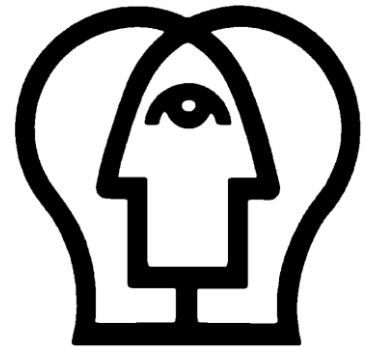


Ta skammen vid hornen

Om psykoterapeuters intrapsykiska upplevelser vid prematura avslut sett ur ett psykodynamiskt relationellt perspektiv

Lilly Ljubica Ilic
& Åsa Malmqvist



Handledare: Björn Philips

PSYKOTERAPEUTEXAMENSUPPSATS, 15 HP, VT 2019

STOCKHOLMS UNIVERSITET

PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Abstract

Detta uppsatsarbete är en kvalitativ intervjustudie med syfte att undersöka vilka intrapsykiska processer som aktiveras hos psykoterapeuter vid prematura avslut. Vidare hur dessa upplevelser påverkar psykoterapeuters privata och professionella självbilder sett ur ett affekt-, anknytnings- och objekrelationsteoretiskt perspektiv. Med en fenomenologisk och hermaneutisk ansats genomfördes semistrukturerade intervjuer med nio legitimerade psykoterapeuter. Intervjuerna transkriberades, kodades och organiserades utifrån våra frågeställningar och teoretiska perspektiv i en teoridriven tematisk analys. Vi upptäckte att den intrapsykiska processen vid prematura avslut i huvudsak handlar om 1. upplevelse av skam och 2. skuld över att svika patienten. Efter den affektiva upplevelsen tog 3. hanteringsstrategier vid som är vårt tredje huvudtema. De hanteringsstrategier som stack ut var olika typer av undvikanden. Samtliga terapeuter upplevde ett professionellt självtvivel som i den initiala skam-fasen verkar tangera den privata självbilden. En intrapsykisk process med självkritiska tankar och känslor av att ”drabbas” som övergick i ett mer sunt självtvivel där avhoppet betraktades mer som lärotillfällen.

Inledning

Vi är båda överens om att den utbildning som vi just nu genomgår innebär mycket självtvivel på olika nivåer. Alla vill väl bli en “tillräckligt bra” terapeut, men vi vet att det är ett svårt arbete och vissa av oss verkar ju ha svårare än andra. Vår egen uppfattning är att terapeuters anknytningsmönster och mognad spelar stor roll vad gäller förmåga till allians och öppenhet inför nya lösningar när man stöter på problem som uppstår i patientarbetet. Vår förhoppning är att detta arbete kan bidra med igenkänning, ökad förståelse och tankar om terapeuters olika utvecklingsområden ur ett relationellt perspektiv.

Vår uppsatsidé uppstod efter att ha läst Nissen-Lie et al (2015) som kopplar terapeutegenskaper till utfall och undersöker terapeuters både privata och professionella självbilder och copingstrategier när man stöter på problem i patientarbetet. I deras studie visade det sig att en positiv självbild kopplat till en tvivlande professionell bild korrelerade med ett positivt utfall i patientarbetet.

I en naturalistisk multistudie från Norge genomförd av Hersoug A-G et al (2009) undersökte man hur terapeutegenskaper påverkar arbetsalliansen i långtidsterapier. Studien visar på att terapeutens interpersonella stil och erfarenheter av egen föräldraomsorg påverkar så väl terapeutens som patientens upplevelse av den terapeutiska relationen. Mer utbildning, egen terapi och handledning är inte en självklar lösning då resultatet inte visar på en sådan korrelation ur patienternas perspektiv. I den aktuella studien har den kyliga distanserade terapeutstilen en negativ inverkan på arbetsalliansen enligt både terapeuter och patienter.

Philips et al processtudie (2017) undersöker patient- och terapeutbeteende och handlingar samt deras interaktion vid terapier som fullföljs samt terapier som avbryts. I dropout-gruppen var det bland annat vanligare att terapeutens egna emotionella konflikter inkräktade på

terapin samt att oberoende uppmuntrades tidigt i terapin. Båda dessa terapeuthandlingar förstås som en gemensam iscensättning i överföringen-motöverföringen som sker på bekostnad av känslomässig kontakt. Författarna utesluter inte att terapeuternas egna problem med anknytning och intimitet underblåste en sådan iscensättning.

I denna uppsats vill vi närmare undersöka hur terapeuter hanterar problem i patientrelationen både på det personliga planet och professionellt. När vi pratar om problem i relationen tänker vi exempelvis på motstånd, missförstånd, negativ överföring och alliansproblem. Terapeutens sätt att hantera sådant handlar mindre om metod och mer om terapeutens konflikter kring närhet- avstånd, representationer av själv och andra samt hanteringsstrategier kopplade till dessa.

Det finns många infallsvinklar på temat "problem i patientarbetet" och för att begränsa oss tänkte vi fokusera detta arbete på det som upplevs som ett prematurt eller icke-planerat avslut. Vi tänker oss att det finns en utvecklingspotential i alla människor, så även psykoterapeuter. De problem man stöter på i början av sin karriär kanske man hanterar lättare och smidigare efter några år. Så hur går det till?

Teoretisk referensram

Vi har valt att utgå ifrån ett relationellt psykodynamiskt perspektiv där framför allt objektrelationer och anknytning ingår i den teoretiska referensramen. Ur detta perspektiv är den terapeutiska relationen alltid samskapad och därför av överföringskaraktär. Så väl patient som terapeut kommer i kontakt med egen anknytningshistorik, inre representationer och hur dessa föreställningar kommer till uttryck i överförings och motöverföringsarbetet (Holmqvist, 2018). Vidare har vi utifrån vårt resultat valt att lägga till ett teoriavsnitt avseende skam och Nathansons (1992) skamkompass som illustrerar olika försvar mot skam. Avslutningsvis försöker vi att differentiera mellan begreppen skam och skuld.

Objektrelationsteori och interpersonell teori

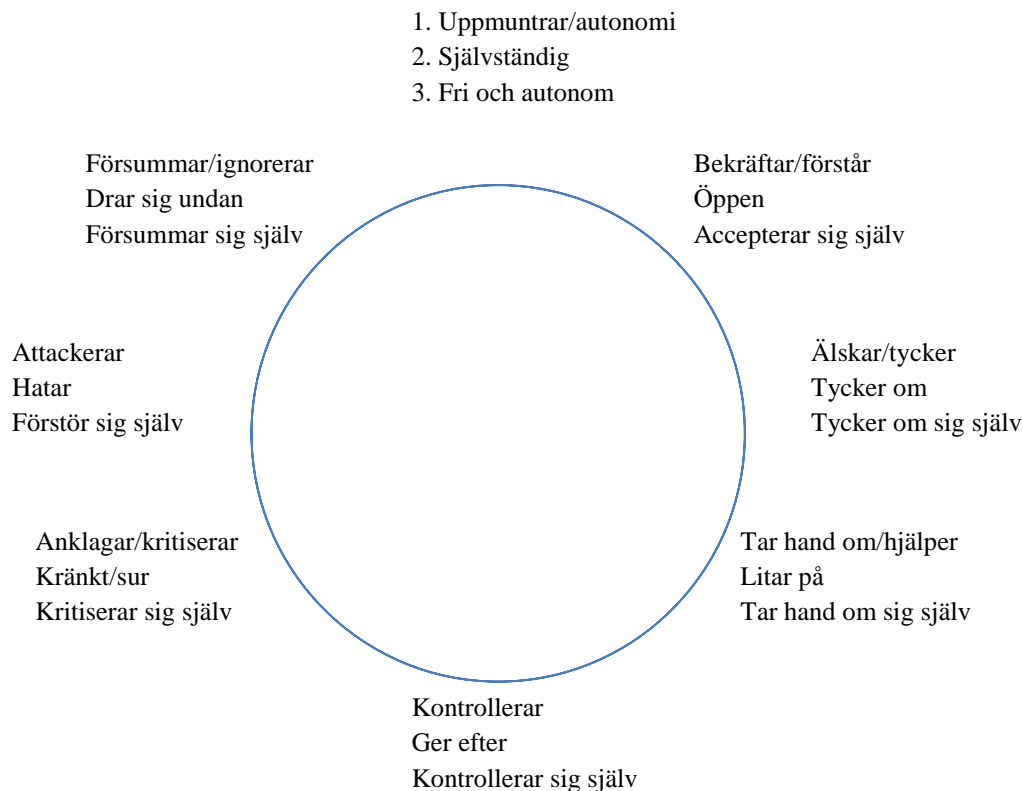
Freud utgick från ett biologiskt tänkande och intresserade sig för människans driftsliv och utvecklade en driftsteori. Han såg drifterna som medfödda och instinktiva, om än med olikheter i driftstyrka, och såg människor som lustsökande. En drift har alltså en kroppslig källa som söker tillfredsställelse via erogena zoner som mun, anus och genitalier via objekt, som till exempel bröstet, för att uppnå lust och slippa driftspänningen. Han delade upp drifterna i libidinösa och aggressiva (Igra, 1983).

Den brittiska skolan med sina förgrundsgestalter i bl.a. Klein och Fairbairn utvecklade objektrelationsteorin som kom att bli ett viktigt bidrag till den psykoanalytiska teorin. De intresserade sig för patienters omedvetna processer och hur dessa uttrycks i relationen mellan patient och terapeut. Med andra ord för överförings- och motöverföringsprocesser. De fokuserade alltså mindre på vilken drift som blivit hämmad under barndomen och mer på vilka slags människor de primära kärleksobjekten varit i barnets värld. Våra objektrelationer utgörs av hur vi tolkade våra föräldrar och olika relationsepisoder med dem och dessa lever

kvar i oss i denna infantila form genom livet (Mc Williams 1994). Dessa objektrelationer utgör en sorts arbetsmodeller eller inre strukturer för hur andra och jag själv är och hur man till exempel får kärlek och omvårdnad, på vilket sätt man kan uttrycka en egen vilja och förvänta sig att bli respekterad i det. Inom oss finns alltså en mängd uppfattningar om oss själva (självrepresentationer) och andra (objektrepresentationer) kopplat till olika behov och känslor.

Till skillnad från Freud ansåg Fairbairn att den aggressiva driften växer inom en relation när barnet blir frustrerat eller avvisat, alltså i relation till onda objekt (Igra, 2002). Barnet introjicerar och identifierar sig med dessa onda objekt då det är outhärdligt att relatera till en ond vuxenvärld.

Anknytningsteoretiker har konceptualiserat våra anknytningsmönster i fyra olika anknytningsstilar. Ett sätt att försöka illustrera individers objektrelationer återfinns i Benjamins (1996) SASB-modell (Structural Analysis of Social Behavior) som numera återfinns i det diagnostiska instrumentet OPD (Operationalized Psychodynamic Diagnosis). SASB-modellen har sina rötter i interpersonell teori med sin förgrundsgestalt i Sullivan (1953) och sk cirkumplexa modeller av Kiesler (1996). Det finns även rottrådar till anknytningsteorin (Armelius & Armelius, 2010).



*Figur 1: klusterversionen av SASB-modellen i översättning av Armelius & Armelius:
1. personens skattningar av sig själv-och sina relationer, själv-och objektbilder
2. hur personen relaterar i en verklig interaktion med en annan, relationsbeteende
3. personens berättelser om sina relationer, inre relationsscheman, introjekt*

Både Henry, Schacht & Strupp (1990) och Nissen-Lie et al (2015) använder sig av Benjamins (1996) modell för att beskriva och mäta sådana strukturer och interpersonella mönster. Benjamin (1996) delade in dessa runt de två dimensionerna *affiliation* (en persons relaterande vad gäller närhet och kontakt med andra) på vågrät nivå som rör sig mellan själv-attack och själv-kärlek och *dominans* som rör sig mellan själv-kontroll och själv-frigörelse på lodrät nivå.

Lemma, Target & Fonagy (2011) gör en kort introduktion av den interpersonella psykoanalytikern Sullivan som primärt lade vikt vid individers nuvarande relationer och hur dessa påverkar utvecklandet av personligheten och psykopatologi. Inom interpersonella modeller ses symtom som resultatet av problematiska interaktionella mönster, vilket jämförs med vikten av internaliserade tidiga interaktionsmönster. Lemma, Target & Fonagy (a.a) jämför Sullivans "personification" med begreppet inre värld där Sullivan beskriver hur en person förstår världen genom en uppsättning av förväntningar/fantasier om sig själv och andra baserat på utvecklingsmässiga erfarenheter. Sullivans ideér överlappar således både objektrelationsteori och anknytningsteori.

Även Henry, Schacht & Strupp (1990) hänvisar till Benjamin (1996). De skriver i sin artikel, som undersöker hur patienters och terapeuters introjekt påverkar varandra i terapi kopplat till utfall, att den mest basala principen om introjektteori är att människor lär sig att behandla sig själva utifrån hur de har blivit behandlade av sina primära vårdnadshavare. Dessa interpersonella erfarenheter formar en personlighetsstruktur som kallas introjekt. Denna består av en relativt stabil medveten och omedveten uppsättning av sätt att behandla både sig själv och andra. Introjektiva handlingar eller tillstånd är ihopkopplade med affektiva erfarenheter och formar vårt interpersonella beteende. De ger exempel på hur självkritik är kopplat till skam och ledsenhet och att självkritiken leder till att personen får ett försvarsinställt förhållande till andra. Andra får då rollen som kritiker. Introjekten gör att vi på så vis vidmakthåller våra problematiska affektiva/interpersonella mönster. (a.a).

Anknytning hos vuxna

Anknytningsteorin utgår ursprungligen ifrån relationen mellan det lilla barnet och dess vårdnadshavare men används även för att beskriva människors sätt att hantera känslomässig osäkerhet i nära relationer senare i livet. I vuxen ålder blir det en kärlekspartner som får överta rollen som primär anknytningsfigur men det utesluter inte att inre arbetsmodeller av den tidiga anknytningsrelationen även kan visa sig och föras över i andra relationer, i synnerhet vid hot om separation eller avvisande från någon som är viktig för en, t.ex en terapeut (Eagle 2013; Holmqvist 2018). I överföringen och motöverföringen hakar terapeut och patient i varandra i gemensamma omedvetna teman där gränserna för vem som blir övergiven och vem som avvisar tillslut suddas ut (a.a). Holmqvists (2018) refererar till att det finns flera anknytningsbaserade psykoanalytiska utbildningssammanhang där man strävar efter att terapeuten utforskar den egna anknytningshistoriken för att få ökade kunskaper om hur dessa erfarenheter kommer till uttryck i relation till patienten (a.a).

Bakgrund

Bowlby grundade anknytningsteorin på 1950 talet, en då kontroversiell och ifrågasatt teori. Han menade att människan till sin natur är biologiskt förprogrammerad att knyta an, att skapa nära känslomässiga band till andra. I dag finns en stor överensstämmelse kring den tidiga anknytnings betydelse för barnets fortsatta psykologiska utveckling.

Kvaliteten i interaktionen mellan anknytningspersonerna och barnet spelar en central roll för barnets förmåga att känna tillit och trygghet. Bowlbys kallar dessa tidiga representationer av anknytningsrelationen för inre arbetsmodeller. Tidiga erfarenheter av kontinuitet och empatisk omvårdnad jämfört med avbrott och försummelse formar barnets generella förväntningar för resten av livet.

Bowlby menar att det fyller en funktion för barnet att kunna förutse och anpassa sig, även om det handlar om negativa eller hotfulla förväntningar. Barnet utvecklar hanteringsstrategier som spelar en avgörande roll i förståelsen för hur olika anknytningsmönster formas

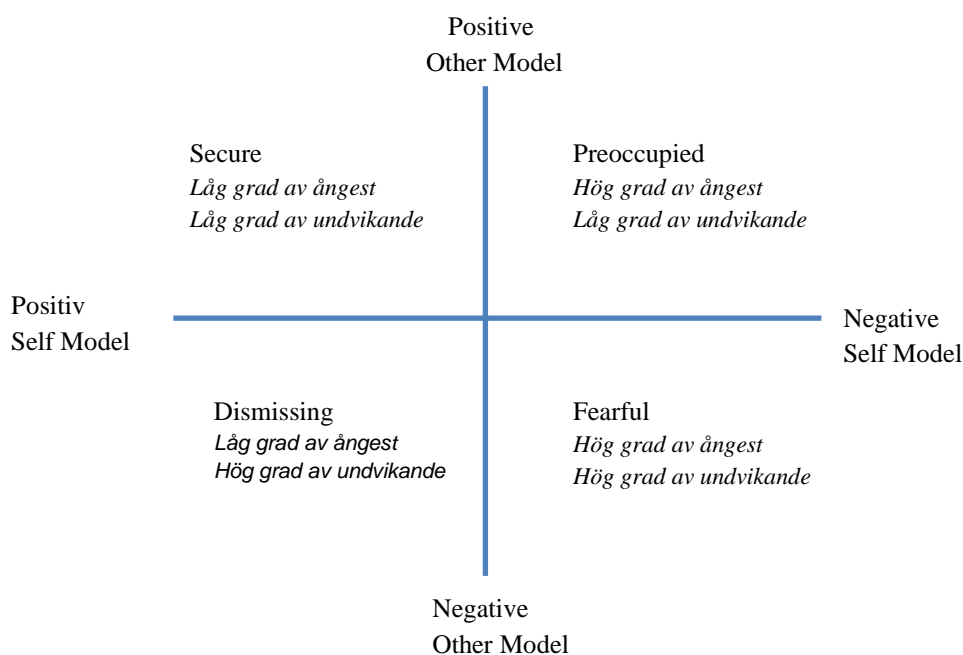
Klassificeringen av olika anknytningsmönster för vuxna bygger på Mary Ainsworths ursprungliga kategorier avseende barn. I regel utgår man från fyra kategorier med det finns så vitt vi förstår ingen integrerad hållning avseende mätmetoder och kategorier för vuxna (Eagle 2013).

För att beskriva och åskådliggöra fyra olika anknytningsmönster hos vuxna har vi valt att använda oss av Bartholomews och Horowitzs modell av själv och andra (1991).

Den utgår ifrån två dimensioner: *Positiv upplevelse av själv och andra* respektive *negativ upplevelse av själv och andra* samt de fyra anknytningskategorierna:

Secure (trygg), *Preoccupied* (ambivalent), *Dismissing* (undvikande), *Fearful* (desorganiserad)

Varje anknytningsmönster har sin specifika repertoar, prototyper av interpersonella beteenden och hanteringsstrategier för att uppnå känslomässig säkerhet i nära relationer.



Figur 2. Four-category of adult attachment (Bartholomew o Horowitz, 1991).

Personer med ett ”Preoccupied” eller upptaget anknytningsmönster tvivlar på sitt egenvärde och självbilden är associerad med ångest och hjälplöshet. Bilden av den positiva andra motiveras av i vilken grad den andra kan tänkas vara tillgänglig och stöttande. Den upptaget anknutna personen reglerar känslan av själv genom beroende och överdriven närhet till andra. Denna hanteringsstrategi gör dem sårbara för extrem ångest när behovet av intimitet inte blir bemött (Griffin & Bartholomew, 1994).

Personer med en ”Fearful” anknytning sitter fast i en önskan om närhet samtidigt som man är rädd för närhet. Eftersom självkänslan är låg är man beroende av att bli validerad och bekräftad av andra. Samtidigt har man negativa förväntningar och vågar inte lita på andra vilket ger hög grad av ångest och undvikande (Griffin & Bartholomew, 1994).

Individer med en ”Dismissing” eller undvikande anknytning skyr också närhet på grund av sina negativa förväntningar. Däremot bevarar de en stark känsla av egenvärde genom att defensivt fjärma sig och förneka nyttan av att ha nära relationer. Att få vara fri, oberoende och klara sig på egen hand blir istället ett idealiserat tillstånd (Griffin & Bartholomew, 1994).

Slutligen ”Secure” eller trygg anknytning karaktäriseras både av en internaliserad känsla av att ha ett egenvärde samtidigt som man har positiva förväntningar på andra. Man har lätt för att komma andra känslomässigt nära och är tillfreds med att både vara beroende och behövd. Man har förmåga till så väl autonomi som ömsesidighet i nära relationer (Griffin & Bartholomew, 1994).

Eagle (2013) skriver även om klassificeringen ”förvärvat trygg anknytning”. Personer som trots en svår uppväxt kan mentalisera kring dessa erfarenheter på ett sammanhängande, nyanserat och känslomässigt adekvat sätt. Det vill säga uppvisar låg grad av ångest och undvikande när man berättar om tidiga anknytningserfarenheter.

Teorier kring skam

När man fördjupar sig i teorier kring skam inser man att det finns både beröringspunkter och skillnader mellan olika teoretiska perspektiv inom PDT-spektrat. Flera av de teoretiker vi använt oss av menar att ögat är skammens organ. Nathanson (1992) refererar till Wurmser och Morrison som beskriver att ”när vi drar oss undan drar vi oss undan från andras blickar, ögon som vi tidigare skämts inför. Mycket av skam involverar det seende ögat som vi vänder inåt, vi känner skam när vi möter oss själva, när vi ser det vi önskar gömma inför oss själva”. I detta arbete kommer vi att använda oss av Nathansons (1992) sätt att conceptualisera olika försvar mot skam och av det skälet lägga tyngdpunkten på Tomkins affektteori.

Feldman Barrett (2017), en samtida professor och psykologiforskare motsätter sig den biologiska delen av Tomkins affektteori, vilket hon grundar på sin forskning om hjärnans funktion. Hon menar att det inte finns någon särskild plats i hjärnan för rädsla, ilska, glädje, sorg eller för den delen bestämda fysiska reaktioner kopplade till specifika affekter. Hon menar att alla känslor är subjektivt skapade utifrån hjärnans förväntningar i varje given situation, en produkt av tidigare emotionserfarenheter (a.a).

Wurmser (2015) gör ett skifte från den sociala betydelsen av skam som förekommer i Tomkins affektteori och beskriver en triadisk teori kring inre känslor av skam. Wurmser menar att man i alla tre former kan urskilja en objektpol; *vem man skäms inför* och en subjektpol; *vad man skäms för*. Den första delen handlar om en *överjagskonflikt* med skamångest, rädslan för att inte kunna leva upp till egna högt ställda ideal och ångest över att misslyckandet och förnedringen lurar runt hörnet. Ju högre självförväntningar desto större efterfrågan på perfektion. Den andra delen handlar om *komplexa reaktionsmönster på skam* och det självförakt man ställs inför när det fruktansvärda (traumat) redan har hänt. Det utdömda straffet för att vara en så misslyckad person är att i någon mening ta bort sig själv. Slutligen den tredje delen som handlar om *skam som preventiv attityd*, en reaktionsbildning på temat ”du borde skämmas”. Genom att t.ex. uppträda med diskretion, takt och sexuell blygsamhet, ”skärs” icke accepterade självaspekter bort och personen förhindrar exponering till priset av själslig urholkning och förtvining. Wurmser anser att skam inte bör ses som en isolerad affekt utan att de tre delarna avlöser varandra som ett sätt för personen att skydda sig mot känslor av hjälplöshet, en lösning som paradoxalt nog leder till nya problem/trauman (a.a).

Nathansons (1992) utgår ifrån Tomkins affektteori och kopplar skam till kroppen, storlek och form, förmåga, skicklighet, beroende och oberoende, kärlek och sex liksom det egna självet. Enligt Tomkins är skammens främsta uppgift att avbryta positiva affekter. Skammen uppstår i nära relationer och kärlek när vi blir sårade, kränkta eller avvisade. Lagom med skam hjälper oss att bli lite mer försiktiga, reglera oss själva och tänka efter. Däremot kan svåra och upprepade kränkningar under uppväxten leda till depression eller narcissism (a.a).

Det finns en rad saker vi är benägna att känna skam inför. Själva tanken på att andra ska se det som inte är accepterat får oss att vilja förpassa det till det fördolda. Risken för straff eller hämd leder enligt Nathanson (1992) till att skam övergår i skuldskänslor. Han ger även exempel på hur andra affekter, t.ex. ilska kan användas för att hindra eller maskera skamupplevelser. Varje gång affekten skam aktiveras gör sig liknande smärtsamma upplevelser bakåt i tiden påminna oavsett om vi kopplar dem till skam eller inte. Vi har även en mer eller mindre omedveten kunskap om hur vi bar oss åt för att må bättre, ta oss ur smärtan. Dessa mentala mönster av erfarenheter av skam, acceptans och försvar kallar Tomkins för skript. En persons skamskript innehåller budskap och anklagelser som att ”jag är en förlorare” (konkurrens), ”jag är oälskad” (önskemål om närhet och rädsla för närhet) ”Jag vill försvinna i ett hål i marken” (Inte vilja bli sedd) (Nathanson, 1992).

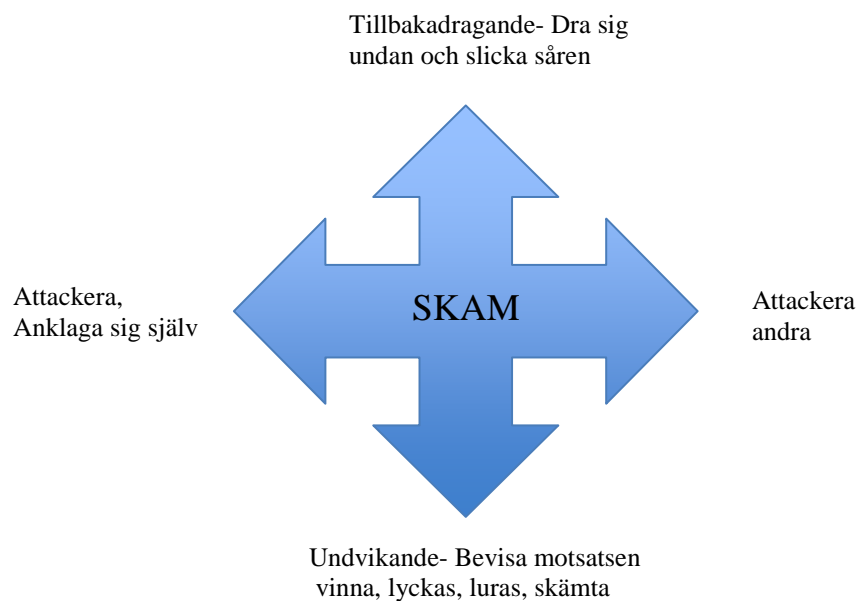
Skamkompasset

Nathanson (1992) har i enlighet med Tomkins teorier delat in olika sätt att reagera och försvara sig mot skam i fyra poler. Skamaffekten bidrar till en akut känsla av alienation och nedvärderande av självet. Det vanligaste sättet att reagera på skamaffekten är att gömma sig från andras blickar genom att dra sig undan och slicka sina sår i avskildhet. Tillbakadragandet kan övergå i attack mot självet om personen inte kan ta sig ur försvaret utan kapitulerar inför

alla självanklagelser. Vissa människor är mer rädda för skamupplevelsen än andra vilket kan hänga ihop med tidiga erfarenheter av förödmjukelse (Nathanson, 1992).

Undvikande är en hanteringsstrategi som handlar mycket om familjemönster. I vissa familjer är skamkänslan så oaccepterad och pinsam att den inte ens går att formulera. Egenvärdet bevaras genom att förneka och vägra kännas vid skamkänslan. Undvikande av skam går ut på att reducera och minimera smärtan genom att leva som om det vore på ett annat sätt. Ett sätt att avleda uppmärksamheten från upplevda defekter är att söka framgång och beundran. Andra sätt kan vara olika typer av missbruksbeteenden eller en hedonistisk livsstil (Nathanson, 1998).

Attack mot andra innebär ett försök att bevara självkänslan, skydda sig från känslor av mindervärde och sig själv som svag, genom att hitta någon eller något annat som man kan ge sig på och förstöra, göra sämre. Det kan handla om att göra sig lustig över eller förnedra andra offentligt, mobbning, skadegörelse eller våld i nära relationer (Nathanson, 1992).



Figur 3: Tomkins skamkompass enl Armelius & Armelius, Affektskola 2014 via Umeå Universitet

Skillnad skuld och skam

Freud betonade skuld framför skam i sina teorier. Enligt Freud är skuld ett resultat av en persons intrapsykiska konflikter mellan, å ena sidan primitiva drifter och önskemål (detet) och å andra sidan personens moraliska standard (överjaget). I dag finns det fler beskrivningar av skam än om skuld (Dearing & Tangney, 2002).

Nathanson (1992) menar att skam säger något om vår personliga kvalitet eller vårt själv. Skam är gruppen av negativa emotioner associerade med inkompetens, misslyckande och att vara inadekvat. Skuld däremot triggas först när vi blir medvetna om att vi har sårat, skadat någon annan eller överträtt någon viktig regel. Skuld handlar om handling och lagar. När vi bekänner våra ”synder” innebär det en skuldlättnad och möjligheter att sona våra brott. Nathanson (a.a) använder en rättegång som metafor för att beskriva hur skam är en svårare känsla att bli av med. När rättegången är över är skuldfrågan utredd, däremot kan skamkänslan fortfarande hänga kvar.

Även Lewis (Dearing & Tangney, 2002) beskriver skuldkänslan som mindre smärtsam och som inte påverkar den personliga självbilden, identiteten, på samma sätt. Även här skiljer man på skam och skuld genom att tala om Själv vs. Beteende. Skuld innehåller ånger över det man gjort. När man är mitt i en skuldoplevelse är man upptagen med att tänka över det man gjort, om och om igen och önskar att man gjort annorlunda eller på något sätt kunnat få det gjort. Personen bekymrar sig i huvudsak för beteendet, delvis separerat från självet.

Vid skam är det självet som är fokus för utvärdering. Skam är en akut, smärtsam känsla följt av att känna sig förminskad, värdelös och hjälplös. Människor som skäms känner sig exponerade med eller utan publik. Lewis (Dearing & Tangney, 2002) talar om skam som en split av självet, där självet både är agent och objekt för observation och misstycke. Ett bevittnande och nedvärderande själv. Skam leder till önskan att fly eller gömma sig, sjunka genom golvet eller försvinna.

Syfte och frågeställning

Studien är explorativ och vill undersöka hur psykoterapeuter upplever prematura avslut intrapsykiskt både på det personliga och professionella planet och deras tankar om hur dessa avslut påverkar deras nuvarande och kommande patientarbete. Vi tänker att vi kommer att känna igen olika mönster av att hålla ifrån sig ansvar i det som hände i terapin till att ta på sig för mycket ansvar. Att detta går att beskriva i termer av omedvetna processer, anknytning och objektrelationer.

Vi har i huvudsak två explorativa frågeställningar som vi vill ha svar på.

- Vilka intrapsykiska processer sätts igång hos terapeuter vid prematura avslut?
- Hur påverkar de tankar, känslor, förnimmelser och impulser man erfar den professionella och privata självbilden?

Metod

Val av metod och teoretisk bakgrund

Psykoterapeuters upplevelser och erfarenheter av prematura avslut är inte en företeelse som kan mätas och redovisas i exakta mått. Istället för att förklara en objektiv verklighet var vi

intresserade av att söka förståelse för subjektiva upplevelser och kvalitativ metod som bygger på semistrukturerade intervjuer är lämpligt för att fånga just subjektiva upplevelser. Vår studie är således explorativ och utgår från fenomenologi och hermeneutik, vilket betyder att vi når kunskap genom att studera individers unika upplevelser av ett fenomen för att därefter bearbeta och tolka data. Fenomenologi tar sin utgångspunkt i att erfarenhet är subjektiv till skillnad från positivismens objektivitet och fenomenologisk forskning ägnar sig främst åt mänskliga erfarenheter. Ett fenomen är något som är bekant för människor genom att det upplevs, men har ännu inte blivit förklarat genom analys eller teoretisering. Fenomenologin fokuserar på att få en tydlig bild av fenomenet som det upplevs av människor (Denscombe, 1998).

Hermeneutik betyder att tolka. Mycket inom hermeneutik handlar om att just tolka, men också om att förstå och förmedla. Hermeneutiken lämpar sig väl när man som forskare vill få tillgång till intervjupersonernas egna upplevelser av ett särskilt fenomen (Westerlund, 2017). Enligt Kvale & Brinkman (2009) utgår den semistrukturerade intervjun från en eller ett fåtal förutbestämda frågor som ställs till samtliga intervjupersoner. Eventuella följdfrågor utgår från det som var och en av intervjupersonerna berättar om. En fördel med den semistrukturerade intervjun är att intervjupersonerna blir mer fria i sina berättelser och mindre styrda av den som intervjuar.

När det kom till själva analysen av intervjumaterialet så föll valet på tematisk analys. Tematisk analys är en metod för att identifiera, analysera och rapportera teman inom en datamängd. Detta görs genom att vi väljer ut, redigerar och grupperar citat ur berättelserna. De erfarenheter som psykoterapeuterna förmedlar är således djupt subjektiva och vi kan finna både likheter och skillnader när vi tittar på hela datamängden (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analys är förhållandevis lätt att förstå och använda sig av och lämpar sig därför särskilt väl för en studentuppsats. Dessutom utgör den ett flexibelt och användbart analysverktyg som kan ge både rik, detaljerad och komplex data (a.a). När vi började prata om psykoterapeuters upplevelser av prematura avslut så kom vi direkt in på att tänka på det ur ett anknytnings- och objektrelationsteoretiskt perspektiv. Eftersom vi hade med oss dessa glasögon redan från början så valde vi således att titta på fenomenet utifrån dessa båda teorier och valet föll därmed på en teoridrivna tematisk analys. Vi ville hitta gemensamma återkommande teman i intervjumaterialet och sedan närma oss dessa via ovanstående teorier.

Reflexivitet

Vi är två författare till denna uppsats. Lilly är socionom sedan 1990, legitimerad psykoterapeut (inriktning KBT) sedan 2004 och handledare på kognitiv relationell grund sedan 2012. Hon har mångårig erfarenhet av att i olika roller arbeta med missbruk, ätstörningar och samsjuklighet, både inom offentlig och privat sektor. Hon arbetar sedan 2012 som egen företagare med psykoterapier, handledning och utbildning. Kognitiv psykoterapi har även ett utvecklingspsykologiskt fokus och Lilly har sedan tidigare ett intresse för anknytningsteori och affektteori.

Åsa är socionom sedan 1993 och har jobbat många år med missbrukare och missbruksfrågor både som socialsekreterare, uppsökare och metodutvecklare. Sedan hon blev klar med sin grundläggande psykoterapiutbildning 2012 har hon arbetat som behandlare på behandlingsenheten i Stockholms stad, som vänder sig till invånare med alltifrån riskbruk till beroende av alkohol, narkotika och spel.

Som vi har varit inne på så hade vi vissa förföreställningar redan från början när vi diskuterade ämnet för vår uppsats. Egentligen var vi intresserade av hur man som psykoterapeut upplever svårigheter i relationen till patienter och hur dessa upplevelser påverkar. Dels så tänkte vi att vi ville begränsa omfattningen av fenomenet "svårigheter i relationen till patienter" genom att fokusera på **en** typ av svårighet och dels så ville vi inte hamna i rika beskrivningar kring vad man gjort av en sådan svårighet genom att till exempel berätta om hur man lyckades styra upp det hela. Ett prematurt avslut är en svårighet i relation till en patient och där det inte finns någon lösning. Man har blivit lämnad. Hur upplever och hanterar man det?

Dessa initiala tankar kom sig av att vi själva brottas med tanken på vad som krävs för att bli en tillräckligt bra terapeut. Vi kan båda uppleva oss som otillräckliga i vårt värv och vi har båda varit med om prematura avslut, många gånger. Det var med tanke på dessa svårigheter som vi tänkte att vårt anknytningsmönster aktiveras när det finns hot om eller att vi faktiskt blir lämnade av en patient. Vi kunde känna igen oss i att bli väldigt aktiva och kanske krävande i att hålla kvar patienter eller väldigt passiva som om vi inte bryr oss: "Ok, du är välkommen att höra av dig om du vill komma tillbaka". I dessa anknytningsstilar så finns det också närmare beskrivningar av upplevelsen som man kan förstå genom våra inre representationer av själv och andra, alltså objektrelationsteori. Även om varje patient-relation är unik så tänker vi också att terapeuter har sina unika inre arbetsmodeller.

Etiska överväganden

Enligt information om forskningsetik hämtat från Lunds Universitets hemsida (2018) behöver studentarbeten såsom uppsatser normalt sett inte genomgå prövning i etiknämnden. Studentarbetet behöver dock vara etiskt försvarbart vilket säkerställs genom handledarens och/eller den kursansvariges överinseende.

Vi har tänkt på att beakta intervjupersonernas rätt till anonymitet och personlig integritet när vi inhämtar, behandlar och presenterar deras personuppgifter och innehållet i intervjumaterialet. Detta gör vi genom att inte dokumentera eller nämna deras riktiga namn, arbetsplatser eller annan information som går att härleda och känna igen.

Vi är medvetna om att vi ber intervjupersonerna att berätta om känslig och personlig information som vi sedan kommer att tolka och analysera tematiskt utifrån anknytnings- och objektrelationsteori. Vi vill begripliggöra terapeuters teman på gruppnivå, inte avslöja igenkännbar sårbarhet hos enskilda terapeuter. Vi kommer försöka presentera resultatet på ett respektfullt och omdömesgillt sätt genom att varva teori med citat från olika intervjupersoner i löpande text.

Vi har fått ett skriftligt samtycke i och med att de har svarat att de vill delta i en intervju när vi har skickat ut förfrågan med vår inbjudan som bilaga. En förutsättning för samtycket är att intervjupersonerna har fått tillräcklig och relevant skriftlig information om vår studie. Denna information återfinns i inbjudningsbrevet (bilaga 1)

Som intervjuare har vi varit angelägna om att anta ett empatiskt och icke-dömande synsätt.

Deltagare och urval

Vi bestämde oss för att leta efter våra intervjupersoner via våra bekantskapskretsar, helt enkelt eftersom det var det enda möjliga sättet att komma i kontakt med för oss okända psykoterapeuter. Urvalet är därmed inte slumpmässigt. Vi ville också ha en spridning vad gäller psykoterapeutisk inriktning, ålder och kön. Vi mejlade personer i våra nätverk med en bilaga i form av ett brev med kort information om vad vi ville med vår intervju, våra fyra frågeområden samt etiska överväganden avseende deras deltagande (bilaga 1). De som visade intresse för att delta i intervjun genomförde också intervjun. På det viset blev det alltså inga avhopp.

Intervjuerna var semistrukturerade och utgick från våra två frågeställningar. Vi använde oss av en intervjuguide med fyra frågor (bilaga 2). Vi lämnade det upp till terapeuten att tolka vad prematurt avslut betyder. För de flesta handlade det om ett avhopp efter åtminstone någon termins arbete, för andra kunde det handla om ett avhopp ganska tidigt i kontakten. Vi har därmed inte heller definierat begreppet prematurt avslut varken för oss själva eller de vi intervjuat.

De intervjupersoner vi intervjuade bestod av 4 män och 5 kvinnor, 6 hade psykodynamisk utbildning, 2 KBT och en hade utbildning som integrerade både PDT och KBT. Samtliga terapeuter är legitimerade och har jobbat med samtalsbehandling i olika former mellan 12-34 år. Åldern varierar från 37-65 år. Tre av terapeuterna jobbar helt privat och två enbart som anställda på olika organisationer/stiftelser. Övriga arbetar kombinerat privat och som anställda/konsulter på deltid inom primärvården och andra organisationer.

Datainsamling

Vi använde oss alltså av en semistrukturerad intervju med fyra övergripande frågor. Att använda sig av en semistrukturerad intervju innebär att intervjupersonerna blir mindre styrda av den som intervjuar och mer fria i sina berättelser (Kvale & Brinkman, 2009). Samtliga intervjupersoner fick svara på alla frågor. I brevet framgick tydligt att intervjun skulle handla om prematura avslut och vi bad intervjupersonerna tänka igenom ett eller flera sådana avslut så att de skulle vara förberedda när intervjun började och inte sitta och fundera över om de haft några prematura avslut någon gång. Beroende på hur lätt det var för intervjupersonen att börja prata så valde vi att berätta att vi själva hade flera erfarenheter av prematura avslut. De två första intervjuerna genomförde vi tillsammans för att bli mer samstämda. Vi undrade om vi undersökte och blev intresserade av ungefär samma saker eller om vi tänkte helt olika. Upplevelsen blev att vi drog åt samma håll under dessa initiala intervjuer. Vi satte oss och

pratade efter båda dessa intervjuer och hade fäst oss vid liknande saker under intervjuerna. Resterande 7 intervjuer delades upp mellan oss så att en intervjuade två personer och den andra fem personer.

Intervjuerna genomfördes på intervjupersonernas arbetsplatser, i deras egna arbetsrum och tog mellan 35-55 minuter. Vi ville få till ett klimat av icke-dömmande och intresse och vår ambition var att låta dem berätta så fritt som möjligt, men följdfrågor är oundvikliga dels för att säkerställa att vi hade förstått rätt, men också för att fördjupa, som t.ex. "vad tänker du kring det då, vad har det med din skam att göra? I några fall kom vi med associationer till det de berättat som: "när du beskriver det där så låter det som att...". I resultatdelen har vi återgett citat med indragna marginaler. I de fall vi har tagit bort en bisats för att göra citatet tydligare så har vi satt tre punkter mellan hakparentes enligt följande: [...] När vi har slagit ihop två citat som handlar om samma tema, men som förekommer på olika ställen i intervjun så har vi markerat med // och radbyte. Vid två intervjutillfällen stoppades inspelningen. Vid det första tillfället blev bara en kvart inspelat och vid det andra föll det bort några minuter innan det upptäcktes. Vi har bara använt oss av material som har blivit inspelat och transkriberat.

Dataanalys

Vi följde Braun & Clarkes (2008) råd om att redan från början skriva ner våra tankar och idéer om materialet. Vi gjorde det genom att mejla varandra tankar kring den senaste intervjun och hur vi tolkade det vi hört och kopplade efterhand ihop med tidigare intervjuer, både likheter och skillnader. Vi fäste oss vid uttalanden kring avvisandet och hur man hade hanterat sina känslor, hur man tänkte om vem eller vad avhoppet berodde på samt hur viktig man gjorde terapin. Vi tänkte också att det verkade röra sig om en process från initial känsla av skam och eller skuld som präglas av negativa tankar om sig själv till att den akuta känslan lägger sig och man kan börja vidga sina tankar kring sig själv, patienten och vad som hänt mellan dem. Det fanns tankar om att en del terapeuter tycktes tvivla på sin duglighet på ett mer privat plan och överkompenserade detta professionellt och förklarade avhoppet mer beroende av yttre omständigheter. Andra terapeuter verkade ha mer tvivel kring sin professionella självbild, lade mer ansvar på sig själva vid avhoppet och kompenserade med mer överengagemang. Slutligen funderade vi på de terapeuter (2 st) som inte gav något konkret exempel på avhopp. De berättade att de hade haft avhopp och reaktionerna på dessa, men av någon anledning så landade det aldrig i något narrativ kring ett avhopp.

Under dataanalysen följde vi de olika stegen i Braun & Clarkes (2008) riktlinjer för tematisk analys:

- Vi gjorde oss bekanta med data
- Vi genererade initiala koder
- Vi letade efter teman
- Vi granskade våra teman
- Vi definierade och namngav våra teman

I takt med att intervjuerna blev klara så transkriberades de av den som inte genomfört intervjun med två undantag då samma person som intervjuat även transkriberade intervjun. I dessa fall så lyssnade den som inte intervjuat igenom intervjun innan den läste den. Av de två första gemensamma intervjuerna så transkriberade vi en var. När alla intervjuer var transkriberade så läste vi igenom samtliga intervjuer en gång innan kodnings-arbetet påbörjades.

När vi började koda de transkriberade intervjuerna så letade vi efter svar på eller uttalanden kring våra två frågeställningar. Först kodade vi intervjuerna enskilt och därefter gick vi igenom varje intervju tillsammans. Vi hade kodat i stort sett samma citat, men ibland på lite olika sätt och där fick vi jämkna oss fram till en benämning på koden, alternativt dela upp den i två. I det fall bara en av oss kodat ett citat så diskuterade vi oss fram till om vi tyckte att det berörde vår frågeställning eller inte. Vi kom slutligen fram till följande koder:



Figur 4. Initiala koder

Till varje kod samlade vi alla kodade citat. Totalt hade vi då valt ut ca 150 citat. Dessa koder arbetades om till teman med tankarna på våra två teorier i bakhuvudet. I denna fas såg vi att även affektteori var viktigt att använda sig av när vi analyserade materialet och även denna teori lyftes in. När vi var klara med den första tematiseringen skrev vi in alla citat som passade in under dessa teman i ett word-dokument. De citat som inte passade in hamnade i en slask längst ner. I takt med att vi har arbetat om våra teman har vi gått tillbaka till detta dokument och kopierat över citat. När det gäller hur vi har identifierat teman så kan vi se att vi har rört oss både på semantisk nivå och använt citatet i dess explicita mening och latent nivå där vi har tolkat det personen har sagt.

Under denna process kunde vi upptäcka att våra teman var alltför lika eller behövde slås ihop. Vi hamnade någon gång för långt ifrån frågeställningen för vår uppsats och fick backa tillbaka. Detta mödosamma arbete pågick in i skrivprocessen då vi slutligen slog ihop två

teman till ett och gav det ihopslagna temat ett nytt namn. Så här i efterhand kan vi känna igen oss i Braun och Clarkes (2008) beskrivning när de säger att tematisk analys inte är någon linjär process. Det är snarare en process fram och tillbaka mellan övergripande tankar om materialet till de beskrivande citaten från alla intervjuer.

Resultat

Analysen av de intrapsykiska reaktionerna vid prematura avslut resulterade i tre huvudteman varav två handlar om känslomässiga reaktioner och det tredje om hur man hanterar känslorna. Upplevelsen av skam illustreras genom fysiska och kognitiva reaktioner till följd av avvisandet. Det tankemässiga innehållet delas upp i två underteman som handlar om rädslor för att inte ”hålla måttet” eller för misslyckande i relation till inre obevekliga krav. Den andra delen handlar om skuld över att ha svikit patienten och förklaras med två underteman som handlar om att begå misstag men också om att som människa och terapeut ha begränsningar och inte rätta till. De känslomässiga och affektiva reaktionerna är något psykoterapeuterna hanterar mer eller mindre omedvetet utifrån affekttolerans, egen anknytningshistoria och inre representationer samt yrkesmässig erfarenhet. Hanteringsstrategierna som är vårt tredje huvudtema redovisas utan särskiljning, huruvida det handlar om försvar eller coping eller om de är ändamålsenliga eller ej. En sammanfattande beskrivning återfinns i figur 5.



Figur 5. Slutliga teman och underteman.

1. Upplevelse av skam

Det slår direkt an en känsla av att bli avvisad när patienten uteblir eller hoppar av terapin. Våra intervjupersoner är rörande överens om att det är ofrånkomligt att inte bli berörd när det händer. Att handskas och jobba med skamkänslor beskrivs både som något nödvändigt och ofrånkomligt i arbetet som psykoterapeut.

Den affektiva reaktionen vid abrupta oplanerade avslut beskrivs som en kortvarig, oerhört jobbig och attackerande känsla. Det skakar om rejält och man känner sig lite skadeskjuten. I materialet finns flera beskrivningar av kroppsliga förmimmelser av skam.

1) ”Det är skam, alltså det är ofta skam. Jag vet när någon tar upp det så känner jag i mimiken på mig själv att det är [...] och det ser jag som ett försvar mot skam, ehm, att den alltså känns liksom in i .. högt upp i magen.”

Kort efter den första överrumplande upplevelsen av att ha blivit avvisad väcks självkritiska tankar, fantasier och associationer på temat.

3) ”ja men ändå liksom, alltid lite avvisande så, att man väljer bort och det tror jag alltid måste handskas med som terapeut, att det är viktigt att jobba med de känslorna, att ”duger jag inte” eller ”väljer bort för någon annan och något annat blir viktigare.”

Alla har vi med oss historier om vad vi har varit med om. Ett par av intervjupersonerna menar att avvisande från en patient som man engagerat sig i kan jämföras med att bli lämnad i en kärleksrelation, att det har liknande dignitet. En terapeut upplevde att ämnet i sig rev upp en stor reva i rummet. Citatet nedan illustrerar ytterligare en association;

7) ”Det slår mig att jag har blivit mobbad i min barndom.”

Flera av intervjupersonerna använder metaforer eller talesätt för att beskriva hur skam kan få en person att vilja fly eller försvinna;

1) ”men det är väl en sån som, ja antingen är det det eller så är det något annat, men det drar ett varv kring “var det något med mig?”, jag men inte liksom att jag gick hem och hängde mig.”

Det är, ja det kanske är ett tecken på att jag kan strunta i saker som, mer än gräva ner mig.”

1.2 Inte hålla måttet

Skam över att inte hålla måttet handlar om självtvivel och ifrågasättande av personliga kvaliteter och den egna kompetensen. Upplevelsen av att inte vara en tillräckligt bra terapeut.

5) ”men gjorde jag inte ett bra jobb eller tyckte hen inte att jag var tillräckligt bra” mer så tror jag.”

För ofta är den nog så att precis efter något sådant där är jag nog mer kritisk, lite hårdare mot mig själv. Efter att någon hoppat av.”

Man är rädd för att ha varit inadekvat, t.ex. för distanserad alternativt för engagerad.

8) ”Jag vet inte om jag är kall på nåt sätt, nej, men jag tror, nej, jag tror inte det, utan man, det var det liksom och nu är det det här.”

I det följande citatet reagerar terapeuten med ovanligt starka känslor och funderar över projektiva processer och en iscensättning av känna sig lurad och dumpad. Skammen handlar om att ha engagerat sig för mycket;

4) ”jag såg det inte komma överhuvudtaget, med facit i hand, undrar jag hur kunde jag ha varit eller ja, hur kunde jag bli så involverad i det här...//
alltså det väckte väldigt, alltså ovanligt starka känslor hos mig, alltså som om min äkta hälft hade sagt att jag vill lämna dig eller något sådant...efter allt det här jobbet jag hade lagt ner så bara, så bara skiter du i mig nu.”

1.3 Rädsla för misslyckande

En annan aspekt av skam är rädsla för misslyckande. Misslyckandet kan vara att patienten inte kommer eller väljer bort terapin för någon eller något annat. Patienten kanske går vidare till en annan vårdgivare utan att terapeuten riktigt har fått en chans. Detta undertema hänger ihop med terapeuters prestationsångest och rädsla för att inte nå upp till sina ideal.

5) ”I just det fallet tror jag att det handlade lite om eh...om, kanske om svackan tror jag. Att eh, ja men då kanske hon inte tyckte, att inte vet jag. Att det blev ett för långt uppehåll eller att nu hoppar hon av för att det var jobbigt just nu och då kanske hon tänker ”att det här var ingen bra behandling som jag gjorde”//
Alltså jag vet att jag som person alltid har varit rätt så, ja men, ambitiös, vill vara duktig, vill göra bra ifrån mig. Vill gärna liksom bli omtyckt. Jag har också fått jobba mycket med det.”

Det här citatet skulle kunna handla om både skam och skuld, eller att skammen görs om till skuld över att inte ha presterat:

8) ”misslyckandet blir ju för att de inte kommer, annars är det ju ett lyckat samtal skulle jag säga. För jag har verkligen fångat någonting, jag kanske har fått hjälp i handledning och använda mig av det. Så egentligen skulle det kunna bli jättebra och så blir det jättedåligt, för dom kommer inte tillbaka. Så man, tycker mest synd om dem: paret som inte kommer tillbaka.”

Det kan även handla om att konkurrera och jämföra sig med kollegor. Rädslan för att andra ska se misslyckandet. Följande citatet exemplifierar skam inför kollegor;

4) ”eller vet du vad, apropå skam och så där, det blev också lite, det kommer in en aspekt av, det blev lite känt bland kollegorna också, så att det här att hen bara så här från den ena dagen till den andra helt plötsligt: ”amen nu slutar jag hos X liksom” var, känns lite konstigt också, inför kollegor. Så det liksom, om vi nu försöker belysa alla om och men här så spelade det också roll att jag kanske ville, åtminstone på pappret, att vi har setts två gånger till istället för bara liksom: ”ok, tack ska du ha, hej då, lycka till.”

Det finns en terapeut som lyfter upp en alternativ idé på temat misslyckande. Att framför allt målgrupperna ”par” eller ”unga vuxna” generellt sätt är mer nöjda än man som terapeut kanske tror. Att avhoppet mer handlar om att patienterna har fått det de behöver och inte kan

föreställa sig att de har någon betydelse för terapeuten. Unga Vuxna gruppen nämner flera som en grupp som generellt har svårt för avslut, de är i en fas i livet där uppgiften snarare är separation från vuxna än att knyta an. Det finns även beskrivningar av andra målgrupper där avbokningar och avhopp tillhör vardagen.

2. Skuld över att svika patienten

Skuld och skam förekommer ofta tillsammans i materialet och är inte helt lätta att särskilja. Det här temat handlar om terapeuters skuld över att göra fel mot patienten. Något man sagt, gjort eller underlåtit att göra. Att man kanske har gått för fort fram eller för långsamt fram, pressat för mycket eller missat något viktigt. Vissa terapeuter känner även skuld över att ha låtit den psykologiska processen passera och istället fokuserat mer på praktikaliteter.

Detta citat handlar om att skuld över att patienten inte har råd;

2) ”...så kommer människor som: jag vill jobba kring det här temat just under en period och jag vill titta på det här och, ehh ... jag vet inte, det kanske är jag som säger ska vi gå varannan vecka, för jag har problem med deras ekonomi.”

Citatet nedan beskriver hur det känns att behöva avvisa en patient;

3) ”han skulle ha kunnat komma tillbaka, men jag hade fullt så det gick inte, så kan det också gå, ja och tyvärr så var jag tvungen att på sätt och vis avvisa honom, jättesorgligt verkligen, men det fanns ingen möjlighet.”

Eller att man låtit sig förföras utan att stanna upp och reflektera:

9) ”...då hade jag upptäckt att hen höll på att förföra mig också och att jag borde ha tolkat kring det eller uppmärksammat det och så vidare och inte erbjudit personen den här extra tiden liksom, typ, jag vet inte vilken dag det var liksom, nej, det var en röd dag faktiskt, det kanske var den sjätte, men man går inte och jobbar på en röd dag, det har jag aldrig gjort, förstår du?//
men det var nog att jag gärna ville träffa hen på något sätt.”

2.2 Begå misstag

Detta undertema handlar om skuld över att man inte riktigt gjort sitt jobb, gjort misstag som kan ha skadat patienten eller åtminstone påverkat förtroendet.

Det här citatet handlar om skuld-känslor över att inte ha tagit reda på vad uteblivandet handlat om, att ha missat en patient;

2) ”alltså för att det blev, det var det här att jag inte följde upp det riktigt, vad det var som hände när hen inte återkom. Det var det som bara slog mig att det blev, att det också, att man

inte kollar upp att “vad handlar det här om” så jag missade antagligen en depression, liksom att det hände nånting där under julen.”

Ett annat citat handlar om att helt glömma bort att man bokat ett patientbesök;

4) ”lite skuld, jamen det är klart. Här gjorde jag ett misstag, det var dåligt, det var fel av mig så. Men, som sagt, apropå det jag lärde mig i ISTDP är också att till vuxenvarandet hör också att bära på sin skuld. Så jag är inte stolt över det, men jag får stå ut med att jag gör fel. Jag gör så gott jag kan, men emellanåt så händer det eller då och då.”

2.3 Inte räcka till

Det här undertemat handlar om att lägga mycket ansvar på sig själv och skuld känslor över att inte räcka till. Inte kunna leverera eller vara till nytta för patienten.

7) ”klart att tanken dyker upp att jag var inte tillräckligt bra, jag gjorde någonting fel, någonting har jag sagt som har påverkat patienten att inte vilja komma. // Det tycker jag är svårt att undvika med den här rollen vi har alltså. Det är bara jag som är kvaliteten i det här arbetet.”

Det här citatet handlar om att försöka ställa saker och ting till rätta;

8) ”Men ibland kanske man tänkte att när nån, jag kanske tänkte att det här, vad tokigt, jag kanske: “ska jag ringa upp, kan jag göra, alltså kan jag på nåt sätt, göra om, göra nytt, vilket det hände att jag gjorde också, att jag kunde ringa upp par och säga: jag tror jag missförstod eller jag ber om ursäkt eller jag tror att jag inte fångade upp dig riktigt i vad du sa eller. Alltså jag kunde, det hände att jag gjorde det.”

3. Hanteringsstrategier

Ett avvisande väcker obehagliga känslor som skam och skuld kopplat till ibland hotfulla tankar kring att man inte duger eller har gjort fel på olika sätt. Detta är en jobbig situation som man behöver hantera och där har vi identifierat flera strategier nedan. Terapeuterna använder sig av flera strategier och i intervjuerna finns det många citat som handlar om att man är stolt över att ha övervunnit rädslor och blivit modigare. Det handlar om att, till skillnad från tidigare, kunna acceptera och stå ut med känslor, även de jobbiga och öppna kunna prata om den skuld och skam man upplever, exempelvis i handledning. Att bli mindre självcentrerad och kunna mentalisera kring patienten. Att som terapeut bjuda in och våga göra terapin viktig.

3.1 Hantera känslorna

Den första hanteringsstrategin handlar om att hantera sina obehagliga känslor. Samtliga terapeuter berättar om vikten av att känna sina känslor, acceptera att de kommer och stå ut. Det har inte alltid varit så och det har inte alltid varit lätt, men man jobbar på det. Man kan hantera känslorna genom att stänga av tankarna för att slippa ifrån känslan, alternativt att tillåta sig att vara i dem.

Man kan vara väldigt bra på att stänga av tankarna för att undvika känslan. Men känslan kan göra sig påmind på annat sätt:

1) "Ja, men jag tror att jag har en sådan här att jag kan hålla liksom negativa tankar ifrån mig. Det är inte bara bra. Jag kommer från en familj där det är så där: "äh, skit i det". Det är inte alltid bra, men ibland är det bra om man inte ska hålla på och älta och grubbla och så, ja. [...] ja, det är jättesvårt att veta om det är för att den ligger och gnager fortfarande, men att jag omformulerar det på något annat, men det var inte att tankarna gick till hen. Men känslan kan ju ändå ha hängt kvar."

Men det kan också upplevas som ett värde att stanna i dem, fast de är jobbiga:

3) "jo, det är själva konsten tänker jag, som terapeut och vara, att jobba med sina egna känslor, motöverföringen va och liksom lyssna till dom. Och också, och där tänker jag väl att jobba på och reglera sig själv, att liksom ha koll på det, att det inte är farligt att känna. Det är ju det jag jobbar med så, så att tvärtom, så tänker jag att det är ju det som jag har som en del av mig i jobbet. Det är jätteviktigt."

6) "ja gud ja, mycket mer. Och att man kände sig dålig som terapeut och misslyckad och sådär. Medan jag nu inte tänker lika mycket så fast det fortfarande kan kännas kränkande på något sätt. Kränkande, man är sviken så där. Som att man känner sig sviken, arg också. // Alltså, jag tror ju att om man, om man inte känner så. Jag är lite osäker nu, om man inte känner så, så tror jag kanske man ska sluta som terapeut. För hur det än är så kräver det ett engagemang från min sida."

3.2 Mentalisera kring det som hänt

Efter att ha stannat upp och känt efter och stått ut så börjar processen med att tänka kring sina känslor. Varför känner jag så här? Vad är mitt och vad är patientens? Att vidga perspektivet från att känna sig låg och tänka att man till viss del är dålig till att få in fler perspektiv på det som hänt.

9) "nämen det är väl att jämföra med andra kriser i livet, en skilsmässa till exempel så är det väl, man kan ju låta bli och hamna i kris eller också så tillåter man sig och hamna i kris. Tillåta sig hamna i kris, då mår man ju dåligt för att det har hänt någonting och det är inte så roligt och må dåligt, men det ger ju möjlighet och börja resonera och fundera på vad som har hänt. Det är väl där utvecklingen ligger liksom."

2) ”ja, det blir ju det (självupptaget) och så blir man inte närvarande, man håller ju på och funderar, så att nu så kan jag ju på ett annat sätt släppa mig själv och se den andre.”

6) ”men det här resoneraandet så att säga, kring patienten, det kommer ju ofta senare. Först tror jag liksom att man börjar, och framför allt om det är någon man har investerat i så är det klart att det är jobbigt så att säga. Och sårande på ett sätt också. För sen när man liksom har passerat de här känslorna, sina egna så att säga, då när man börjar lyfta sig, då kan man kanske se också att det är en patient som inte förstår sin egen betydelse, det tror jag är ganska vanligt, för andra människor.”

3.3 Undvika genom att gömma sig

Denna strategi handlar om att undvika obehaget genom att bli otydlig, att bli passiv genom att t.ex. lämna det öppet eller lägga över det på patienten hur man ska ses framöver. Man kan låta bli att höra av sig när patienten lämnat flera återbud eller uteblivit. Apropå det har flera terapeuter uttryckt rädsla för att upplevas som förföljande när patienter försvinner. Man kan också låta bli att föreslå några avslutande samtal om patienten bestämmer sig för att sluta.

Följande citat är ett exempel på när terapeuten inte vill styra upp eller trycka på, men också om att börja göra tvärtemot:

1) “att då slipper jag ju att de säger att: “nej, men jag ska inte träffa dig, det kändes inte så bra så jag vill nog fundera”. Innan de ens hinner säga något sådant så har jag sagt: “gå hem och fundera vad du tyckte om det här [...] Så jag är mycket mer åt det hållet, att jag nog för mycket ger dem en chans att, och det har säkert med min skam att göra. [...] Nu har jag i alla fall börjat säga om du vill boka vi en tid direkt nu eller om du vill fundera. Men jag skulle också kunna fråga “vill du boka en till tid, ska vi dra igång det här nu och hur ofta ska vi ses? // Att jag på något sätt bjuder in dem direkt”.

Att inte höra av sig när patienter försvinner.

2)“eller sen är det säkert också så att jag vill inte ha dom en gång i veckan, jag tycker det blir för tråkigt [...]men jag har ganska stor koll på min anknytning, så jag vet ju vad jag kan hamna i för någonting och jag är ju inte den där som då ivrigt hänger mig på.”

När man har stannat upp i de obehagliga känslorna, stått ut och kunnat börja tänka kring dem så öppnar det också upp för möjligheten att göra annorlunda. Även om det är samma obehag man känner inför risken att bli avvisad så kan man stå ut med obehaget.

9) “ehhm som man gör, “det verkar va nåt viktigt som vi behöver prata om, som vi har missat eller sådär”...man sväljer ju sina aggressiva känslor och bjuder in, alltid som terapeut, bjuder man in...och det kan va nåt viktigt som vi behöver prata om, eftersom det är nåt starkt som har hänt ... ingen, inget svar ... det är ovanligt faktiskt.”

3.4 Lägga det på patienten

I denna strategi lägger man mer på patienten istället för att lägga allt på sig själv. Det kan handla om att tänka att avvisandet inte betyder något för en eller ha fantasier om att avvisa tillbaka. Också kan man tänka på de patienter som vill ha en, som gör att man känner att man duger. Vi tänker att det finns inslag av ilska som försvar mot skam i denna hanteringsstrategi. Här handlar det dock om en intrapsykisk process hos terapeuterna, inte något de har agerat ut.

Följande citat handlar om att lägga "misslyckandet" på patienten som ett sätt att komma förbi egna otillräcklighetskänslor:

5) "Och jag har blivit lite mer, i takt med min erfarenhet och ålder så har jag blivit lite bättre på att liksom lägga ut det: "att det här faktiskt, det här ligger ju på patienten, det här ligger ju inte på mig".

Eller att helt enkelt bestämma sig för att det är skönt:

8) "nämen, vad skönt, då slipper jag dem typ"

När man har blivit avvisad kan det vara skönt att, åtminstone i tanken, få avvisa tillbaka om patienten skulle höra av sig igen och att påminna sig om att det finns de som vill komma:

4) "...men tänkte nämen nu, även om hen bestämmer sig för att komma tillbaka kommer jag att säga nej //
...då har vi andra som vill komma och då ägnar jag min energi åt dom som vill komma."

3.5 Skylla på yttre omständigheter

Flera terapeuter berättade om sina tankar att avhoppet berodde på yttre omständigheter. Givetvis kan man inte avfärda en sådan förklaringsmodell, men vi tänker att en sådan strategi samtidigt gör det lättare att stå ut med de känslor och tankar som väcks när man blir avvisad i form av ett avhopp.

2) "annars så tänker jag att jag är lite för hmmm när jag har gått igenom mina journaler nu under julen och då tänker jag att jag är lite för... jag låter det passera, "ja ja, men det blev väl mycket" istället för att se den psykologiska processen, vad var det som hände, är det någonting i rummet eller nånting, det blir lätt för mig att tänka, ah de kanske inte har råd eftersom det kostar, hmmm, de hinner inte med tidsmässigt, jag tänker mer på praktikaliteter, märkte jag när jag läste mina journaler."

5) "eh, när jag träffar folk som är, liksom i småbarnsåldern så kan de ju lätt hamna i det här, VAB-träsket, framför allt den här perioden nu och framåt. Så där har jag varit med om att vi har börjat jobba, det verkar som att patienten är med på tåget och så bara "nä, nu har jag fått avboka så många gånger och barnen är fortfarande sjuka och nu är jag sjuk så, äh nu kan inte jag, nu hoppar jag av för att jag får inte ihop det här i mitt liv" och då kan det också ha skett

någon ytterligare förändring. Man kanske har gått från att studera till att börja jobba eller man kanske har varit sjukskriven en period och börjat jobba mer.”

1) “jag tänker att det har med pengar att göra också.”

3.6 Driva mot eller initiera ett avslut

Denna hanteringsstrategi handlar om att undvika eventuella kommande avvisningar genom att själv initiera ett avslut. Detta kan ske medvetet eller omedvetet. Terapeuten lägger märke till att patientens motivation är låg, att det föreligger mycket motstånd eller att det kanske inte sker några framsteg med patienten, ett så kallat terapeutiskt dödläge.

Följande citat handlar om att identifiera ett problem och att lämna innan man själv blir lämnad:

7) “Sen kan det också vara en del av problemet, att man inte prioriterar terapin så klart, det kan man också undra då, varför gör man inte det, då kan jag bli lite barnslig som jag känner: “amen då är det lika bra att du, då avslutar vi”, det är nästan som att jag, jamen jag vet att jag avslutar innan patienten för det är mindre smärtsamt, att jag kan få såna tankar att jag vill det, sen om jag gör det, ehhh.”

Terapeuten nedan har upptäckt sin egen del i att vissa terapier rinner ut i sanden:

2) “Jag uppfattar det i rummet att jag inte duger och sedan styr vi säkert åt ett avslut bägge två//
jag är helt övertygad om att det, att jag är lika mycket med i skådespelet som personen som kommer så...”.

I citatet nedan övervägde terapeuten att avsluta terapin, men hittade en annan väg:

9) ” ...nej, nej och hen hade inga vänner och inga kompisar och man förstod ju liksom varför, och jag liksom kände mig liksom inte speciellt duktig med hen så, men det vände faktiskt när jag nån gång skulle, för jag hade, hen måste sluta, jag måste säga till hen att nu är det slut, vi kommer ingen vart liksom, istället så gjorde jag faktiskt en ... är det min telefon, den skakar istället, men istället så gjorde jag liksom en, nån beskrivning av vad vi satt fast i och då ... då ändrades hela terapin, det blev jättebra. Jag ska inte säga att hen blev världens roligaste men det gick verkligen hem va, jag, hen var.., fortfarande var det rätt segt, men det var..., det blev väldigt annorlunda och en del tyckte det var bra och en annan: “fan nu måste jag fortsätta med hen”, men men”.

3.7 Ta kontroll över situationen

Denna hanteringsstrategi handlar om att vara förberedd på eller ta ta kontroll över avslutet, söka bekräftelse på olika sätt eller vara mentalt förberedd på ett avvisande genom att upprepat fråga patienten om feedback.

Nedanstående citat illustrerar hur terapeuten närmar sig patienten och tar kontroll över avslutet, vilket gör att det känns lite bättre:

4) ”alltså först var jag lite i chock, jag tänkte: vänta, säger du verkligen det du säger, men sen alltså jag tänker att jag har ganska mycket erfarenhet vid det här laget och då tänkte jag, ok, det är, om du vill göra det, fine, det är, ehh, det kan vi absolut göra, men mitt förslag eftersom vi ändå har jobbat i två år med varandra här så tänker jag ändå att vi borde göra ett bättre och ett annat avslut och mitt förslag är då att vi åtminstone den här timmen och sen ses några gånger till eller två gånger till bara så att vi kan säga adjö till varandra på ett schysst sätt, vilket hen gick med på så det var väl bra och sen, dom två gångerna kund..., hade vi bra samtal //
lite som att jag, jag ville inte låta hen bestämma...utan jag ville ha ett finger med i spelet hur vi slutar.”

Genom att upprepat be om feedback så undviker man förhoppningsvis ett avhopp och om det kommer så har man garderat sig genom att ha frågat.

7) “så man får ta feedbacken alltså och ibland är det smärtsamt i, det kan det vara som sagt, men jag upplevde det mycket mer i början av min karriär där jag inte bad om feedback lika ofta [...] Ja, KBT är väldigt tekniskt liksom, så det var svårt för mig och lära mig. Men, det har varit så hjälpsamt och precis den pusselbiten jag behövde också professionellt tror jag. Att lära mig och ha mer distans och be om feedback”.

I det här citatet berättar terapeuten om hur det var när hon var ung och ny i yrket:

2) då, jag tror att då var jag så, min iver att bli omtyckt, gjorde att väldigt många blev beroende av mig, tror jag, jag var SÅÅÅ duktig, alltså jag var SÅÅÅ närvarande, SÅÅÅ vill inte missa nånting så att det blev, då var jag också mer på, hörde av mig ifall nån försvann, det var hundra procent i varje samtal, så att dom kom liksom inte undan knappt (alla skrattar) [...] ja, hahahaha, ja, men det blev, jag tror att jag, men då var det liksom, jag gjorde hemläxor, jag hörde av mig per mobil, jag liksom skrev mejl, den var liksom alltid i min krets...[...] nämen det blev ju inte, alltså nu överdriver jag väl lite grann, men det blev, det blev, om jag behövde den där bekräftelsen, då jagade jag ju den, så att det blev nog jättebra för några, men några blev ju säkert, eh, kanske hade behövt en viss distans till mig.”

3.8 Ta hjälp av kollegor eller handledning

Samtliga terapeuter berättar om vikten av att prata med kollegor och/eller ta handledning när det har hänt något som är svårt att hantera oavsett om det handlar om avhopp eller inte. När

det gäller just avhopp fanns det dock de som aldrig hade pratat med kollegor eller haft just det uppe i handledning, men som i övrigt värdesatte hjälp utifrån. Ibland behöver man hjälp utifrån för att kunna mentalisera, ibland blir denna utifrån-hjälp internaliserad.

3) “men, men sen har jag ju sån tur att jag har en privat mottagning också jobbar jag här så länge det nu gäller så har jag ju en, kollegor här alltså så vi är ju en väldigt över-tröskeln-pratande-grupp, så vi tar ju hjälp i allt, förutom i handledning, så är det liksom över-tröskeln-kontoret: fan, det här kändes inte bra och nu hamnade jag i det här och direkt så tar vi hand om det och sen klinisk konferens och personalkonferens och handledning så det blir liksom ett hållande av hela mottagningen och mottagningen spiller över på mitt privata för jag har liksom mina kollegor med mig där i huvudet, så vi behöver andra för och va bra i det här, jag tror det är en jätteviktig faktor som man kanske pratar för lite om, att när man tycker att man har misslyckats inte minst, hade gjort ett övertramp eller: vad fan gjorde jag där, vad var det som hände, vad...”

8) “är det nånting, väldigt stark känsla som jag inte kan stå ut och vänta med då tar jag definitivt en kollega till hjälp.”

5) “..handlade väldigt mycket om att bli validerad, tror jag mycket. “Det där har man ju varit med om” och “förstår att du tyckte det var jobbigt”. Ibland kanske man får något litet råd så.”

3.9 Släppa taget och stå ut

Trots alla tidigare steg så får man ibland släppa taget och leva med att man inte kan hjälpa alla. Vi måste kunna acceptera oss själva som good enough. Man har gjort sitt jobb, pratat om motståndet eller ambivalensen och bjudit in, men det kanske inte går ändå.

9) “..när jag vet att jag har liksom sett motstånd och pratat om det och sen väljer personen att sluta, då kan jag nog tänka liksom: “nämen alltså personen är inte beredd”.

3) ”ja, verkligen erbjuda att jag finns här och du kan komma tillbaka, men inte pressa så och sen så klart, stå ut med, även om jag känner av ett lidande så, så om inte den är motiverad och vill jobba just med mig så måste jag släppa ändå och stå ut med det [...] men jag har kanske blivit lite mer ödmjuk inför att det inte går i alla lägen, att ibland blir det så här och det är inte alltid bara en faktor utan säkert många som samspelar.”

Diskussion

Tolkning och slutsatser

Om vi börjar med att titta tillbaka på den artikel som fångade vårt intresse för ämnet för vår uppsats av Nissen-Lie et al (2015) så kan vi konstatera att våra teman berör de tre delarna i deras. För att förtydliga så handlar deras forskning om hur terapeutens introjekt, PSD (personal self-doubt) och copingstrategier korrelerar med utfall i patientarbetet. Vi är inte intresserade av att studera något utfall, men utgångspunkten för våra frågeställningar handlar om att vi själva funderade över hur man blir en bra terapeut och utgick ifrån att det handlar både om inre representationer av oss själva och andra och anknytningsmönster.

Våra två frågeställningar är återigen:

- Vilka intrapsykiska processer sätts igång hos terapeuter vid prematura avslut?
- Hur påverkar de tankar, känslor, förnimmelser och impulser man erfar den professionella och privata självbilden?

Apropå intrapsykiska processer så handlar våra två första teman om skam och skuld. Dels finns det skillnader mellan skam och skuld men också svårigheter att differentiera mellan dessa begrepp. Skam över att bli avvisad kan övergå i skuld över att ha svikit patienten. Det är även svårt att veta vad som är vad avseende skam och ilska eller skam och rädsla. Nathanson (1992) hävdar att skam kan övergå i skuld om det också finns en rädsla för straff eller hämnd. Människor med ett strängt överjag och dömande introjekt tenderar att vara mer benägna att känna skuld och skammens motsvarighet handlar om självkritiska introjekt och prestationsångest i relation till ett ouppnåeligt jagideal. Skuld är på ett sätt lättare att bära eftersom det handlar om att man ångrar beteendet delvis separerat från självet. Dearing & Tangney (2002) refererar till Lewis (1971) när hon skriver att skuld handlar om att man ångrar och bekymrar sig för beteendet, delvis separerat från självet och att det inte berör en persons identitet på samma sätt och i och med det är mindre smärtsamt. Utifrån det resonemanget tänker vi att det kan vara fördelaktigt att kunna sortera och dela upp skamupplevelsen, få fatt i egen skuld och på så vis en högre grad av egen agens.

Med skammen kommer tankarna; att inte duga, inte vara en tillräckligt bra terapeut, funderingar på om det var något med mig eller om den andre inte tyckte om mig. Skammen kommer alltså i relation till någon precis som Nathanson (1992) har beskrivit. Wurmser (2015) menar dock att den relationen kan finnas i form av en överjagskonflikt mellan ens verkliga jag och ideala jag som är omöjlig att leva upp till. Wurmser tar upp begreppen objekt-pol och subjekt-pol, där den förra handlar om vem man skäms inför och den senare vad man skäms för. När man blir avvisad i rummet med patienten kan man tänka sig att det är patienten man också skäms inför. Vi kan även se att i de fall då terapeuten varit oförberedd på avhoppet och gått in i mötet med helt andra förväntningar så uppstår även ett glapp mellan den yttre verkligheten och den inre självbilden. Så vitt vi kan se gäller det även när man väljer att inte ta upp frågan med kollegor eller i handledning och då handlar det i steget innan

om en skam inför sig själv, att inte leva upp till sitt jagideal (Wurmser 2015). När det gäller vad man skäms för så identifierade vi två olika teman; inte hålla måttet och rädsla för misslyckande.

I vårt material beskriver de flesta terapeuter en upplevelse av att ha blivit avvisade, dumpade och på ett sätt känner sig attackerade i denna upplevelse. Patienten blir just då både ond och mäktig och man själv svag och någon som inte duger. I detta läge finns en inre röst som behandlar oss själva utifrån hur vi själva har blivit behandlade som unga, d.v.s introjektet (Benjamin, 1996). Vi har sett att det handlar om en process som initialt innebär att man förhåller sig ganska hårt och kritisk till sig själv, det som Benjamin benämner "kritisera sig själv" i SASB-modellen (figur 1). Detta tänker vi är mer eller mindre oundvikligt eftersom framför allt skammen fyller funktionen av att vi börjar ifrågasätta oss själva (Nathansson, 1992). I skamkompasset motsvarar det självkritiska tillståndet att anklaga sig själv (figur 3).

Efter den initiala skam- och skuldoplevelsen så tog hanteringsstrategierna vid. Nissen-Lie et al (2015) har med en del som handlar om coping-strategier. Vi döpte vårt tredje huvudtema till hanteringsstrategier. Dessa tangerar varandra på många sätt, men deras copingstrategier delas in i konstruktiva och icke-konstruktiva. Vi har inte gjort denna uppdelning, utan har identifierat flera olika hanteringsstrategier. Hälften av alla hanteringsstrategier i resultatdelen handlar om undvikande: "undvika genom att gömma sig", "lägga det på patienten", "skylla på yttre omständigheter", "driva mot eller initiera ett avslut". Dessa hanteringsstrategier kan även benämnas som psykodynamiska försvar såsom intellektualisering och/eller rationalisering samt projicering. Ett undertema handlar om att ta kontroll. Resterande fyra bygger mer på självomsorg.

Var och en av terapeuterna använde sig av flera hanteringsstrategier och samtliga använde sig av självomsorg på lite olika sätt. Det som sticker ut är de få som använde sig mycket av undvikande-strategier. Undvikandet känner vi igen från skamkompasset (figur 3), men då handlar det främst om att reducera smärtan genom att leva som om det vore på ett annat sätt, vilket han främst refererar till olika typer av missbruk, men även att bevisa motsatsen genom att lyckas. Kanske passar våra underteman: "lägga det på patienten" och "skylla på yttre omständigheter" in här. Då hamnar man mer i "det berodde inte på mig i alla fall".

Undvikande i form av anknytningsstil inkluderar flera aspekter av kompassen, vilket bättre omfattar de undvikande-strategier vi har identifierat. Vissa av terapeuterna i undersökningen uppger att de är medvetna om sina egna mönster av att hålla känslomässig distans som ett skydd mot avvisande. Bowlby kallar dessa generella förväntningar av andra som avvisande och sig själv som ovärdig för inre arbetsmodeller (figur 2). Dessa modeller formas av tidiga internaliserade representationer av anknytningsrelationen (Eagle, 2013). I den terapeutiska relationen kan det handla om att man som terapeut utgår ifrån att patienten inte får ut så mycket och kanske inte vill fortsätta träffas. I det blir man försiktig och osäker på om man har så mycket mer att ge och lämnar många möjligheter för patienten att avsluta utan att det blir en skams scen, där varken terapeut eller patient behöver komma i kontakt med besvärliga känslor. Situationen kan även omformuleras till att handla om att terapeuten inte står ut med

att bli för viktig för patienten och själv uppmuntrar till oberoende. (Bartholomews & Horowitz, 1991). Med hjälp av egenterapi och andra korrektiva emotionella erfarenheter i nära relationer kan en person förvärva en trygg anknytning i vuxen ålder (Eagle, 2013).

Samtliga terapeuter har beskrivit en process över tid i att bli mer modig i förhållande till både sig själva i vad man känner och upplever och i förhållande till sina patienter i att göra sig själv och terapin viktig. I den processen kan man ha gått från den ena ytterligheten till den andra innan man landat och hittat en personlig stil som passar. Det initiala ifrågasättandet övergår till att bli mjukare och mer tillåtande i takt med att man ger sig tid att fundera, mentalisera och acceptera. Avseende detta tar samtliga terapeuter upp värdet av att prata med kollegor eller ta upp svårigheter i handledning. Då handlar det om ett introjekt som accepterar och tar hand om sig själv som kommer till uttryck. Då upplevs andra som några som kan förstå och hjälpa, vilket gör att man kan lita på andra och vara öppen med sina upplevelser enligt SASB-modellen (figur 1).

För att försöka förstå hur terapeuters självbilder påverkas tänker vi att man behöver ta hänsyn till det som händer efter den initiala skam-reaktionen där det finns många uttalanden som handlar om att tvivla i sin professionella självbild, men som verkar tangera den privata självbilden. Detta går att förstå utifrån att skam till skillnad från skuld i högre grad påverkar den personliga självbilden. Skam kopplat till avvisande är en adekvat reaktion och innehåller olika delar inklusive självtvivel. Först därefter kan man, med hjälp av olika hanteringsstrategier, lyfta sig och se situationen i ett bredare perspektiv. I detta skede, när man rör sig mer mot att acceptera och ta hand om sig själv så minskar skammen och självkritiken blir mer försonlig. Då övergår det till att lära sig av misstagen och försöka göra bättre. I materialet svarar de flesta terapeuter att de inte tror att prematura avslut spiller över på den privata självbilden. Däremot säger de att avvisandet gör att de tvivlar på sin kompetens, men att detta tvivel samtidigt innebär att de blir bättre terapeuter. Nissen-Lie et al (2015) skriver att en negativ självbild visar sig i ett attackerande introjekt medan en påverkad professionell självbild innebär det de kallar PSD (professional self-doubt). PSD var något som samtliga av våra terapeuter ägnade sig åt, men vi har inte lyckats hitta svar på om deras privata självbild påverkas av prematura avslut förutom i den första självkritiska skam-fasen.

Implikationer

I Hersoug A-G et al (2009) studie undersökte man hur terapeutegenskaper påverkar arbetsalliansen i långtidsterapier. Studien visar på att terapeutens interpersonella stil och egna erfarenheter av föräldraomsorg påverkar så väl terapeutens som patientens upplevelse av den terapeutiska relationen. Vidare fann man att mer utbildning, egen terapi och handledning inte är en lösning då resultatet inte visar på en sådan korrelation. Detta tog vi *inte* fasta på när vi kom fram till vår uppsatsidé. Vi vill gärna tro att alla människor har en utvecklingspotential så även terapeuter.

På gruppnivå verkar relationskonflikter kring närhet-avstånd och beroende-oberoende vara något terapeuter behöver hantera för att bli bättre. Vi tänker att olika strategier eller

terapeutbeteenden implicit säger en del om den intrapsykiska processen vid prematura avslut. Om svaret på den initiala skam-reaktionen övergår i att hålla för mycket eller för lite distans eller en sund försiktighet. Det vill säga en lagom engagerad terapeut. Det för tankarna till Philips, Karlsson, Nygren, Rother-Schirren & Werbart (2017) processtudie där man undersökte patient- och terapeutbeteende och handlingar samt deras interaktion vid terapier som fullföljs samt terapier som avbryts. I dropout-gruppen var det bland annat vanligare att terapeutens egna emotionella konflikter inkräktade på terapin samt att oberoende uppmuntrades tidigt i terapin.

Vi tänker att om man stannar i ett alltför själv-attackerande tillstånd så har skammen fått fäste och man har antagligen ägnat sig åt mera icke-konstruktiv coping (Nissen-Lie et al, 2015). För att försvara sig mot ett sådant tillstånd finns risken att man slutar tvivla på sin förmåga som terapeut och mer hamnar i det som Nissen-Lie et al beskriver som ett överdrivet självförtroende, vilket kräver ett försvar mot känslor av inkompetens; känslor som terapeuter stöter på i deras dagliga jobb. Då behöver man inte längre varken kollegor eller handledare, vilket gör det ännu svårare att ta sig ur ett sådant omnipotent tillstånd. Ingen av de terapeuter vi träffade verkade ha hamnat där. Tvärtom så betonade samtliga just vikten av att stanna upp i sina känslor och att ta hjälp av kollegor och handledning och risken med att inte göra det. Henry, Schacht & Strupp (1990) tar upp risken med terapeuter med alltför fientliga introjekt där de har kommit fram till att det var vanligare att dessa terapeuter behandlade sina patienter på ett fientligt sätt. De skriver också att dessa negativa strukturer kan förändras över livets gång och att ett utfallsmått i terapi kan beskrivas som förändring av introjekt. Då borde till exempel egenterapi vara till hjälp för att komma till rätta med fientliga introjekt.

Utifrån vår kvalitativa studie får vi tankar om att terapeuters egen och kollegiala skam kan stå i vägen eftersom vägen till terapeutisk mognad, som vi ser det, sker genom öppenhet, tillit och ömsesidighet. I vår undersökning är det undvikande-strategierna som sticker ut vilket skulle kunna spegla hur en handlednings- eller utbildningssituation kan se ut. Att vi gärna gömmer det vi inte känner oss stolta över och i synnerhet om vi får mångas blickar på oss. Det skulle vara intressant att forska vidare på hur utbildningen, den egna terapin och handledningen i så fall skulle behöva utformas för att å ena sidan utgöra en trygg bas som ju är en förutsättning för spontanitet, nyfiken utforskande och psykologisk mognad. Samtidigt som man å andra sidan behöver utmana sina skamkänslor och få hjälp med det man inte riktigt behärskar.

Lilliengren och Hesslow (2018) skriver om Deliberate Practice, en ny metod för målmedveten träning utformad av Tony Rousmaniere. Det är ett program för att höja terapeuters generella kompetens med handledd övning. Tanken bakom metoden är att alla som vill bli skickliga inom ett yrke behöver öva många timmar. Metoden bygger på att terapeuter tränar mycket på egen hand och sedan får handledning på videoinspelat material. Rousmanieres idé är att utgå ifrån varje behandlares unika kompetensnivå och att därifrån hitta individuella utvecklingsområden med målmedvetna övningar som ligger lite bortom behandlarens aktuella förmåga och som hela tiden utmanar.

Att använda sig av videoinspelningar i utbildningshandledning är inget nytt. Enligt Lilliengren och Hesslows artikel (2018) framgår det att forskningen visar att det vi traditionellt har ägnat oss åt i form av handledning och egenterapi inte säkerställer att vi blir bättre även om det kanske kan kännas så. Vi tänker att ett första steg är att lyfta frågan och problematisera kring att även terapeuter har relationella utvecklingsområden som påverkar möjligheterna att bli en tillräckligt bra psykoterapeut. Sen förstår vi också att alla inte har samma fallenhet precis som inom alla andra yrken. Som Lilliengren och Hesslow (a.a) beskriver det; att terapeuter av någon anledning upplever detta faktum som en narcissistisk kränkning. Vår hypotes är att medvetandegörandet i sig, att psykoterapeuter inte är ett undantag, kan leda till att man börjar uppmärksamma hur det är med den saken för egen del.

Vårt förslag till implikationer för forskning och praktik handlar dels om hur man i linje med Deliberate Practice kan använda sig av inspelat material i syfte att handleda men framför allt ta emot handledning och få fatt i egen drivkraft till att fortsätta öva i enskildhet. Men även att i högre grad integrera självkännedom med handledning och skapa en individuell utvecklingsplan utifrån upplevd erfarenhet. Det innebär att träna på det man har svårt för och utsätta sig för det som är jobbigt. Syftet är att få hjälp att reglera ner egen skam och få tillgång till sitt tänkande. Att man redan under utbildningen fostras in i att öppet reflektera över vad som växer i relation till egen historia och relationella mönster. Det förutsätter som vi ser det ett utbildnings- och handledningsklimat där gruppen, inklusive handledaren, delar med sig av egna misstag, vad man har lärt sig och gemensamt hittar adekvata utmaningar utifrån olika terapeuters skam- och skuldteman.

Det skulle även vara intressant att forska kring vilka egna initiativ till workshops, övningar och alternativa sammanhang som legitimerade psykoterapeuter ägnar sig åt vid sidan av det som traditionellt tillhandahålls av arbetsgivaren. Vad är det man genuint i handling visar att man behöver för att utvecklas och skapa mening i rollen som psykoterapeut? Flera av de psykoterapeuter som vi intervjuat arbetar helt- eller delvis privat vilket ställer ytterligare krav på egen initiativförmåga.

Metoddiskussion

Kvalitativ forskning innebär en systematisk inhämtning, organisering och analys av data (text) inhämtad från t.ex. intervjuer och lämpar sig väl för att undersöka meningar av sociala fenomen som de upplevs av individerna själva i deras naturliga kontext (Malterud 2001). Psykoterapeuters subjektiva upplevelser av prematura avslut är ett sådant fenomen. Inom kvalitativ forskning utgår man ifrån att forskaren påverkar forskningsprocessen och att en sådan påverkan inte kan förebyggas. Istället strävar man efter att hela forskningsprocessen ska vara så transparent som möjligt genom att man beskriver hur man gått tillväga när man genomfört studien och hur man kommit fram till sina resultat, vilket ökar både validiteten och reliabiliteten. Om läsaren kan förstå det man kommit fram till på ett meningsfullt sätt betraktas det som giltigt. Validiteten delas in i intern, eller trovärdighet, som besvarar om

studien undersöker det den har för avsikt att undersöka och extern, eller tillämpning, som besvarar i vilken kontext resultatet kan tillämpas (Malterud 2001).

För att säkerställa den interna validiteten behöver forskaren vara transparent med sin förförståelse (reflexivitet), beskriva hur datainsamlingen har gått till, hur urvalet har sett ut samt hur analysprocessen har gått till. Vi tycker att vi har varit tydliga i alla dessa delar. Därutöver hänvisar Malterud (2001) till Mays & Pope (2000) förslag att forskaren bör stärka den interna validiteten genom deltagarkontroll, triangulering, att uppmärksamma avvikande fall samt en rättvis fördelning av informanter. *Deltagarkontrollen* kan ske under datainsamlingen, i vårt fall under intervjun, vilket vi gjorde genom att fråga om vi hade förstått rätt när vi blev osäkra på om vi hade gjort det. Samtliga intervjuade var informerade om möjligheten att läsa sin transkriberade intervju, vilket ingen sade sig vilja. Däremot var det några som uttryckte att de skulle vilja läsa den färdiga uppsatsen. Vi tänker mejla ut den till samtliga som deltagit.

Triangulering innebär att man ser ett problem från flera synvinklar. Tack vare att vi har varit två som diskuterat materialet från de första intervjuerna och hela vägen genom skrivprocessen så har vi då och då hamnat i olika sätt att tänka och ifrågasatt varandras uttalanden och slutsatser och då tvingats tänka om och slipa på våra argument. Vi har även triangulering i form av flera teorier som har belyst materialet från olika synvinklar, vilket vi tycker har berikat resultatet. I slutdiskussionen har vi framför allt använt oss av skamkompassen (figur 1) och SASB-modellen (figur 3), men även Bartholomews och Horowits modell av själv och andra i anknytningsmönster hos vuxna (figur 2). Vi tänker därmed att vi har gjort det vi företog oss. Det gick att koppla och begripliggöra upplevelsen av prematura avslut till affekt-, anknytnings- och objektrelationsteori. Däremot kan man fundera på om de teorier vi valt är de som bäst belyser de fenomen som framkom i intervjuerna. Förslagsvis skulle vi ha kunnat använda oss av klassiska psykodynamiska begrepp som överföring-motöverföring, projektiv identifikation mm. Det var i och för sig inte vad som hänt i relationen som vi ville undersöka utan psykoterapeutens upplevelse av avhoppet. Däremot så färgas upplevelsen av avhoppet av upplevelsen av vad som hänt och de båda upplevelserna är svåra att hålla isär. En reaktion på ett avslut kan alltså vara en motöverföringsreaktion eller en projektiv identifikation som är unik för just den patienten och säger mindre om terapeutens inre arbetsmodeller. Om vi skulle göra om uppsatsen skulle vi kanske inte låta oss begränsas av en teoridrivna tematisk analys utan valt teorierna efter de teman vi kunnat identifiera. Vi kan också tänka att terapeuterna har beskrivit olika saker i och med att vi inte definierade begreppet prematura avslut.

Vi har uppmärksammat *avvikande fall* genom att citat under en och samma rubrik i resultatdelen kan tala emot varandra. För att underlätta för läsaren att själv värdera och dra egna slutsatser kring materialet har vi använt oss av en stor mängd citat. Vi har eftersträvat en rättvis fördelning av informanter genom att se till att samtliga finns representerade under alla teman. Vi tänker därmed att den interna validiteten är tillräckligt god: alltså att vi har undersökt det vi har haft som avsikt att undersöka.

Den externa validiteten handlar om i vilken utsträckning våra slutsatser kan översättas till andra sammanhang och i vilken kontext våra slutsatser kan användas. Vi har gjort en explorativ studie, vilket innebär att syftet med denna studie främst är att upptäcka nya fenomen och generera hypoteser till framtida forskning, inte att fastställa en vetenskaplig sanning som är generaliserbar till alla terapeuter och alla sammanhang. Vi har inget slumpmässigt urval, däremot eftersträvade vi en spridning av psykoterapeutisk inriktning, ålder och kön, vilket lyckades. Samtliga deltagare finns med under alla teman, vilket vi tolkar som att våra teman berör psykoterapeuter oavsett psykoterapeutisk inriktning. Utifrån vår transparens kring hela forskningsprocessen får läsaren avgöra om den tycker att våra implikationer för tillämpning eller vidare forskning kan överföras till psykoterapeuter utanför den studerade gruppen.

Reliabiliteten är starkt kopplad till den interna validiteten och handlar om studiens pålitlighet. Även här beskriver Malterud (2001) vikten av transparens och tydliga beskrivningar när det gäller förståelse, förmåga att göra bra intervjuer samt förmåga till följsamhet mot data. Som tidigare nämnt har vi skrivit en del om vår förståelse. Den information vi fått ut från intervjuerna har varierat från person till person. En del har bjudit mycket på sig själva, andra mindre. Att intervjua är svårt och vi försökte vara så öppna och icke-dömande som möjligt, men kanske backade vi lite för tidigt om vi märkte av någon sorts motstånd. Om vi bara använt oss av en enda fråga, typ: "berätta om ett prematurt avslut" och sedan litat på att vi hade kunnat fördjupa intervjun med följdfrågor utan att använda oss av en intervjuguide så hade vi kanske påverkat våra intervjupersoner ännu mindre. Som Malterud (2001) skriver så kan olika forskare, beroende på perspektiv, komma fram till olika tolkningar av det som studeras som alla är lika valida. I kvalitativ forskning ser man att dessa olika sätt att närma sig ett ämne ger en rikare förståelse av komplexa fenomen istället för att se det som ett misslyckande när det gäller reliabiliteten. Vi utesluter därmed inte att andra forskare skulle kunna komma fram till andra resultat, men förhoppningsvis kunna förstå hur vi har kommit fram till våra.

När det gäller följsamhet mot data så tycker vi att vi har beskrivit våra tankar innan studien, i början av studien och redogjort för analysen från de initiala koderna till våra slutliga teman. Mellan de initiala koderna och våra slutliga teman passerade 4-5 olika temaindelningar som vi inte har redogjort för, vilket är en brist.

Slutligen, om vi tittar på val av metod och urval, så kan vi se att det finns alternativ. Vi tänker att vi fortfarande skulle använda oss av en kvalitativ metod, men vi hade troligen kunnat använda en annan analysmetod som IPA (Interpretative Phenomenological Analysis), men blev föreslagna och valde den som tedde sig enklast. Vi hade kanske kunnat intervjua handledare inom psykoterapi, både på utbildningar och arbetsplatser. Vi hade då kunnat fråga dem, utifrån deras perspektiv, vad studenter och yrkesverksamma kämpar med i sitt arbete och i handledning och deras tankar om vad som underlättar inlärning och utveckling. En sådan studie hade varit intressant som en följd på det resultat vi kommit fram till.

Slutsatser

Som vi tidigare nämnt så var det vårt eget självttvivel och undran kring hur man blir en tillräckligt bra psykoterapeut som låg till grund för det här uppsatsarbetet. En slutsats som vi drar av vår uppsats är att prematura avslut initialt väcker både skam och skuld och bör så göra om man vill fortsätta vara i kontakt med sitt känsloliv. I det läget skakar det om både ens privata och professionella självbild. En annan slutsats är att om man kan tillåta sig att stanna upp i känslorna och tänka kring dem så kan man troligen förstå något av ens egen del i det som hänt. Det innebär att man behöver behålla ett sunt självttvivel och hitta stödstrukturer i form av vidareutbildning och kollegial handledning om man vill bli en tillräckligt bra terapeut. Det är viktigt att fortsätta jobba med sig själv för att kunna se sina avhopp som lärotillfällen istället för att bara ”drabbas”. I takt med en sådan utveckling kommer man som terapeut att känna att ens professionella självbild förstärks i positiv mening. Vi tänker att terapeutyrket är ett svårt arbete som man aldrig blir färdig med. När du upphör att vara nyfiken på dig själv upphör du i någon mening att vara en bra psykoterapeut.

Referenser

- Armeliuſ, B. Å. & Armeliuſ, K. (2010) SASB-modellen: en introduktion Ett preliminärt manus om SASB-modellen. IKP AB. Besökt 11 maj 2019 <http://media.ikp.armeliuſ.com/2011/05/Armeliuſ-K.-Armeliuſ-B-%C3%85.-SASB-modellen-en-introduktion.pdf>
- Armeliuſ, B. Å. & Armeliuſ, K. (2014). Affektskola via Umeå Universitet. Besökt 10 maj 2019 http://ikp.armeliuſ.com/?page_id=43
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 61(2), Aug 1991, 226-244
- Benjamin, L. S. (1996). A clinician-friendly version of the interpersonal circumplex: Structural analysis of social behavior (SASB). *Journal of Personality Assessment*, 66, 248–266.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Dearing, R.L., Tangney JP (2002). *Shame and Guilt*. New York London: Guildford Press
- Denscombe, M., (1998). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Studentlitteratur.
- Eagle, M.N., (2013). *Attachment and Psychoanalysis*. New York London: Guildford Press
- Feldman Barrett, L. (2017). *How motions are made: The secret Life of the Brain*. Boston New York: Houghton Mifflin Harcourt
- Griffin, D., & Bartholomew, K. (1994). Models of the Self and Other: Fundamental Dimensions Underlying Measures of Adult Attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 430-445
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 768–774.
- Hersoug, A-G., Hoglend, P. A., Havik, O. E., von der Lippe, A. L. & Monsen, J. T. (2009). Therapist Characteristics Influencing the Quality of Alliance in Long-Term Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 16, 100–110.
- Holmqvist, R. (2018). *Relationella perspektiv på psykoterapi*. Stockholm, Sverige: Book on Demand
- Igra, L. (1983). *Objektrelationer och psykoterapi*. Natur och Kultur.
- Kiesler, D. J. (1982). Interpersonal theory for personality and psychotherapy. In J. C. Anchin & D. J. Kiesler (Eds.), *Handbook of interpersonal psychotherapy* (pp. 3-24). New York: Pergamon Press
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2011). *Brief dynamic interpersonal therapy: A clinicians guide*. New York, NY: Oxford University Press.

Lilliengren, P. & Hesslow, T. (2018) *Psykologtidningen* nr 5, sid 34-37.

Forskningsetik. Besökt 10 oktober 2018 <https://www.forskningsetik.lu.se/forskningsetisk-information/informerat-samtycke>

Malterud, K. (2001) Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Qualitative research series. THE LANCET, Volume 358, Issue 9280, 11 August 2001, Pages 483-488*
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)

Mays, N. & Pope, C. (2000) Quality in qualitative health research. In: Pope CP, Mays N, eds. *Qualitative research in health care, 2nd edn. London: BMJ Books, 89-101.*

McWilliams, N., (1994). *Psykoanalytisk diagnostik: Att förstå personlighetsstruktur*. Wahlström & Widstrand.

Nathanson, D.L. (1992). *Shame and pride. New York: WW Norton & Company*

Nathanson. D.L. Skam, medkänsla och "borderlinepersonlighet." *S:t Lukasbrevet Tidskrift från S:t Lukas, 2-31, 1998. (St. Luke Society, The St. Luke Letter, Stockholm).*

Nissen-Lie, H. A., Ronnestad, M. H., Hoglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C. & Monsen, J. T. (2015). Love Yourself as a Person, Doubt Yourself as a Therapist. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24, 48–60.

OPD Task Force, Manual of Diagnosis and Treatment Planning (2008), Hogrefe & Huber Publishers

Philips, B., Karlsson, R., Nygren, R., Rother-Schirren, A. & Werbart, A. (2017). Early Therapeutic Process Related to Dropout in Mentalization-Based Treatment With Dual Diagnosis Patients. *Psychoanalytic Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1037/pap0000170>

Sullivan, H.S. (1953) *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York, NY, US: W W Norton & Co

Westerlund, I. (2017). Hermeneutik. Fejes, A. & Thornberg, R. (red.), *Handbok i kvalitativ analys (2. uppl., s. 71-88)*. Stockholm: Liber.

Wurmser, L. (2015) Primary shame, mortal wound and tragic circularity: Some new reflections on shame and shame conflicts, *The International Journal of Psychoanalysis, 96:6, 1615-1634*

Bilaga 1.

Inbjudan att delta i en intervjuundersökning som handlar om psykoterapeuters upplevelser av abrupta oplanerade avslut på patientens initiativ.

Vi är två psykoterapeutstuderande vid Stockholms Universitet, Psykologiska Institutionen som önskar göra en kvalitativ intervjustudie med psykoterapeutfokus. Vi vill närmare undersöka hur terapeuter hanterar problem i patientrelationen både på det personliga planet och professionellt. När vi pratar om problem i relationen tänker vi exempelvis på motstånd, missförstånd, negativ överföring och alliansproblem. Syftet och vår förhoppning är att detta arbete kan bidra med igenkänning, ökad förståelse och tankar om terapeuters olika utvecklingsområden ur ett relationellt perspektiv.

För dig som tycker att det här verkar intressant och kan tänka dig att delta kommer arbetet att beröra dessa områden;

Hur har avhoppet påverkat dig, vilka tankar och känslor kring dig själv som privatperson och terapeut trängde sig på? Vi är också intresserade av vad som hände sen, om det påverkade dina kommande eller pågående terapier. Sökte du hjälp såsom handledning eller terapi eller pratade du med någon kollega eller familjemedlem eller liknande? Avslutningsvis är vi nyfikna på om du märkt någon skillnad i hur du hanterar prematura avslut idag och eventuellt förhindrar dem jämfört med när du började arbeta med samtal?

Detta arbete utgör en del av vår uppsats med handledare Björn Philips. Som intervjuperson har du när som helst rätt att dra dig ur undersökningen utan att behöva ange något skäl. Vi kommer att aidentifiera allt material och värna intervjupersonernas personliga integritet när vi inhämtar, behandlar och presenterar innehållet i intervjumaterialet. Detta gör vi genom att inte dokumentera eller nämna personernas riktiga namn, arbetsplatser eller annan information som går att härleda och känna igen. Vi kommer att rekrytera verksamma terapeuter från olika arbetsplatser, både inom offentlig och privat verksamhet som vi inte har en arbetsmässig eller privat relation till. Intervjupersonerna kommer att erbjudas möjligheten att läsa de transkriberade intervjuerna. Naturligtvis även få ett exemplar av den färdiga uppsatsen om så önskas.

Vi är medvetna om att vi ber intervjupersonerna att berätta om känslig och personlig information som vi sedan kommer att tolka och analysera tematiskt utifrån anknytnings- och objektrelationsteori. Vi vill begripliggöra terapeuters teman på gruppnivå, inte avslöja igenkännbar sårbarhet hos enskilda terapeuter. Vi kommer att presentera resultatet på ett respektfullt och omdömesgillt sätt genom att varva teori med citat från olika intervjupersoner i löpande text.

Ring eller mejla nedanstående om du vill veta mer eller känner dig redo att delta.

Lilly Ilic
0704287181

Ilic.biz@gmail.com

Åsa Malmqvist
0736715483

malmqvist.asa@gmail.com

Björn Philips, handledare

Bjorn.philips@psychology.su.se

Bilaga 2.

Intervjuguide

- Berätta om en eller flera prematura avslut som du har varit med om.
- Hur påverkade avslutet dig, vilka tankar och känslor kring dig själv som privatperson och terapeut trängde sig på?
- Sökte du hjälp såsom handledning eller terapi eller pratade du med någon kollega eller familjemedlem eller liknande?
- Hur påverkade avslutet dina pågående och kommande terapier?