårar eller omöjliggör samarbete. Det är inte så vanligt men det förekommer. Det är en värdering om terapeutens rätt till trygghet.

”Så uppförde han sig oerhört hotfullt och aggressivt. Så säger han: -Du är ganska ensam i den här lokalen och runt omkring också. Då tyckte jag faktiskt att det kröp i mig av obehag. Det var en information som var hotfull. Det var ett konstaterande, men det kändes hotfullt.”

En terapeut beskriver svårigheter att arbeta med grova brott, där hot och våld tillhör vardagen. Det blir en verklighet som det är för svårt att förstå och de egna känslorna för starka. Det kan handla om en värdering om hur människor ska förhålla sig till varandra.

”Vi har avtal med kriminalvården och jag förstår inte alla riktigt..... de höll på dem bensin om de inte betalade. Och du förstår; hur kan man göra något sådant? Det är inte så lätt att känna sympati då. När man ser hur de ser på andra människor. Att det inte är så mycket värt. När de inte har samma värderingar så har jag det lite svårt.”

Sexuella brott väckte mer eller mindre starka känslor hos våra informanter. Flera av våra informanter hade arbetat med både dömda för sexbrott samt de som varit utsatta för olika sexuella övergrepp.

”De hade stora ryggsäckar att bära, på sexbrottsavdelningen. Tungt och särskilt om jag någon gång träffade offren. Det hände någon gång att familjen ville komma och träffa mig. Då kunde inte jag jobba med förövaren efter det, så jag kunde aldrig träffa offren. Jag fick bestämma mig för det.”

En av informanterna beskriver det omöjliga i att arbeta med både förövare och offer i samma ärende. Det blev för starka känslor som krockade.

”Men psykologiskt, relationsmässigt eller i sig själva så erkände de ingenting. De hade blivit förförda av flickan och alltmöjligt annat sånt, det var ju egentligen hon som...ja. Det väckte sån känslomässig avsky hos mig, ett raseri liksom.”

För informanterna handlade det om en värdering om att man ska ta ansvar för sina handlingar. I de fall då patienten lade allt ansvar utanför sig själv var det svårt för informanterna att känna sympati samt att bygga ett fungerande arbetsklimat.

Politisk grundvärdering kan också ha stor betydelse menar flera av våra informanter. I det svenska samhället finns idag stora skiftningar inom politiken där människosynen varierar.

”Många har SD-sympatier och lyssnar jag på det så hör jag inte deras riktiga problem för det här med politiken kommer gärna in. Så jag försöker att inte lyssna.....Annars kanske det händer att jag inte vill/kan hjälpa den här personen för det händer ju saker med mig också.”

”När de är så där riktigt nazistiska, du förstår, bara hata och hata. Då vill inte jag vara med.”

Enligt våra informanter så verkar alltför stora värdekonflikter försvåra och även omöjliggöra ett fungerande samarbetsklimat med patienter som man inte känner sympati inför.

Egen utveckling

Medvetenhet om sig själv

Nästan samtliga av våra informanter tar upp behovet av självinsikt och reflektion. Ålder och erfarenhet är något som upplevs positivt i egen yrkesprofession.

”När jag märker att jag inte vill lyssna mer så är det tecken på att jag jobbar för mycket och jag vet att om jag minskar antalet patienter så kommer lusten tillbaka. En ”varningsklocka”..... Nu har jag för mycket.”

”Att reflektera över sig själv och situationen.”

Några använder begreppet självreflektion som något ständigt pågående.

”Det är verkligen ett råd att inte bara fylla kalendern. Viktigt att ”ha det där örat till sig själv”.... ett ansvar mot mig själv men även ett etiskt ansvar.”

”Man sitter tungt i stolen som jag brukar säga. Man blir tryggare i sig själv. Man kan värdera sin kompetens och erfarenhet på ett annat sätt.”

En ökad medvetenhet om sig själv var enligt flera av våra informanter något som kunde bidra till ett fungerande samarbetsklimat även för dem man hade svårare att känna sympati inför.

Handledning och egen terapi

Samtliga av våra informanter talar om vikten av egenterapi och handledningen. För de som arbetar inom psykiatri finns ofta större team att få stöd av och en mer regelbunden handledning, för andra i mindre verksamheter kan en kollega vara till god hjälp. Det är viktigt att ha en handledare som man kan känna sig trygg med och kan utvecklas med i en positiv riktning.

”Att i handledning, våga visa sina tillkortakommanden, att kunna identifiera sig själv..... Att man kan få bra feedback så att man inte blir skambelagd då är det ju värdefullt.”

”Handledning går jag på men det är ju en så försvinnande liten del”

Egenterapi verkar vara något som för informanterna mer förekommer under själva utbildningstiden till psykoterapeut. Flera av informanterna lyfter tankar och funderingar kring egen fortsatt utveckling för att komma längre i sin yrkesroll.

”Den betyder för mig att jag måste jobba med mitt eget liv för att kunna jobba med andra. (visar och gestikulerar) Jag måste jobba med min egen utveckling och förståelse för fenomen och människor.”

”Om det nu går så bra med dem som jag känner allians med vad är det då som händer med dem som jag inte känner för. Kan jag utveckla mig?”

Flera av informanterna hade tankar kring egen utveckling för att komma vidare med de patienter som de inte kände sympati för.

Medvetenhet om sin egen makt position

Informanterna talar med stor medvetenhet och respekt om de människor som söker hjälp och att de är i en utsatt situation.

”Det var XX som var min handledare. Hon såg förövaren som ett offer så hon kände väldig sympati för förövarna medan jag kände antipati mot XX. ... Åh hon var hemsk, hemsk, tyckte jag. Många drogs ju till henne som en magnet.....Men jag tyckte hon var en häxa, uhhhh.....”

Det är viktigt att terapeuten även i sin roll som handledare är medveten om sin makt så att den inte missbrukas.

”Folk kommer till dig för att få hjälp, du har en makt position. Folk är sårbara.”

”Det är viktigt vad man säger och hur man säger det. För patienten tar med sig det hem och fortsätter att analysera och fundera.”

Det kan finnas en risk att man som terapeut kan bli känslomässigt avtrubbad om man upplever en brist på sympati inför sin patient under lång tid. Några av våra informanter tog upp detta och betonade vikten av att våga se och arbeta med bristen på sympati.

Diskussion

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att undersöka terapeuters erfarenheter av hur ett samarbete kan skapas när utgångspunkten är att man upplever en brist på sympati för patienten. För att belysa frågan har en kvalitativ metod använts. Sju psykoterapeuter intervjuades och materialet analyserades med tematisk analys. Tolkningen av materialet utmynnade i fem teman, Utforskande/Nyfikenhet, Allians, Arbetsmetoder, Värderingar, samt Egen utveckling. I det följande görs försök att diskutera resultatet utifrån de två frågeställningarna, något som i viss mån innebär överlappningar, då det visat sig att det inte finns enkla svar på det komplicerade fenomen som det undersökta området omfattar.

Frågeställning 1: Hur kan bristen på sympati för patienten se ut och upplevas av terapeuten och hur kan terapeuten tänka kring detta?

Så gott som samtliga av våra informanter talade om värdekonflikt som en anledning till allianssvårigheter. De flesta menade att bristen på sympati kunde ha olika anledningar. Många gånger handlade det om att de upplevde att personen hade t.ex. rasistiska värderingar eller värderingar som inte alls överensstämde med deras egna vilket ledde till en värdekonflikt som bidrog till att sympatikänslan minskade. Flera berättar också att de hade stora svårigheter att känna sympati med grov brottslighet och övergrepp och i de fallen gick det inte att fortsätta terapin oavsett metod. De menade att de alltid försökte att hitta andra infallsvinklar och perspektiv hos en människa för att hitta något de kunde sympatisera med. Det är viktigt att försöka skilja på beteende och människa dvs. att ändå känna medkänsla för sin patient men avsky den handling han/hon utfört (Freedman & Combs, 1996). Alltför stora värdekonflikter för terapeuten gjorde att en fortsatt kontakt inte var möjlig. Att arbeta som terapeut är ett krävande arbete på flera plan och Wolf et al (2013) menar att negativa känslor som t.ex. ilska, frustration, rädsla och hat är känslor som man som terapeut kan uppleva i terapirelationen. Det är då viktigt att vara uppmärksam på sig själv som behandlare när dessa känslor upplevs (Wolf et al, 2013., Freedman & Combs, 1996).

Något som flera av informanterna tog upp var att de människor som söker hjälp är i en utsatt situation och sårbara. Här gäller det att vi som terapeuter är medvetna om detta och vår egen maktposition som terapeuter. Vi tänker att det också är viktigt så vi inte missbrukar vår makt. Egen medvetenhet är ett skydd mot mycket. När man inte känner sympati för sin patient är det av största vikt att man som terapeut är lyhörd mot sig själv. Inte bara för egen del utan även

med hänsyn till sin patient. Det är individuellt vad man reagerar på i en terapirelation beroende på egna erfarenheter. Den mänskliga aspekten menar Castonguay et al (2010) är viktig att ta hänsyn till och vara medveten om. Detta för att bland annat motverka utbrändhet, tvivel och känslor av att inte vara tillräcklig.

Alla informanterna betonar vikten av handledning men de tar också upp att det ibland kan vara svårt att ta upp att man inte känner sympati för sin klient. Här är det av stor vikt att man har en bra handledare som inte skam- och skuldbelägger terapeuten. Att inte känna sympati för sin klient kan vara svårt och därför är det extra viktigt att man har en handledare som man känner sig trygg med. Hayes (2007) menar att det är viktigt att ha handledning och egenterapi fortlöpande under sin yrkeskarriär. Det såg lite olika ut för våra informanter; några hade det och några hade valt bort det av olika anledningar. Flera tog kontakt med kollegor och handledare för att få möjlighet att diskutera och reflektera. Andra menade också att det var viktigt att ha egna intressen, hobbies där man kunde vila sig, fylla på och hämta kraft.

Under arbetet med intervjuerna framkom tydligast informanternas genuina intresse, respektfullhet och nyfikenhet för sitt arbete med sina patienter. De hade alla varit med om upplevelsen att inte känna sympati för sin patient men de hanterade det på lite olika sätt. För flera av dem påverkade bland annat deras egna ställningstaganden t.ex. vad det gällde politik, livsåskådning och människosyn huruvida de kände sympati för sin patient eller inte. De framkom också att samtliga lade en stor vikt vid behovet av allians för att möjliggöra ett bra samarbete.

Det är en viktig insikt att man själv också bidrar och skapar i en relation och att ha en medvetenhet om sig själv hur man reagerar och agerar i olika situationer bidrar till ett självomhändertagande, att man ger sig själv en möjlighet att behålla sin empatiska förmåga (Hayes, 1998). Det är oerhört viktigt att man kan känna sig trygg som terapeut, inte bara i bemärkelsen trygg i sin yrkesroll utan när förtäckta hot eller antydningar finns från patienten så kan det vara svårt att arbeta vidare som terapeut.

Frågeställning 2: Hur kan man som terapeut bidra till att bygga ett fungerande samarbetsklimat med patienter som man inte känner sympati inför?

Alla möten är unika och alla individer man träffar har sin egen livshistoria och det krävs en stor flexibilitet och en förmåga att tänka och reflektera ur olika perspektiv för terapeuten. Våra informanter tyckte att alliansen var en viktig del i terapiarbetet och för flera en förutsättning att överhuvudtaget bedriva ett terapiarbete. De menade också att upplevelsen av

allians kunde variera under terapiprocessen och ibland vara starkare och ibland svagare. Alliansen beskrivs också som en överenskommelse och samförstånd om mål och vilka metoder man tänkte använda i behandlingen (Philips & Holmqvist, 2008). Det som också framkom var att de flesta använde alliansen på ett aktivt sätt i terapin t ex att de vågade utmana patienten mer om de upplevde att de hade en starkare allians men också att man använde de tillfällen då alliansen inte upplevdes lika stark. Vid de tillfällena eller om det blev ett avbrott lyftes detta upp i samtalet och man talade då om det. Många tyckte att det var tillfällen då terapin utvecklades i en positiv riktning och alliansen återupprättades och många gånger även fördjupades.

Bordin (1979) och Horvath (2011) menar att de flesta forskare är överens om att allians består av två delar. Den ena delen handlar om det känslomässiga bandet mellan terapeuten och patienten, man skulle kunna säga en affektiv, relationell del. Den andra delen menar man då är den gemensamma överenskommelsen om hur man ska samarbeta i terapin.

Williams och Day (2007) skriver att det gäller att hitta något hos patienten som man tycker om eller fastnar för på något sätt då kan man få nya perspektiv (Williams & Day, 2007). Det finns förmodligen en anledning till att vi valt en yrkeskarriär som terapeuter. Vi vill hjälpa andra människor och kanske vi också har en inbyggd nyfikenhet på andra människor. Williams och Day (2007) menar att genom att behålla sin nyfikenhet som terapeut så kan det bidra till att vi har lättare att "känna" för vår patient samt också ge oss en ökad förståelse. Ett sätt kan vara att utforska en patients uppväxthistoria vilket kan göra det lättare att känna med sympati och empati för en patient, förhoppningsvis kan man här hitta en förståelse och en annan känsla (Williams & Day, 2007). Ett nyfiket och utforskande förhållningssätt skulle kunna bidra till att bygga ett fungerande samarbetsklimat med patienter som man som terapeut inte känner sympati inför. Det var också något som beskrevs av informanterna som en metod för att öka sympatin för patienten.

Att inte känna sympati för sin patient menade flera påverkade alliansen då skapandet av relationen påverkades på ett negativt sätt och de fick då fokusera på att arbeta mer för att nå en överenskommelse om samarbete. Flera menade att det saknades något mycket viktigt när de inte kände någon sympati, det blev mer opersonligt och mer metodstyrt. I en del fall kunde upplevelsen av allians komma vartefter i terapirelationen och då många gånger också utvecklas till en stark allians. Det finns ett ömsesidigt samband mellan allians och symptomlindring och man kan anta att om det sker en symptomlindring stärks normalt alliansen (Falkenström, Granström & Holmqvist, 2013).

Sympati, empati och compassion är begrepp vi använder men som definieras lite olika. Empati innehåller fem komponenter: känsla, förståelse, välbefinnande, igenkännande, distans eller skillnad. Empati är alltid riktad mot en annan person och ett medvetande. När jag ser andra ha det svårt och lider så känner jag det själv med, ett sorts medlidande. Compassion handlar mer om omsorg och medkänsla och här finns inget lidande. Man känner sympati för någon som upplever något, alltså en annan person, men vi kan också känna sympati för en idé eller politiskt parti. Sympati är mer förståelsemässig och kognitiv och innehåller ett gillande (Eklund, 2013). Inom forskningen och i litteraturen finns ingen helt klar definition om vad sympati respektive empati innehåller och innebär. Detta kan givetvis ha medfört viss oklarhet för våra informanter.

Våra informanter var flexibla i sitt förhållningssätt när det gällde att bygga ett fungerande samarbetsklimat med klienter som de inte kände sympati för. De var inte fastlåsta i någon speciell metod utan använde olika metoder beroende på hur patienten reagerade och dennes problematik. Vad våra informanter utgick ifrån var relationen, ett relationellt förhållningssätt. De talade om anpassning och flexibilitet utifrån sin teoretiska kunskap och erfarenhet. De kunde känna sig mer manualbundna och tekniska i sitt arbete när de kände brist på sympati, som ett sorts facit eller lagbok att luta sig emot. För att våga vara mer självutlämnande som terapeut sa några att de måste känna mer sympati för klienten. Omfördelning av patienter är ibland nödvändigt och det kanske enda eller bästa alternativet. Våra informanter betonade fördelen med kollegor och att arbeta i team när patienter behövde någon annan hjälp eller när terapeuten inte hade mer att ge. Majoriteten av våra informanter säger ändå att man kan arbeta med patienter som man inte känner sympati för så länge det inte handlar om ren antipati eller avsky. Baker (2009) menar att terapeutens upplevelse och känsla av empati för sin patient är en nödvändighet för ett gott resultat. Enligt henne kan en negativ känsla inför patienten förändras under terapins gång vilket flera av våra intervjupersoner också beskrev (Baker, 2009).

Studiens syfte var att undersöka terapeuters erfarenheter av hur ett samarbete kan skapas när utgångspunkten är att man upplever en brist på sympati för patienten.

Våra informanter har delat med sig av sina tankar och erfarenheter om upplevelsen av negativa och svåra känslor. En del informanter upplevde också att det var svårt att tala om känslorna ilska, hat och avsky mot en patient. De tyckte att det var viktigt att även belysa den aspekten i terapirelationen men att det var svårt att ta upp och tala om. Vi uppfattar det som att några av våra informanter verkade ha svårt att tillstå negativa känslor gentemot sina

patienter. En del av informanterna upplevde att det var svårt att tala om och kanske även att tillstå inför oss, känslorna ilska, hat och avsky mot en patient. Informanterna upplevde att bristen på sympati påverkades negativt när de hamnade i för stora värdekonflikter t.ex. grova brott, övergrepp, rädsla och extrema politiska ståndpunkter. De upplevde då att det var mycket svårt att fortsätta arbetet med patienten. En del avslutade och en remitterade patienten vidare. Informanterna använde kollegor, handledare och i en del fall ett team där de kunde ta upp problematiken och diskutera och reflektera kring sina känslor för patienten. Informanterna var också flexibla i val av metod, utforskande förhållningssätt och olika perspektiv i arbetet för att försöka hitta ett samarbete med de patienter de inte kände sympati för.

Etik och moral är något som kanske tas upp för lite i arbetet som psykoterapeut. Det finns en anledning till att vi väljer just detta människovårdande yrke. Det finns med en tanke och en värdering om liv och samhälle.

Handen på hjärtat - nog har vi väl alla mött människor och patienter som vi inte tycker så mycket om. Vänner och arbetskamrater kan vi mer välja men det är inte lika lätt att välja patienter.

Metoddiskussion

För att på ett detaljerat sätt undersöka upplevelser, tankar och erfarenheter är en kvalitativ metod att föredra då den oftast har möjlighet att göra mer inträngande analyser (Olsson & Sörensen, 2007). Vi som författare hade en förförståelse av ämnet då vi själva arbetat mycket med terapier och kommit i kontakt med frågeställningen och vi har upplevt att de inte är helt lätta att prata om. Detta kan ha påverkat bearbetningen av våra intervjuer till skillnad mot om vi som författare inte hade haft några egna erfarenheter i ämnet. Vi använde en semistrukturerad intervjuguide med tre övergripande frågor samt underfrågor så att informanten fick möjlighet att både beskriva och utveckla sina svar.

Vi har använt oss av tematisk analys och meningskondensering då vi hade en stor textmassa. Meningskondenseringen möjliggjorde för oss att ta ut det väsentligaste ur texten utan att det förlorade sin innebörd (Kvale, 2014). Vi formulerade teman och underteman utifrån meningsenheterna för att få fram en struktur i materialet och för att redovisa svar på ett sätt som gav rättvisa åt de väsentligaste temana.

När man gör en kvalitativ studie så är den statistiska generaliserbarheten låg och vi vet inget om huruvida vårt strategiska urval skulle kunna vara representativt för populationen.

Resultatet kan ses som ett bidrag till en större förståelse för hur terapeuter reflekterat kring patienter som de inte känner sympati för då informanterna gett ett rikt material i intervjuerna. Något som ökat studiens giltighet och överförbarhet. Vi har strävat efter att öka trovärdigheten i våra beskrivningar genom att använda rikligt med citat (Kvale, 2014) och att vi varit två personer som genomfört analyserna och uppnått samstämmighet i tolkning och analys av materialet.

Slutsatser

När informanterna inte kände någon sympati för sin patient uppstod svårigheter. De upplevde att det saknades något värdefullt i relationen och att processen stannade av, man nådde inte lika långt. Men flera menade att man ändå kunde arbeta vidare men då handlade det mer om att man hade en överenskommelse om samarbete.

Det har framkommit på ett tydligt sätt att informanterna inte kunde arbeta vidare med en patient om de hamnade i en svår värdekonflikt. När deras egna etiska och moraliska ställningstaganden inte stämde överens med patientens. Förövare, grov brottslighet, rädsla och extrema politiska övertygelser hade samtliga upplevt och valt att inte arbeta vidare med dessa patienter. De hade alla metoder för hur de skulle hantera sådana situationer och de flesta avslutade patienten eller remitterade patienten vidare.

Det som också framkommit var att samtliga informanter hade ett öppet, nyfiket och utforskande förhållningssätt i sitt sätt att arbeta vilket hjälpte dem att vara lyhörda och öppna för olika perspektiv. De var flexibla vad det gällde metod och anpassade sig efter patientens problematik och inom sitt eget kunskapsområde.

Vi kan naturligtvis inte veta hur representativa våra informanter var för svenska psykoterapeuter och det behövs fler studier. Våra slutsatser är dock att det finns en förståelse och kunskap inför våra frågeställningar och att de hade strategier att tillgå när de upplevde negativa känslor i terapirelationen. Våra informanter tyckte också att det var viktigt att lyfta upp och tala om våra frågeställningar även om det kan vara svårt och ibland smärtsamt att göra det. Det skulle vara intressant för vidare forskning att undersöka hur patienter upplever när samarbetet inte fungerar i en terapirelation.

Referenser

- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur AB.
- Baker, B. (2009). Deal with clients you don't like. *American Psychological Association*, 40, 2.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252-260.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., & Hill, C. E. (2010). Training Implications of Harmful Effects of Psychological Treatments. *American Psychologist*, 65, 34-49.
- Echevarria-Doan, S. (2001). Resource-based reflective consultation: Accessing client resources through interviews and dialogue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 01-212.
- Eklund, J. (2013). Empati som känsla, förståelse och omsorg. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 90, 2.
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic Alliance Predicts Symptomatic Improvement Session by Session. *Journal of counseling psychology*, 60, 3, 317-328.
- Falkenström, F., & Holmqvist, R. (2013). Alliansens betydelse för psykoterapins utfall. *Psykologtidningen*, 8, 23-25.
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative Therapy: The Social Construction of Preferred Realities*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Gottman, J., Notarius, C., Gonso, J., & Markman, H. (1976). A couple's guide to communication. *Champaign, IL: Research Press*.
- Hayes, J., McCracken, J., McClanahan, M., Hill, C., Harp, J., & Carozzoni, P. (1998). Therapist Perspectives on Countertransference Qualitative Data in Search of a Theory. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 4, 468-482.
- Holmqvist, R. (2010). *Relationell psykoterapi –så här gör man*. Stockholm: Liber AB.
- Horvath, A., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 9-16.

- Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund Studentlitteratur.
- Larsson, M., Falkenström F., Andersson, G., & Holmqvist, R. (2016). Alliance ruptures and repairs in psychotherapy in primary care. In press.
- Layton, M. (2005). Facing darkness: The limits of empathy. *Psychotherapy Networker*, 29, 32–35, 58–59.
- Macran, S., Stiles, W. B., & Smith, J. A. (1999). How does personal therapy affect therapists' practice? *Journal of Counseling Psychology*, 46, 419–431.
- Mark, B. S. (1997). Pitfalls in couples therapy around issues of parenting. *The American Journal of Family Therapy*, 176-186.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.
- Philips, B., & Holmqvist, R. (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber AB.
- Pipher, M. (2000). My most spectacular failure. *Networker*, 24, 28–31, 63.
- Schwenk, T. L., & Romano, S. E. (1992). Managing the difficult physician-patient relationship. *American Family Physician*, 46.
- Strean, H. S. (1993). Resolving counterresistances in psychotherapy. *The American Journal of Family Therapy*, 191-221.
- Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2011). The relationship – and its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40, 601-623.
- Williams, L., & Day, A. (2007). Strategies for Dealing with Clients We Dislike. *The American Journal of Family Therapy*. 35, 83-92.
- Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR>
- Wolf, A., Goldfried, M., & Muran, C. (2013). Transforming negative reactions to clients: from frustration to compassion. *American Psychological Association*. Washington, DC 20002.

Tillkännagivanden

Ett stort tack till alla våra informanter som så generöst delat med er av era erfarenheter och tankar. Utan er hade inte denna uppsats varit möjlig. Tack för er tid och era tankar.

Vi vill rikta ett innerligt tack till vår externa handledare Rolf Holmqvist som så tålmodigt guidat oss genom denna djungel, fylld av evidensbaserad kunskap, svårdefinierade begrepp, kluriga formuleringar och andra mer eller mindre svåra dilemman. ”Du har vattnat lagom och vi har fått växa med uppgiften i vår egen takt”. Vi vill också rikta ett stort tack till vår interna handledare Bengt Eriksson som med stor noggrannhet kommenterat på alla våra frågor.

Vår tacksamhet går till våra nära och kära som stått ut med oss under den här tiden. Vi har försummat er, vi har inte varit närvarande alla gånger och vi har varit väldigt uppe i oss själva och uppsatsen. Nu är vi tillbaka och tack för att ni stått ut med oss och finns kvar.

Sist men inte minst vill vi tacka varandra för gott samarbete och all uppmuntran som vi gett till varandra. Vi har rest långt för att jobba och skriva tillsammans och vi har skrattat och slitit vårt hår ibland. Det har varit en resa och ett äventyr som vi aldrig kommer att glömma.

Bilaga 1

Hej!

Vi är två socionomer som går på psykoterapiprogrammet, psykodynamisk inriktning (PDT), vid Umeå universitet. Vår handledare är professor Rolf Holmqvist vid Linköpings universitet. Inom ramen för utbildningen kommer vi att skriva uppsats på temat ”Alliansens betydelse och hur skapar man allians för en människa som man inte känner sympati för som terapeut?”

Vi som skriver tillsammans heter Monika Andersson och Ewa Andersson. Monika är bosatt i Västmanland och Ewa i Östergötland. Vi har en önskan om att intervjua legitimerade psykoterapeuter verksamma i respektive län eller angränsande län som underlag för vår studie. Intervjuerna kommer att spelas in och tar ca en timme. De kommer att genomföras under januari och i början av februari 2016.

Vi kommer att följa Vetenskapsrådets etiska riktlinjer vad gäller informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjande kravet. Detta innebär att ditt deltagande helt bygger på frivillighet och att du har möjlighet att avböja din medverkan fram till dess att analysarbetet med intervjuerna har genomförts. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt och du blir helt anonym. Resultatet kommer att presenteras så att det inte framgår vem som deltagit i undersökningen. Allt intervju material kommer att raderas när studien är avslutad. Uppsatsen kommer att publiceras på den digitala uppsatsbasen DiVA, www.diva-portal.org.

Har du några frågor så kan du kontakta mig på telefon eller via e-post.

Monika Andersson

Mobil; 076-708 06 70

E-post; samtalskontakten@telia.com

Tack på förhand för din medverkan.

Med vänlig hälsning

Monika Andersson

Monika Andersson

Bilaga 2

Informationsbrev december 2015.

Hej!

Vi är två socionomer som går på psykoterapiprogrammet, psykodynamisk inriktning (PDT), vid Umeå universitet. Vår handledare är professor Rolf Holmqvist vid Linköpings universitet. Inom ramen för utbildningen kommer vi att skriva uppsats på temat ”Alliansens betydelse och hur skapar man allians för en människa som man inte känner sympati för som terapeut?”

Vi som skriver tillsammans heter Monika Andersson och Ewa Andersson. Monika är bosatt i Västmanland och Ewa i Östergötland. Vi har en önskan om att intervjua legitimerade psykoterapeuter verksamma i respektive län eller angränsande län som underlag för vår studie. Intervjuerna kommer att spelas in och tar ca en timme. De kommer att genomföras under januari och i början av februari 2016.

Vi kommer att följa Vetenskapsrådets etiska riktlinjer vad gäller informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjande kravet. Detta innebär att ditt deltagande helt bygger på frivillighet och att du har möjlighet att avböja din medverkan fram till dess att analysarbetet med intervjuerna har genomförts. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt och du blir helt anonym. Resultatet kommer att presenteras så att det inte framgår vem som deltagit i undersökningen. Allt intervju material kommer att raderas när studien är avslutad. Uppsatsen kommer att publiceras på den digitala uppsatsbasen DiVA, www.diva-portal.org.

Har du några frågor så kan du kontakta mig på telefon eller via e-post.

Ewa Andersson
Mobil; 073-394 90 47
E-post; ewa-maria@live.se

Tack på förhand för din medverkan.
Med vänlig hälsning

Ewa Andersson
Ewa Andersson

Bilaga 3

Intervjuguide

Info: Vi kommer att följa Vetenskapsrådets etiska riktlinjer vad gäller informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjande kravet. Detta innebär att ditt deltagande helt bygger på frivillighet och att du har möjlighet att avböja din medverkan fram till dess att analysarbetet med intervjuerna har genomförts. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt och du blir helt anonym. Resultatet kommer att presenteras så att det inte framgår vem som deltagit i undersökningen. Allt intervju material kommer att raderas när studien är avslutad.

1. Hur kan bristen på sympati för en patient se ut för dig?
Hur upplever du den?
Vad tänker du om detta?
2. Hur kan du som terapeut bidra till att bygga ett fungerande samarbetsklimat med de patienter som du inte känner sympati inför?
Vad gör du som terapeut när du inte känner sympati för sin patient?
Vad händer som du ser det när alliansen inte infinner sig?
Vad händer när du inte upplever någon allians? Går det att fortsätta att arbeta?
Vad brukar hända när du i en terapi fortsätter arbetet utan tillräcklig allians?
Kan man prata om det med patienten?
3. Kan du dra dig till minnes någon eller några speciella situationer eller möten där du inte känt sympati för din patient? Berätta mer, hur gjorde du, vad hände?
Vad hände/gjorde du?
Vad kände du?
Vad tänkte du?
Är detta ett dilemma som tagits upp under din utbildning?
Om inte hur tänker du kring det?
Har detta dilemma tagits upp av dig eller någon annan i samband med handledning?
Har du några tankar eller råd som du vill föra vidare?