



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

*Psykologprogrammet*

**Mentalisering och empati hos psykoterapeuter och  
sambandet med klienters skattning av allians**

en undersökning vid en utbildningsterapimottagning

Maria Lilja

Psykologexamensuppsats vt 2011

Handledare: Margit Wångby Lundh

## **Abstract**

Psychotherapy is a treatment with documented effect on numerous psychological disorders. For many years, the psychotherapy research has been preoccupied with investigating the efficacy of different psychotherapy methods. These studies usually control for therapist effects, especially those due to therapist personality and interpersonal skills. In recent years there has been an increased interest in the way non-specific factors effect psychotherapy, including therapist factors. In this study therapists' mentalization skills and empathy is studied in relation to the clients' perception of the working alliance and client treatment satisfaction. Mentalization and empathy are hypothesized to correlate. The results of this study do not indicate any relation between therapists' mentalization skills and working alliance or client treatment satisfaction. The results do not support the hypothesis that mentalization and empathy correlates. Possible explanations for the lack of relation between mentalization and empathy and mentalization and alliance are discussed alongside possible ways of understanding the relations found between some dimensions of empathy and alliance. Suggestions for further research is given.

*Keywords:* psychotherapy research, psychotherapy, therapist factors, non-specific factors, mentalization, empathy, working alliance, client satisfaction.

## **Sammanfattning**

Psykoterapi är en dokumenterat effektiv behandling mot många olika psykiska åkommor. Under många år har forskningen kring psykoterapi varit inriktad på att undersöka olika terapimetoders efficacy och i dessa studier kontrollerar man ofta för de faktorer som kan ha med terapeutens som person att göra. På senare år har intresset för icke metodspecifika faktorer ökat däribland också intresset för på vilket sätt terapeuten bidrar till terapin. I den här studien undersöks terapeutens mentaliseringsförmåga och empati i relation till terapeutisk allians och klientens tillfredställelse med terapin. Därutöver undersöks om mentalisering och empati korrelerar med varandra. Resultaten tyder inte på att terapeutens mentaliseringsförmåga har ett samband med terapeutisk allians eller tillfredställelse med terapin. Resultaten tyder inte heller på att mentalisering och empati korrelerar med varandra. Möjliga orsaker till att mentalisering inte har ett samband med empati eller allians diskuteras samt hur man kan förstå de samband som resultaten visar mellan vissa dimensioner av empati och allians. Förslag på vidare forskning ges.

*Nyckelord:* psykoterapiforskning, psykoterapi, terapeutfaktorer, icke-specifika faktorer, mentalisering, empati, terapeutisk allians, klienttillfredsställelse.

## **Tack**

Först vill jag tacka min handledare Margit Wångby Lundh för god och kompetent handledning men också för att du genom hela processen stått för lugn, trygghet och positivt tänkande. Jag vill också tacka Gunvor Stenlund och Lars-Gunnar Lundh för ert engagemang och för att ni uppmuntrade till och gjorde det här projektet möjligt. Slutligen vill jag tacka min man, Magnus Lilja för all markservice och för att du alltid finns där både när det är motigt och när det går bra.

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	7
Psykioterapi.....	7
Verksamma faktorer i psykodynamisk terapi.....	8
Verksamma faktorer i KBT.....	9
Psykioterapiforskning.....	10
Icke-specifika faktorer.....	11
Patientens syn på verksamma faktorer.....	13
Vilka faktorer spelar mest roll?.....	14
Terapeutfaktorer.....	15
Sociodemografiska faktorer.....	16
Terapeutens personlighet.....	16
Terapeutiska attityder.....	17
Terapeutisk skicklighet.....	18
Terapeutisk erfarenhet.....	19
Mentalisering, Theory of Mind och Empati.....	20
Mentalisering.....	20
Mentalisering och psykioterapi.....	23
Theory of Mind.....	25
Empati.....	26
Empati och psykioterapi.....	28
Sympati.....	29
Den terapeutiska alliansen.....	30
Allians och utfall.....	32
Terapeutens bidrag till alliansen.....	33
Syfte.....	34
Forskningsfrågor.....	35
Hypoteser.....	35
<b>Metod</b> .....	36
Deltagare.....	36
Terapeuter.....	36
Klienter.....	36

Instrument.....	37
Reading the Mind in the Eyes-testet (Ögontestet).....	37
Davis Interpersonal Reactivity Index (DIRI).....	38
Working Alliance Inventory (WAI).....	39
Client Satisfactory Questionnaire (CSQ).....	39
Procedur.....	39
Analyser.....	40
<b>Resultat</b> .....	40
Deskriptiv data på de olika mätinstrumenten.....	40
Ögontestet.....	40
Davis Interpersonal Reactivity Index.....	41
Working Alliance Inventory.....	41
Client Satisfactory Questionnaire.....	41
Interkorrelationer mellan terapeutens skattningar.....	42
Interkorrelationer mellan klientens skattningar.....	43
Korrelationer mellan terapeutens och klientens skattningar.....	44
Korrelationer mellan mentalisering och empati hos terapeuten å ena sidan och överensstämmelsen mellan terapeut- och klientskattningar av allians å den andra.....	45
<b>Diskussion</b> .....	45
Mentalisering och allians.....	47
Mentalisering och empati.....	48
Empati och allians.....	49
Allians och tillfredsställelse med terapin.....	51
Styrkor och svagheter med undersökningen.....	52
Vidare forskning.....	53
<b>Referenser</b> .....	55
Bilaga 1.....	61
Bilaga 2.....	63
Bilaga 3.....	65
Bilaga 4.....	66

## Inledning

Mentalisering är ett ämne i tiden. Ofta nämns begreppet i psykiatriska sammanhang och då i termer av att vissa psykiska problem kan ha med en nedsatt mentaliseringsförmåga att göra - men alla människor mentaliserar mer eller mindre, så även terapeuter. Mentaliseringsförmågan kan antas vara en god interpersonell förmåga vilken underlättar kommunikation med och förståelse för andra människor samtidigt som den är en grundförutsättning för att förstå sig själv. En tanke väcktes om huruvida denna förmåga hos en psykoterapeut eventuellt är något som bidrar positivt till terapin och vid en översikt av aktuell forskning så verkar området inte vara så väl utforskat.

Syftet med den här studien är därför att undersöka om terapeutens förmåga att läsa av komplexa känslotillstånd hos klienten har något samband med terapeutisk allians. Förmågan att läsa av och identifiera känslotillstånd hos andra människor förekommer som en del i flera till varandra närliggande begrepp och nedan kommer en redogörelse för de begrepp som används här, nämligen mentalisering och empati. Uppsatsen inleds med en kort genomgång av psykoterapin som behandlingsform och vad som anses verksamt i de psykoterapimetoder som används på psykoterapimottagningen vid institutionen för psykologi vid Lunds universitet. Därpå följer en genomgång av psykoterapiforskningen kopplat till verksamma faktorer generellt och terapeutfaktorer mer specifikt. Därefter kommer en genomgång av de centrala begreppen: mentalisering, empati och terapeutisk allians kopplat dels till psykoterapi och dels till psykoterapeuten. Avslutningsvis behandlas undersökningens syfte, frågeställningar och hypoteser.

### Psykoterapi

Man brukar säga att psykoterapin gjorde sitt intåg som behandlingsform för psykologiska problem i slutet på 1800-talet (Garfield & Bergin, 1986). Då var Sigmund Freuds psykoanalys tongivande och skulle så vara fram till 60-talet. Psykoterapin har under årens lopp diversifierats allt mer. I början på 60-talet fanns enligt Garfield och Bergin ungefär 60 olika former av psykoterapi och på 80-talet hade dessa ökat till över 200 olika former av terapi.

Psykoterapi är i dagens läge en vanlig behandlingsform inom sjuk- och hälsovård. En definition av psykoterapi är Strupps (1978, citerad av Roth & Fonagy, 2005):

”en interpersonell process skapad för att underlätta en förändring av känslor, tankar, attityder och beteenden som upplevs som bekymmersamma för en person som söker hjälp hos en professionell behandlare” (s.5 författarens översättning).

Enligt Roth och Fonagy (2005) kännetecknas psykoterapi av tre aspekter: a) förekomsten av en relation mellan klient och terapeut; b) den interpersonella kontexten och c) upplevelsen av utbildning och professionalism, dvs. att terapin utförs utifrån en modell eller metod som leder terapeutens agerande. Frank och Frank (1991, citerade av Philips & Holmqvist, 2008) menar att det finns åtminstone 4 effektiva kurativa ingredienser i psykologisk behandling och att dessa är giltiga i både västerländska- och icke-västerländska kulturer: en känslomässigt laddad förtrolig relation med en hjälpare; ett bestämt arrangemang för helandet som stärker patientens förväntningar och trygghet; teori, konceptuellt schema eller en myt som ger en godtagbar förklaring på patientens symtom och som föreskriver en ritual eller en procedur för att avlägsna dessa symtom samt en ritual eller procedur som kräver aktivt deltagande från både terapeut och patient och som båda tror är medlet för att återställa patientens hälsa.

Man kan grovt dela in den stora mängd psykoterapier som finns idag i följande stora kluster (Roth & Fonagy, 2005); a) psykodynamisk terapi; b) kognitiv beteendeterapi (KBT); c) interpersonell terapi; d) strategisk eller systemisk terapi; e) stödjande (supportive) och upplevelsebaserad (experiential) terapi; f) gruppterapi samt g) rådgivning (counselling)

**Verksamma faktorer i psykodynamisk terapi.** I psykodynamisk terapi anser man att de verksamma faktorerna är fria associationer och relationen mellan klient och terapeut och klient och andra personer i dess omgivning (Sandell, Holmqvist & Philips, 2008). Klienten och terapeuten iakttar och reflekterar över de fria associationerna vilket kräver ett visst mått av ”psychological mindedness” eller mentalisering dvs. ett intresse för individens egna mentala processer och en förmåga att uppfatta och reflektera över andras och egna handlingar som intentionella, med andra ord att det finns en avsikt, vilja, plan, känslor, erfarenheter och en subjektiv upplevelse kopplad till handlingar. Vidare anser man att ett aktivt arbete med den terapeutiska alliansen är verksamt samt även den mer reella relationen som skapas genom empati. Med empati avses här ett genuint möte mellan två jämlika personer men där personerna har olika roller. Man pratar även om den kompensatoriska relationen eller ”corrective emotional experience” där man tänker sig att klienten prövar sina negativa förväntningar på andra i den nya relationen mellan klient och terapeut och där terapeutens uppgift är att falsifiera dessa förväntningar. Ytterligare ett sätt att aktivt arbeta med relationen är att fokusera på alliansbrott och att använda sig av dem i terapin för att öka klientens reflektionsförmåga (Safran & Muran, 2000). Det finns två sorters alliansproblem: att patienten är öppet kritisk och konfrontativ eller att patienten är undvikande och passiv och dessa bör också mötas på olika sätt. När ett alliansproblem löses bidrar det till en positiv möjlighet till framgång i



terapi. Slutligen finns det också vissa som lägger fokus på klientens hämmade affektutveckling. Terapeuten är då mycket aktiv i att hjälpa klienten att komma i kontakt med bortträngda eller förnekade affekter. Fosha (2000) menar att upplevelsen av en ”core-affect”, kärnaffekt, är helande i sig även när den är smärtsam och skrämmande och att den ger en ökad känsla av mening. En kärnaffekt kännetecknas av någon form av kroppsinblandning, att orden som beskriver känslan ackompanjeras av en intuitiv och motorisk komponent, snudd på som ett slag i magen. Att uppleva en känsla som man länge varit rädd för och skyddat sig ifrån ger en känsla av kontroll, att känna affekten i kroppen ger tillgång till en förnyad styrka och adaptiva beteendemönster som exempelvis en förmåga att skydda sig själv vid affekten ilska. Slutligen så anses affekten vara vägen till det omedvetna och att uppleva den gör att man kan nå djupare och eventuellt tidigare bortträngt material.

**Verksamma faktorer i KBT.** I KBT anser man att vid sidan av goda och lämpliga behandlingsinterventioner så krävs det att terapeuten har en god förmåga till empati och kontakt med klienten (Andersson & Mörtberg, 2008). Interventionerna i KBT är olika beroende på vilken teoretisk utgångspunkt man har som terapeut. De som är mer kognitivt skolade använder sig av interventioner som syftar till att påverka tänkandet (Hollon & Beck, 2004). Interventionerna kan syfta till att skapa mening, angripa tankarnas rationalitet eller se på tankar som hypoteser som kan och bör testas. De som kommer från en mer behavioristisk skolbildning tenderar att se på tankar från ett mer konkret perspektiv. Man tänker att modellinläring är ett sätt att lära in nya beteenden medan andra använder sig av exponering som syftar till att habituera eller släcka ut en respons. Beteendeförändringar och inlärningspsykologiska mekanismer är centrala i KBT (Andersson & Mörtberg, 2008) oavsett vilken inriktning man talar om och dessa beteendeförändringar syftar till att ge klienten nya erfarenheter.

I det som idag kallas KBT kombinerar man kognitiva interventioner med beteendeinterventioner. Man poängterar att relationen är jämlik, att det är två experter som samarbetar; klienten är expert på sina problem och sitt liv medan terapeuten är expert på hur man kan arbeta med specifika problem. I schematerapi talar man exempelvis om ”limited reparenting” (Sandell et al., 2008) vilket betyder att terapeuten delvis möter de känslomässiga behov som tidigare inte mötts hos klienten och därmed möjliggörs skapandet av nya, mer hälsosamma scheman.

## Psykoterapiforskning

Forskning inom psykoterapiområdet har gjorts sedan början på 1900-talet (Lambert, Bergin & Garfield, 2004) och med den stora mängd olika psykoterapier som vuxit fram sedan Freud så är det enligt Lambert och kollegor en grannliga uppgift att forska och undersöka alla dessa olika psykoterapiformers s k ”efficacy” (se nedan). Under ett drygt decennium har psykoterapiforskningen varit starkt påverkad av kravet på att undersöka vilka terapimetoder som har effekt och vilka tillstånd de är effektiva för, dvs. evidensbaserad behandling. Metoden för detta har varit randomiserade jämförelser mellan manualbaserade behandlingar (Philips & Holmqvist, 2008). En del av forskningen ägnas även åt så kallad processforskning vilken ägnar sig åt aspekter av terapins förlopp och hur dessa hänger samman med ett antal olika faktorer såsom patientens beteenden, personlighet samt diagnos, terapeutens beteenden och personlighet och slutligen utfall. Det är också vanligt att processforskning ägnar sig åt behandlingsrelationen och då mer specifikt den del i relationen som utgörs av den terapeutiska alliansen.

Man skiljer mellan en psykoterapis efficacy, dvs. de resultat som uppnås med hjälp av psykoterapi i en kontrollerad kontext med optimala förhållanden, och en terapins kliniska effektivitet, dvs. de resultat som kommer av psykoterapi i en vardaglig klinisk kontext (Roth & Fonagy, 2005). Holmqvist och Philips (2008) menar att utvecklingen inom forskningsområdet kan ses ur två perspektiv. Det första är den kamp som förs mellan olika terapimodeller med evidensrapporter och effektstorlekar som vapen. Denna kamp har bidragit till ett ökat självförtroende hos behandlare, en ökad kunskap om vad som gagnar patienten och en ökad tyngd i argumenten för psykologisk behandling. Evidensparadigmet för med sig att psykoterapi behandlas som om det vore ett läkemedel, vilket som helst (Roth & Fonagy, 2005; Lindgren, Folkesson & Almqvist, 2009) på både gott och ont. Starkast evidens får de terapier som jämförs med placebo eller en standardbehandling i en randomiserad, kontrollerad studie, en s k RCT-studie. Dessa terapier får då lov att kalla sig ”empirically supported” (Kendall, Holmbeck & Verduin, 2004) och man anser sig därmed kunna säkerställa terapins efficacy och säkerhet. Detta är enligt Lindgren och kollegor (2009) problematiskt framför allt på grund av av den stora mängd studier som behövs för att kunna hävda att en behandling har empiriskt stöd samt att den offentliga psykoterapidiskursen är starkt metodfokuserad. Det enda man får svar på, enligt Lindgren och kollegor, är att en terapi har effekt, inte hur eller vilka mekanismer som är verksamma. Holmqvist och Philips (2008) frågar sig om man enbart skall studera skillnader i medelvärden när variansen runt medelvärdet, gällande utfall, är så stor. Kanske är det mer intressant att undersöka vari variationen består och jämföra skillnader

mellan individer istället, dvs. anta ett differentialpsykologiskt perspektiv.

Det andra perspektivet (Holmqvist & Philips, 2008) är att fältet går mer mot att låna tekniker från andra metoder och modeller, ett ökat experimenterande med nya kombinationer av tekniker och förhållningssätt än som kanske var möjligt när den aktuella metoden och teorin först skapades. Frågor som ställs här är mer komplexa och försöker besvara ”vad funkar för vem och när?” och dessa besvaras bättre genom forskning på psykoterapins beståndsdelar, både de metods specifika och de icke-specifika. Enligt Lindgren et al. (2009) så uppger sig en betydande del av kåren, mellan en fjärdedel och en tredjedel, för att vara eklektiker och de frågar sig vidare om man kan komma så mycket längre i psykoterapiforskningen genom att fokusera och jämföra renodlade metoder. Kanske bör man till syvende och sist fråga sig om en terapi kan utövas i sin rena form. Kendall och kollegor (2004) menar att forskningen kring klinisk effektivitet av nödvändighet bör komma ur forskningen kring efficacy och att man även här kan använda sig av exempelvis RCT-studier. Vad man måste tänka på i de fallen är att studien måste innehålla ”vanliga patienter” dvs. patienter med komorbiditet och att man bör kunna utvärdera en mer generell funktionsnivå snarare än ren symtomlindring. De menar vidare att just kombinationen mellan efficacy-forskningen och den mer nyanserade komplexiteten som kliniker på fältet dagligen stöter på kan vara nödvändig för att utveckla en optimal hälsovård i framtiden.

I den här undersökningen är faktorer kopplade till terapeuten det huvudsakliga intresset och dessa ingår i de generella eller icke-specifika faktorerna inom psykoterapin, dvs. de faktorer som inte är kopplade till psykoterapeutisk metod. Nedan kommer en genomgång av den aktuella debatten kring de icke-specifika faktorernas betydelse vilken mynnar ut i en genomgång av först de faktorer som patienten upplever som verksamma samt slutligen går igenom den aktuella forskningen kring faktorer kopplade till terapeuten.

**Icke-specifika faktorer.** De icke-metods specifika, så kallade generella faktorerna eller ”common factors” är faktorer som är gemensamma över terapimetodsgränserna men som ändå anses verksamma (Holmqvist & Lilliengren, 2008). Lambert och Ogles (2004) menar att det finns få bevis för att den ena terapimetoden är bättre än den andra och de anger tre tänkbara förklaringar på detta: olika terapier kan nå samma mål med hjälp av olika processer, utfallet kan vara olika men de aktuella forskningsmetoderna har inte lyckats hitta dessa skillnader och slutligen att olika terapier har gemensamma faktorer som är kurativa. I dagsläget finns det inte tillräckligt med bevis för någon av förklaringarna men den sistnämnda är den som fått mest uppmärksamhet inom forskningen. Lambert och Ogles (2004) har försökt att gruppera de icke-specifika faktorer som

förekommer i litteraturen i tre kategorier: stödjande faktorer, lärande faktorer och handlingsfaktorer och dessa opererar i nyss nämnda ordning inom ramen för psykoterapi dvs. stöd föregår lärande och lärande föregår förändrade beteenden.

Luborsky, Rosenthal, Diguier, Andrusyna, Berman, Levitt et al. (2002) har vid en genomgång av 17 meta-analyser där man jämför psykoterapier med varandra funnit en medeleffektstorlek på  $d = .20$ , vilket anses vara en liten effekt, för skillnaderna mellan de olika terapiformer som jämfördes i de olika studierna och när effektstorleken korrigerades för forskarens allegiance och andra faktorer sjönk effektstorleken ytterligare. Luborsky et al. kan se flera möjliga förklaringar: exempelvis att det faktiskt inte är någon större skillnad mellan olika behandlingarnas huvudsakliga kurativa ingredienser eller att forskningsmetoderna inte i tillräckligt stor utsträckning fångar upp de skillnader som finns. Messer och Wampold (2002) menar att de svaga effektstorlekarna mellan olika terapiformer talar emot den ”medicinska modellen” dvs. den som säger: ”hitta den bästa behandlingen mot din specifika diagnos” (Messer & Wampold, 2002, författarens översättning, s. 23) och som förespråkar behandlingar med empiriskt stöd (se ovan). Kontextmodellen är den medicinska modellens motsats och den säger: ”hitta en bra terapeut som använder en metod som tilltalar dig som patient” (Messer & Wampold, 2002, författarens översättning, s. 23) och lägger därmed sin tonvikt vid de mer generella aspekterna av psykoterapi såsom terapeutens och klientens allians, terapeutens trohet mot sin metod eller teori och andra terapeutfaktorer samt menar att det är dessa som har störst betydelse för utfallet. Messer och Wampold (2002) menar att terapeuten står för så mycket som 6-9% av utfallsvariansen inom samma metod och att alliansen står för 5-7% av densamma vilket är mer än vad de specifika faktorerna, som terapeutisk metod, gör.

Norcross (1995) anser att ”the Dodo-bird effect”, dvs. att alla terapiformer vinner (har effekt) och alla skall ha pris (ingen är bättre än den andra) är en myt. Han medger att författare till jämförande studier ofta kommer fram till den slutsatsen men att det finns skäl att tro att detta påstående är inkorrekt. Först och främst så är det enligt Norcross bara ett fåtal av alla terapiformer som testats i kontrollerade studier vilket gör det svårt att säga något om psykoterapier i allmänhet. Flera studier har dessutom så liten power att det inte går att se skillnader. Vidare så mäts symtomförändring oftast i termer av patientens självskattade upplevelse av att må och fungera bättre. Detta gör att dessa utfallsmått blir svåra att jämföra eftersom graden av symtomlindring hos två individer på ytan kan se lika ut men i själva verket betyder helt olika saker för individen. Norcross (1995) menar vidare att existensen av icke-specifika faktorer inte utesluter specifika faktorer eller tvärt om utan båda behöver tas hänsyn till i psykoterapi. Den individuella terapeutens

betydelse för utfallet har inte tagits på tillräckligt stort allvar; terapeuten har behandlats som en utbytbar faktor i forskningen men man kan se att terapeuter som använder samma metod med sinsemellan liknande patienter producerar väldigt olika resultat. Slutligen menar Norcross (1995) att terapeuter gagnas av att ta ett steg bort från dualismen mellan "Dodo-birdeffekten" och exklusivitetensmyten, dvs. att en viss form av terapi genomgående får goda resultat för alla patienter. Norcross säger: "Olika terapier kan och har bevisligen specifika effekter om man letar med tillräcklig power på de rätta ställena men det berättigar inte till exklusivt ägande" (s. 500) och förespråkar integrativt tänkande inom psykoterapin. Detta kan ske genom att terapeuter breddar sitt tänkande och sin kunskap samt eftersträvar att skraddarsy behandling utifrån de olika förutsättningar som finns för den specifika terapeuten och patienten.

**Patientens syn på verksamma faktorer.** Personer som har en erfarenhet av att gå i psykoterapi har också en kunskap, om än outtalad, om vad de upplevt som verksamt i terapin (Werbart, Lilliengren & Philips, 2008). Var och en som själv gått i terapi instämmer förmodligen med att man som patient följer och bedömer hur den egna processen fortskrider och patientperspektivet ger på så vis en källa till kunskap om verksamma faktorer i psykoterapi. Timulak (2007) har utvecklat en metod, "kvalitativ metaanalys", för att sammanfatta fynd från kvalitativa studier av vad patienter upplevt som hjälpande i terapi. Timulak hittade återkommande kategorier av vad som anses verksamt: a) medvetenhet/insikt/självförståelse, b) beteendeförändring/problemlösning, c) utveckling av egenmakt, d) avlastning, e) utforska känslor/emotionellt upplevande, f) känna sig förstådd, g) klientengagemang, h) uppmuntran/stöd/trygghet samt i) personlig kontakt. Det har också visat sig att psykoterapins goda resultat oftare attribueras till terapeutens personliga egenskaper än en specifik metod eller teknik (Werbart et al., 2008; Lambert & Barley, 2002).

Varje lyckad terapi har ju också en motsvarighet, dvs. en terapi som inte upplevs som lyckad. Det är en återkommande erfarenhet att patienter oftast har svårt att ta upp kritik mot terapeuter både direkt i psykoterapin och utanför i exempelvis intervjuer (Werbart et al., 2008). När det väl sker att patienter berättar om vad de är missnöjda med i terapin i exempelvis intervjuer så är det hänsynsfullt och nyanserat gentemot terapeuten (McLeod, 2000 citerad av Werbart et al., 2008). Elliot (citerad av Werbart et al., 2008) menade att följande svar från terapeuter upplevdes som icke-hjälpande: a) terapeutens missuppfattning, b) terapeutens negativa reaktioner (oengagerad eller kritisk terapeut), c) oönskad ansvarsbörda (inadekvat svar eller terapeutens påtryckningar), d) upprepningar, felriktning, oönskade tankar som väcks av terapeuten. Både terapeuter och patienter

tenderar att attribuera hindrande aspekter till sig själva, ta på sig ansvaret för dem eller åtminstone förlägga dem hos en tredje neutral part (Lietaer, 1992 citerad av Werbart et al., 2008).

Sammantaget så visar aktuell forskning (Henkelman & Paulson, 2006; Paulson, Everall & Stuart, 2001 citerade av Werbart et al., 2008) på vikten av att terapeuten aktivt granskar hur patienten uppfattar terapeuten, terapeutens interventioner och den terapeutiska relationen istället för att förlita sig på sina egna antaganden som lätt kan visa sig vara felaktiga.

**Vilka faktorer spela mest roll?** Först kan man i forskningen slå fast att psykoterapi har en i genomsnitt positiv effekt (Sandell, 2008; Lambert & Ogles, 2004; Lambert & Barley, 2002) och då menar man psykoterapi i allmänhet, oavsett bakomliggande teori. I en sammanställning av nio metaanalyser över generell effekt av psykoterapi som Lambert och Ogles (2004) har gjort så redovisas en genomsnittlig effekt på  $d = 0.75$  och det betraktas som en stor effekt. Effektstorlekarna i dessa metastudier spänner mellan  $d = 0.22$  t.o.m.  $1.05$ . Eftersom man nu kunnat konstatera att psykoterapi har en generellt god effekt så börjar forskningen att rikta blicken från det generella och mer fokusera på det enskilda: med andra ord om psykoterapi är effektivt i det enskilda fallet. Patienter svarar väldigt olika på psykoterapi; med andra ord är variansen runt detta effektmått stort. Brown, Dreis och Nace (citerade av Sandell, 2008) fann att standardavvikelsen i förändring, dvs. differensen mellan för- och eftermätning, var ungefär dubbelt så stor som den genomsnittliga förändringen. Det är självklart viktigt att ställa och besvara frågan om huruvida psykoterapi är effektivt ”i genomsnitt” eftersom genomsnittet är en uppskattning av ett förväntat värde i en population och därmed uttrycker en prediktion i det enskilda fallet. Å andra sidan, ju större variansen är desto mer osäker blir prediktionen och då blir det mer relevant att fråga sig vad som förklarar eller predicerar den stora variationen. Om dessa bidragande faktorer kan bli mer tydliga har man också större möjlighet att predicera utfallet i det enskilda fallet.

Norcross och Lambert (2006) har i en stor genomgång av utfallsstudier och metaanalyser konstaterat att de faktorer som förklarar den största delen av variationen i utfall är patienten, terapeuten och den terapeutiska relationen. Patienten står för 25 – 30 procent av utfallsvariansen, den terapeutiska relationen för 10 procent, terapeuten för 8 procent, när man kontrollerat för behandlingseffekter; specifik behandling uppskattas bidra med 5 – 8 procent av den totala utfallsvariansen.

Om det nu är så att patienten och terapeuten står för en betydande del av utfallsvariansen i jämförelse med terapeutisk metod så är det intressant att försöka fördjupa kunskapen om vilka faktorer hos terapeuten som bidrar till en lyckad psykoterapi.

## Terapeutfaktorer

Det är nästan omöjligt att skilja patient- och terapeutfaktorer åt (Sandell, 2008) i det enskilda fallet men även i en studie med många fall så förblir de sammanblandade. Patienten randomiseras i psykoterapistudier till behandling snarare än till terapeut vilket enligt Roth och Fonagy (2005) leder till komplexa interaktionseffekter mellan patienten och terapeuten som inte kan undvikas. Analyser av terapeutvariabler försvåras av att studier vanligtvis har för få patienter och terapeuter. Intresset för terapeutfaktorer ökar och det i en tid då evidensbaseringsperspektivet (se ovan) är dominerande, forskning som försöker minimera terapeutens betydelse genom manualisering av psykoterapier. I en meta-analys av Crits-Cristoph och kollegor (1991, citerad av Sandell, 2008) räknade man ut genomsnittligt behandlingsresultat för varje terapeut över samtliga patienter och samtliga utfallsmått som använts i respektive studie och fann då att terapeutfaktorn stod för nära 9 procent av den totala variationen, i genomsnitt, över alla studier. Det kan tyckas en liten andel, men om man istället ser det som en del av den varians som förklaras av om patienten gått i terapi eller inte, ca 15 procent, så är det en betydande del (Sandell, 2008). I samma studie försökte man att identifiera moderatorfaktorer som kunde förklara varför variationen i en del studier var så hög och i en del andra inte. Man kunde då se att terapeutfaktorernas betydelse minskade i manualbaserade terapier, vilket var väntat, men också i terapier där terapeuterna var mer erfarna. Däremot så skilde sig inte andelen terapeutvariation mellan psykodynamisk terapi och KBT.

NIMH-studien (National Institute of Mental Health Treatment of Depression citerad av Lundh, 2010) är en studie som bedrivits vid tre universitetskliniker i USA. I studien ingick 250 patienter som randomiserades till fyra olika behandlingsformer: kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell terapi (IPT), farmaka (imipramin) tillsammans med "clinical management" samt placebo tillsammans med "clinical management". Patienterna som inkluderades i studien hade en depressionsdiagnos och terapeuterna var 28 till antalet varav 8 hade KBT, 10 IPT och 10 var i de farmakologiska och placebobetingelserna. Blatt, Sanislow, Zuroff och Pilkonis (1996) rangordnade terapeuterna i den stora NIMH-studien i tre grupper utifrån deras genomsnittliga behandlingsutfall, räknat över alla utfallsmått: de med gott resultat, de med mindre gott resultat och de däremellan. Gruppen med gott resultat visade sig innehålla lika många KBT- som interpersonella terapeuter som farmakologisk behandling vilket också var fallet i gruppen med mindre gott resultat; författarna kunde alltså inte se att det fanns någon skillnad i terapeut-efficacy över de tre olika behandlingsformerna. Terapeutfaktorn verkar enligt författarna vara mer betydelsefull för variansen än de tre aktiva behandlingarna.

Det går att med avancerad statistik argumentera både för och emot terapeutfaktorerna. Elkin, Falconnier, Martinovich och Mahoney (2006, citerad av Sandell, 2008) menar att terapeutfaktorn har mycket liten betydelse för utfallsvariansen. Kim, Wampold och Bolt (2006, citerad av Sandell, 2008) menar däremot att terapeutfaktorn svarar för en signifikant stor andel av variationen och då har både Elkin med kollegor och Kim med kollegor gjort sina statistiska beräkningar på NIMH-studiens data (se ovan). Wampold och Brown (2006) har i en naturalistisk studie skattat hur stor del av variationen i utfall som kan attribueras till terapeuter i klinisk vardag. Statistiska analyser gjordes på utfallsmått från över 6000 patienter och näst intill 600 terapeuter där terapeuterna betraktades som slumpmässigt utvalda ur en terapeutpopulation. Sedan man kontrollerat för patientens problematiks svårighetsgrad så kunde man se att ungefär 5 procent av utfallsvariationen berodde på terapeuten. Detta verkar ju inte mycket men man skall ha i åtanke att om den del av variationen som kan attribueras till om patienten gått i terapi överhuvudtaget är c:a 15 procent (Sandell, 2008) så är det, som nämndes tidigare, en betydande del.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det är möjligt att terapeuten gör en stor skillnad för utfallet även om den skillnaden är olika stor för olika patienter och det finns visst stöd för att terapeutfaktorn har mer inflytande än terapifaktorn (Blatt et al., 1996; Sandell, 2008; Wampold & Brown, 2006). Men vad kännetecknar då en bra terapeut och vilka faktorer har man hittills forskat på?

**Sociodemografiska faktorer.** En vanlig föreställning är att kvinnliga terapeuter skulle vara bättre än manliga (Sandell, 2008) eller att det skulle vara viktigt att ta hänsyn till att terapeut och patient är av samma kön. I en metaanalys över terapeutvariabler av Beutler et al. (2004) finns inget stöd för endera föreställningen. I metaanalysen inkluderades studier med en eller flera terapeutprediktorer eller oberoende variabler samt utfallsmått som beroende variabel; både symtomspecifika och mer globala mått på utfall. Beutler et al. (2004) menar att det inte finns stöd för att terapeutens ålder eller åldersmatchning till sin patient bidrar till utfallet. Ålder är intressant endast i termer av indikation på erfarenhet (Sandell, 2008) men samtidigt har den sannolikt ett samband med ett antal andra variabler. Beutler et al. (2004) har hittat måttligt starka interaktionseffekter som tyder på att det inte bör skilja mer än tio år mellan terapeut och patient i synnerhet om terapeuten är yngre än patienten. Även Wampold och Brown (2006) hävdar att terapeutens ålder, kön erfarenhet och utbildning bidrar ytterst lite till variationen i utfall.

**Terapeutens personlighet.** Terapeuter tenderar att vara mindre benägna att själva besvara diagnostiska formulär eller personlighetstester än vad patienterna är och terapeutens personlighet



bör ses i kombination med patientens. Det finns inga entydiga resultat som pekar på vilken roll personlighetsmässig likhet eller olikhet har (Sandell, 2008; Beutler et al., 2004). Det är svårt att undersöka detta då de personlighetstest som finns är mer generella i sin natur och därför heller inte anpassade till att användas för att undersöka terapeutens personlighets effekt på patientens utfall. Forskningen på området har därtill minskat på senare tid (Beutler et al., 2004).

Det finns en del forskning om terapeutens personlighetsegenskaper i relation till teoretisk inriktning. Arthur (2001) har gjort en genomgång av forskningen, både den empiriska och den mer spekulativa, som försöker beskriva vilka variabler som bidrar till terapeutens val av teoretisk orientering. Han har funnit att det handlar om två olika influenser: a) utbildning, kollegor, handledare och den första kliniska erfarenheten och b) personlighetsegenskaper och kunskapsteoretiska värderingar och övertygelser. Arthur beskriver KBT-terapeuter som jordbundna, konventionella och traditionalistiska, stabila och förutsägbara, ordningsamma och realistiska, rationalistiska och starkt beroende av det fysiskt iakttagbara. De är mindre beroende av nära relationer och har större distans till känslor och framstår också som mer välanpassade, har mindre ångest och depressionstecken och är emotionellt mer stabila och stresståliga. Psykodynamiker framstår å andra sidan som intuitiva, fantasifulla och kreativa, individualistiska och icke-konformistiska, mer kännande och relaterande. Om dessa drag påverkas av utbildning och yrkeserfarenhet eller om de finns där från början är oklart. Det samma gäller hur de hänger samman med den terapeutiska skickligheten.

Beutler et al. (2004) har i sin översikt (se ovan) hittat små, men signifikanta viktade effektstorlekar som alla pekar åt samma håll nämligen att det finns ett positivt samband mellan terapeutens mentala välbefinnande och utfall i terapin. Eftersom man inte kan anta att alla terapeuter som deltar i studier mår bra hela tiden så kan terapeutens välbefinnande mycket väl vara en dold moderatoreffekt bakom motsägelsefulla forskningsfynd.

**Terapeutiska attityder.** Med attityder menas i det här fallet terapeutens föreställningar om vad psykoterapi är, människans natur, huruvida förändring är möjlig, vad som bidrar till den och hur man arbetar för att nå den. Sandell (2008) har funnit att de faktorer som hade starkast samband med utfall i psykodynamisk terapi var att terapeuten uppfattades som vänlig, varm och omsorgsfull och att han/hon uppfattade psykoterapi som en konst snarare än en vetenskap, grundad på intuition och personlighet snarare än utbildning.

Roth och Fonagy (2005) menar att det kan vara fördelaktigt att titta på terapeutens beteenden i sessionen. I en studie av Lafferty et al. (1989 citerad av Roth & Fonagy, 2005) kunde

man se att trots att man inkluderat attityder så var den bästa prediktorn för terapeutens efficacy de upplevelser som patienten hade inom ramen för terapin. Det som karakteriserade mindre effektiva terapier var lägre nivå av empati från terapeuten, lägre engagemang från patienten och högre grad av direktiv vägledning.

Beutler et al. (2004) tar i sin översikt (se ovan) upp följande undergrupper när det gäller värderingar, attityder och övertygelser: generella värderingar och attityder och religiösa övertygelser. Författarna har i litteraturen inte kunnat hitta några entydiga eller tydliga tecken på att någon av dessa har någon större betydelse för patientens utfall i terapin. Bland homo- och bisexuella har man kunnat se att de terapeuter som avvisar icke-heterosexuella livsstilar uppfattas som mindre hjälpfulla och att de som accepterar dessa alternativa livsstilar uppfattas som hjälpfulla. Man har också kunnat se att de terapeuter som anser sig själva vara feministiska är generellt bättre på att skapa terapeutisk allians oavsett patientens genuspreferenser och att de terapeuter som är generellt mindre traditionella i sin syn på könsroller bidrar till ökad grad av förändring och tillfredsställelse i terapin för kvinnliga patienter. När det gäller attityder gentemot ålder så har man kunnat se, trots begränsad forskning, att terapeuter generellt har en negativ och stereotyp bild av äldre patienter.

**Terapeutisk skicklighet.** Att utföra en terapi så som den var tänkt och beskrivs i manualen kallas för "adherence" (Roth & Fonagy, 2005) eller "compliance" (Beutler et al., 2004). Att följa manualen behöver däremot inte nödvändigtvis betyda att man ger en terapi på ett kompetent och skickligt sätt (Roth & Fonagy, 2005). Att mäta hur väl en terapeut håller sig till manualen är lättare än att mäta eller värdera en terapeuts skicklighet och kompetens vilket gör att begreppen ibland sammanblandas. Beutler et al. (2004) gör skillnad mellan specifik kompetens och generell kompetens. Specifik kompetens refererar till adherence och compliance medan generell kompetens refererar till hur väl man kan använda sig av och ge en behandling. Skicklighet kan vara kopplad antingen till en specifik patientgrupp eller till en vis typ av behandling men den kan även sträcka sig över flera olika behandlingsformer och patientgrupper. Kompetens handlar i det här fallet om hur smidigt behandlingen går oavsett om terapeuten använder sig av en manual eller inte. Beutler et al. (2004) beskriver i sin översikt att det finns en liten till moderat effekt mellan hur väl en terapeut håller sig till strukturerad behandling och utfall. De har däremot också sett att de mest effektiva terapeuterna är de som ibland avviker från manualen i sin behandling. Roth och Fonagy (2005) har i sin översikt också sett att en kompetent terapeut kan avvika från manualen där det behövs, kanske framförallt med svårare patienter vilket leder till att patienterna förbättras i högre grad.

**Terapeutisk erfarenhet.** Detta är en egenskap som ganska självklart anses relevant för behandlingsresultatet (Sandell, 2008; Roth & Fonagy, 2005) men problemet är att denna variabel är relativt svår att plocka isär och mäta på något rimligt vis då den innehåller exempelvis både typ av utbildning och antal år i yrket. Vad gäller utbildning så har man endast funnit ytterst blygsamma samband med utfall (Sandell, 2008) och Beutler et al. (2004) menar till och med i sin översikt att man kan tvivla på om psykoterapeutisk utbildning, även om man kontrollerar för erfarenhet, har ett samband med terapeutisk skicklighet. Roth och Fonagy (2005) menar att det inte finns några starka bevis för att det finns ett samband mellan erfarenhet och utfall heller. De menar vidare att det är möjligt att det beror på begreppets otillräckliga definitioner, att de terapeuter som oftast är med i studier är de med mer erfarenhet än de nya terapeuterna eller de under utbildning och att dessa då vanligtvis bedriver terapi under handledning. Enligt Roth och Fonagy så är det möjligtvis så att det som bättre skulle skilja en erfaren terapeut från en oerfaren är hur stor sannolikheten är för att patienten skall nå ett gott utfall. I nuläget jämförs oftast bara utfall från patienter som genomgått hela sin terapi (completers) istället för att inkludera även de patienter som startade men inte genomförde hela sin terapi (intention to treat). Om även den senare kategorin inkluderades i utfallsjämförelsen är det tänkbart att det skulle visa sig att en erfaren terapeut har större sannolikhet att behålla sin patient i terapin och därmed också ha en större sannolikhet till gott utfall.

Ett sätt att försöka dela upp erfarenhetsbegreppet i olika delar kan vi se hos Sandell et al. (2002) där de i en studie med 225 slumpmässigt utvalda, legitimerade svenska terapeuter studerade sambanden mellan ett antal erfarenhetsindikatorer. Med psykoterapeutisk erfarenhet avses i det här fallet terapeutens professionella erfarenhetsnivå och bör förstås i termer av indikatorer eller parametrar för denna; dvs. externa variabler som påverkar terapeutens interna utveckling. Med hjälp av klusteranalys av dessa erfarenhetsindikatorer så kunde författarna identifiera fyra olika former av erfarenhet; dessa är *senioritet*, vilket är ett centralt kluster, *lång och trogen tjänst*, *psykodynamiskt gott rykte* och *case-load*. *Senioritet* har som främsta indikatorer lång yrkesverksamhet efter legitimering, handledarutbildning, verksamhet som handledare samt utbildning i andra terapiformer än den som var legitimationsgrundande. *Lång och trogen tjänst* hade som huvudindikatorer att terapeuten har relativt hög ålder samt många års verksamhet i psykoterapeutisk verksamhet också före legitimation. I klustret *psykodynamiskt gott rykte* är huvudindikatorerna att terapeuten är psykoanalytiskt utbildad, har en lång egenterapi och lång verksamhet i privat praktik. *Case-load*-klustret indikeras av antalet individualterapeutiska kontakter hittills under verksamheten och kan framför allt kopplas till terapeuter med kognitiv beteendeterapi som terapeutisk metod. När man

senare relaterade dessa kluster till terapeuters behandlingsresultat kunde man se att dessa olika slag av erfarenheter visade olika samband. Många år i verksamhet efter legitimation hade en signifikant positiv effekt medan det inte fanns någon skillnad mellan terapeuter med många eller få år i verksamhet före legitimation. Att terapeuten hade handledarutbildning visade sig ha ett signifikant positivt samband med patientförändring. Det samma gällde om terapeuten också anlätades som handledare. Det visade sig däremot att terapeuter som regelbundet hade behövt handledning hade svaga behandlingsresultat vilket man istället för att tolka det som en dålig effekt av handledning kan tolka som att handledningen är en effekt av otillfredsställande behandlingsresultat.

Sammanfattningsvis kan man säga att den forskning om terapeutfaktorer som gjorts hittills många gånger handlat om sociodemografiska faktorer, erfarenhet, utbildning och skicklighet. Vidare kan man också se att det inte finns några tydliga och enkla svar på hur den ”goda terapeuten” ser ut. Snarare blir det tydligt att det är ett komplext område där det dessutom är svårt att skilja ut terapeuten från terapin och från interaktionen med klienten vilket manar till fortsatt forskning på området.

### **Mentalisering, Theory of Mind och Empati**

Definitioner av begreppen och tidigare forskning kring interpersonella egenskaper och faktorer hos terapeuten, i det här fallet fram för allt mentalisering, Theory of Mind och empati, utvecklas under respektive avsnitt nedan. Ett försök att särskilja empati- och sympatibegreppet görs och sambandet mellan empati och utfall utvecklas.

**Mentalisering.** En vanlig definition av mentalisering är ”keeping mind in mind” (Allen, 2008). ”Mentalisering involverar en medvetenhet om dig själv och andra” (författarens översättning, s. 2) och Allen (2008) menar vidare att mentalisering ligger nära empati (se nedan); den stora skillnaden är att när man mentaliserar är man inte bara uppmärksam på andra människors tankar och känslor utan även på sina egna. Genom vår föreställningsförmåga och fantasi uppfattar och tolkar vi beteenden som ett uttryck för bakomliggande mentala avsikter (Fonagy, Gergely & Target, 2007); vi gör våra egna och andras handlingar begripliga utifrån behov, önsknings, känslor, övertygelser, mål och föreställningar. Att mentalisera innefattar ett visst mått av fantiserande om vad som pågår inom någon annan eller oss själva. Ett tecken på god mentaliseringsförmåga är att man inser att det aldrig går att riktigt säkert veta vad som döljer sig i någon annans sinne (mind), man kan bara gissa.

Mentalisering består av 3 viktiga aspekter (Rydén & Wallroth, 2008). Först a) en komplex

informationsprocess, som pågår hela tiden och därför inte är något vi gör eller inte gör, där kropp och hjärna är involverade för att hantera information och göra något med den. Vidare b) en reflekterande och representativ komponent som handlar om ett subjektivt upplevande och slutligen c) en aktiv komponent som handlar om att agera och därmed förmedla något till omvärlden.

Människan har genom evolutionen lärt sig att ibland hindra de impulser som ligger närmast till hands i en viss situation (Rydén & Wallroth, 2008). Det är affekterna som driver människan till handling och att kunna hindra den initiala impulsen som är kopplad till affekten är en mänsklig förmåga som tillsammans med förmågan att leva sig in i en annans situation kan förändra den ursprungliga handlingen så att den fungerar mer adaptivt på sikt. Att mentalisera affekter och känslotillstånd handlar om att sätta dessa känslor i ett större perspektiv av förståelse och mening. Mentaliserad affekt innehåller sammanfattningsvis tre aspekter: a) Identifikation av affekt - att känna igen vad vi känner skapar en känsla av agentskap istället för en känsla av att vara ”drabbad”. Nästa aspekt är b) modulering av affekt vilket innebär att man håller fast vid affekten men kan modifiera upplevelsen av den. Den sista aspekten är c) uttryck av affekt vilket handlar om att kunna kommunicera den till andra, exempelvis genom att hitta ord för den.

Människobarnet har tidigt en uppfattning om intentionella inre tillstånd (Rydén & Wallroth, 2008), redan före den ålder då man brukar säga att barn kan det som brukar kallas ”Theory of Mind” (ToM) vid 3-4 års ålder (för definition av begreppet se nedan). Känslor är en form av intentionella inre tillstånd; de är kommunikativa och de kan hjälpa oss ur situationer vi inte klarar på egen hand. Ansiktet är själens spegel och med sina många muskler och nerver kan det variera sitt uttryck. Barn kan mycket tidigt imitera ansiktsuttryck och kopplingen mellan ansiktsuttryck och känslomässiga uttryck är troligen medfödd. Bara genom att se ett glatt eller ledsen ansikte, eller härma ansiktsuttrycket, så väcks motsvarande psykiska upplevelse av affekten i observatören. Grundaffekterna glädje, intresse, förvåning, ledsenhet, skräck, äckel, avsmak, ilska, skam och möjligen smärta är nedärvda upplevelser kopplade till motoriska uttryck i ansiktet. Den koppling som verkar finnas mellan att observera ett känslouttryck och en egen upplevelse av den observerade känslan kan härledas till neurala nätverk som kallas spegelneuron. Forskning refererad i Fonagy et al. (2007) visar att spegelneuronen, en grupp motorneuron i ventrala premotorcortex, troligen är den grundläggande biologiska mekanismen för förmågan att förstå en annan människas handlingar och man har vidare upptäckt att visuomotoriska centran aktiveras för att förstå affekter. Visuell information om emotioner hos andra avspeglar sig i samma neurala strukturer hos den som observerar som hos den som har den emotionella upplevelsen. Genom dessa spegelneurons

aktivering får observatören en implicit förståelse för den andres upplevelse eller handling utan att själv behöva ha eller genomföra den. Om man sedan explicit vänder sin uppmärksamhet mot denna inre representation eller simulation kan man ”sätta sig själv i den andres skor” (Fonagy et al., 2007, s.289) och utifrån hur man själv hade tänkt och handlat attribueras dessa tankar och handlingar till den andre. Daniel Stern (2005) kallar detta intersubjektivitet. Stern beskriver detta som ett ”ömsesidigt inträngande i varandras psyken som gör det möjligt att säga: jag vet att du vet att jag vet” (Stern, 2005, s. 91). Psyket letar efter de erfarenheter hos andra som man kan känna igen sig i och därmed också dela. Vi människor lever omgivna av andras intentioner, känslor och tankar som interagerar med våra egna; kort sagt så skapas vårt psykiska liv tillsammans med andra i en kontinuerlig dialog – intersubjektivitet. Stern anser att spegelneuronen (se ovan) och en slags dyadisk koordination är den neuronala basen för intersubjektivitet, (för en mer detaljerad redogörelse se Stern, 2005, s. 95) Denna ömsesidiga anpassning kan man exempelvis se hos förälskade när de sträcker sig efter varandras händer i exakt samma stund.

Ett litet barn härmar och upplever känslan men vet inte riktigt vad det känner i sin ansikte mot ansikte-interaktion med föräldern (Rydén & Wallroth, 2008) . Denna ständigt pågående interaktion, spegling, är en skola i affektreglering. Speglingen i en anknytningsrelation skapar självbilder och dessa självbilder hjälper oss att förstå både våra egna tankar och känslor men också andras. Man skiljer på markerad och omarkerad spegling. En markerad spegling innebär att föräldern visar att den förstått vilken känsla det handlar om men att den inte blir uppfylld av den vilket ger känslan giltighet och förmedlar att känslan inte är ”farlig”. En omarkerad spegling är när föräldern tar över känslan i sin helhet vilket gör att det blir oklart vem som känner vad; detta leder till en förvirring kring vem som känner vad och kan förmedla en upplevelse av att känslan är farlig.

En mentaliserande hållning utvecklas i gränslandet mellan två olika sätt att se på den inre och yttre verkligheten, så kallade ”modes” (Wennerberg, 2010). Psykisk ekvivalens (Rydén & Wallroth, 2008; Wennerberg, 2010) innebär att den inre och yttre världen inte skiljs åt, inre psykiska skeenden tolkas som verklighet - barnet kan inte skilja sina egna tankar från andra människors inre mentala tillstånd. Det andra sättet, ett andra ”mode”, är låtsasläge där den yttre och inre verkligheten är så åtskilda att de överhuvudtaget inte hänger samman. Barnet kan göra om verkligheten i sin fantasi, en leksituation eller en ”som-om”-situation där man kan laborera med känslorna frikopplade från de beteenden som normalt följer dem. Detta läge är väldigt skört. När som helst kan verkligheten slå igenom och barnet får då svårt att hantera det faktum att den pinne som just var ett svärd bara är en pinne. Vid ungefär fyra års ålder börjar barnet kunna balansera

dessa ytterlägen som psykisk ekvivalens och låtsasläge utgör och lära sig egentlig mentalisering. Allen (2008) menar att alla har en förmåga att mentalisera och skillnader i mentaliseringsförmåga beror på vilken möjlighet man har haft att utveckla denna förmåga eller inte.

Man kan tala om mentalisering som implicit eller explicit (Rydén & Wallroth, 2008; Allen, 2008). Vid implicit mentalisering är ord och analyser inte närvarande. Det handlar mer om att på en omedveten nivå förstå, gissa och läsa av vilken känsla som är i svang hos en annan människa och reagera på den utan att egentligen veta eller förstå varför man gör det man gör. Implicit mentalisering används när man talar med andra, man håller den andres perspektiv levande under tiden man pratar exempelvis genom turtagning eller genom att förklara namn som man vet är obekanta för den andre. Explicit mentalisering innebär att man med ord beskriver och förstår varför man själv eller någon annan känner, tänker eller handlar på det ena eller andra sättet (Rydén & Wallroth, 2008). Explicit mentalisering tar sin form som ett narrativ eller en berättelse (Allen, 2008) där du skapar en sammanhängande historia av dina tankar och känslor, ger skäl till beteenden eller beskriver reaktioner på andras beteenden. Allen (2008) beskriver hur vi mentaliserar i dåtid, nutid och framtid, från ett brett perspektiv eller ett snävare perspektiv. Det innebär att du kan titta på och identifiera en persons känsla i en given situation, ”hon är ledsen”, och samtidigt vara medveten om en vidare kontext i hennes mentala tillstånd ”hon tror att jag har ljugit för henne” och om du vet mycket om den här personens historia kan du ta in ett ännu vidare perspektiv ” hon är väldigt känslig för alla tecken på svek på grund av hennes pappas svårigheter att hålla sitt ord”. Vid det här laget har man tagit in både en vidare tidsram och ett vidare område av relationer som influerar personens mentala tillstånd. I det test på mentalisering som används i den här undersökningen, Reading the Mind in the Eyes - testet (Baron-Cohen et al., 1997a; 2001) är det just mentalisering i det snävare perspektivet som avses. Försökspersonen får titta på en bild av ett ögonparti hos en person och därifrån gissa vilket av fyra komplexa känslotillstånd som personen kan antas ha. Testet undersöker inte någon bakomliggande mening till känslotillståndet. Det alternativ som finns till att mäta bedöma mentaliseringsförmåga är i dagsläget Reflective Functioning – skalan (Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998). Där bedömer en person som är utbildad i kodningsförfarandet försökspersonens mentaliseringsförmåga utifrån en Adult Attachment Interview.

**Mentalisering och psykoterapi.** Allen (2008) hävdar att den främsta fördelen med mentalisering är att man skapar meningsfulla relationer till personer man är emotionellt knuten till men man får inte glömma att det är minst lika viktigt att mentalisera i relation till sig själv. All psykoterapi vilar på mentaliseringen av både terapeuten och klienten och psykoterapi kan ses som

en ”som om”-situation eller ”låtsasläge” (se ovan) där man skall kunna ”leka” med en svår känsla (Rydén & Wallroth, 2008) och där man kan få sin upplevelse förstådd och speglad av en betydelsefull annan utan att den tar överhanden och blir för verklig. Det bästa sättet att hjälpa någon att mentalisera är att göra det själv (Allen, 2008). Att som terapeut ha en mentaliserande attityd innebär öppenhet, frågvishet och nyfikenhet inför vad som pågår i en annan människas sinne och att hålla denna attityd innebär att man måste stå ut med att inte helt och fullt veta någonting säkert. Liotti och Gilbert (2011) har i en artikel frågat sig om mentalisering är en egenskap som manifesterar sig på liknande sätt i alla relationer eller om den är mer av ett tillstånd som beror på vilken form av relation man är i för tillfället och som då beror på om denna relation underlättar eller försvårar mentalisering. Författarna kom fram till att det snarare var det sistnämnda och menar att mentalisering i hög grad påverkas av graden av hot – trygghet i olika sociala relationer, delvis beroende på vilka roller individerna i dyaden har; exempelvis samarbetsroller eller vårdande roller. Terapeuten kan hjälpa patienten att ta ett steg tillbaka och reflektera när automatiska responser på hot aktiveras i vissa relationer vilket ger patienten möjlighet att inte bara upptäcka alternativa tolkningsmönster utan även bli medveten om egna mentaliseringsprocesser. Den terapeutiska relationen bidrar här med en trygg miljö för dessa mentaliseringsprocesser att bli manifesterade i. Terapeuten måste, vid sidan av mentalisering av patienten, aktivt mentalisera sig själv bland annat för att kunna upptäcka brott i relationen vilka kan bero på att terapeutens egna beteenden aktiverar dessa automatiska mönster hos klienten. För vissa klienter kan en trygg relation återaktivera anknytningsmönster som kan upplevas som hotfulla, detta gäller särskilt patienter med traumatiska och desorganiserade erfarenheter i relation till sina vårdhavare; med andra ord kan patienten när dessa mönster aktiveras, uppleva ett hot om att skadas av den nya vårdgivaren (terapeuten). Fonagy och kollegor (2007) menar att de områden i hjärnan som medierar moderlig eller romantisk anknytning inhiberar de områden i hjärnan som medierar mentalisering, man kan med andra ord säga att när anknytningen ”slår till” så slutar personen att mentalisera. Terapeutens uppgift blir då att balansera graden av trygghet och närhet tills det att patientens egna självomhändertagande aktiverats vilket gör det lättare för patienten att behålla en mentaliserande hållning till sig själv och därmed ta ett steg bort ifrån de automatiska och i vuxenlivet inte alltid så adaptiva anknytningsprocesserna.

Det verkar i nuläget inte finnas så mycket forskning på hur och om terapeutens mentaliseringsförmåga påverkar den terapeutiska relationen. Diamond, Stovall-McClough, Clarkin och Levy (2003) har i en longitudinell studie med 10 klienter diagnosticerade med borderline



personlighetsstörning undersökt vilken betydelse anknytningsmönster och reflektiv funktion har på den terapeutiska processen och utfall. Klienter och terapeuter intervjuades med en variant av AAI (Adult Attachment Interview) som undersöker anknytningsmönstren inom den terapeutiska relationen och dessa intervjuer kodades både för anknytning och ”reflektiv funktion” (mentaliseringsförmåga). Diamond et al. (2003) fann först och främst att terapeutens och klientens mentaliseringsförmåga bör ses i relation till varandra. För att en klient skall kunna använda sig av den terapeutiska relationen i det terapeutiska arbetet och därigenom öka sin förmåga att mentalisera sig själv och andra så bör terapeutens mentaliseringsförmåga vara något bättre än klientens; klientens och terapeutens mentaliseringsförmågor bör vara komplementära, varken för lika eller för skilda åt. De data som Diamond et al. (2003) samlat in talar för att mentalisering inte bör ses som ett stabilt intrapsykiskt koncept utan snarare som ett resultat av ett dynamiskt flöde mellan klient och terapeut.

Slutligen ger Fonagy et al. (1998) ett antal anledningar till varför mentalisering är en viktig funktion vilka i allra högsta grad är giltiga och viktiga även för psykoterapeuter. Först så gör mentaliseringsförmågan det möjligt att se andras beteenden som meningsfulla och förutsägbara, den gör det möjligt att skapa och vidmakthålla en trygg anknytning till en annan människa och den möjliggör för människor att skilja det som är verkligt från det som är skenbart hos en annan människa. Mentaliseringsförmågan underlättar vidare kommunikation med andra då det omöjligt går att föra en dialog utan att hålla den andres perspektiv aktivt i samtalet. Slutligen så bidrar mentaliseringsförmågan till möjligheten att skapa meningsfulla kopplingar mellan den inre och yttre verkligheten vilket bidrar till fördjupade upplevelser tillsammans med andra människor och möjligtvis även upplevelsen av att ha ett meningsfullt liv.

**Theory of Mind (ToM).** ToM är ett av många begrepp som ligger nära mentaliseringsbegreppet och är relevant i den här undersökningen då det ligger till grund för Baron-Cohens et al. (1997; 2001) Reading the Mind in the Eyes-test (beskrivs mer i detalj nedan). Andra närliggande begrepp är enligt Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste och Plumb (2001) ”mind-reading”, ”social intelligens” och de menar vidare att ToM till viss del överlappar med begreppet empati. Författarna definierar ToM som en förmåga att tillskriva sig själv eller andra mentala tillstånd och att vi utifrån dessa mentala tillstånd skapar mening kring eller predicerar andra människors beteenden. Denna definition ligger nära mentaliseringsbegreppet så som det beskrivs ovan och används i den här undersökningen.

Premack och Woodruff (1978, citerade av Baron-Cohen, Wheelwright & Joliffe, 1997b)

hävdade att mentala tillstånd är icke observerbara, abstrakta entiteter bakom beteenden. Baron-Cohen et al. (1997b) menar däremot att mentala tillstånd är delvis observerbara. Barn kan vid fyra års ålder dra slutsatsen att en annan människa tänker bara genom att se på ansiktsuttrycket och blickens riktning. Det har enligt Baron-Cohen et al. (1997b) i ett flertal studier gått att demonstrera att det går att känna igen grundaffekterna och även mer komplexa mentala tillstånd i ansiktet och i ögonen. Även om vi de facto kan observera mentala tillstånd så kan vi självklart inte observera innehållet i tankarna vilket innebär att sättet som vi använder vår ToM på i vardagen är en blandning mellan ”top-down”-processer där man drar slutsatser utifrån en bredare kontext och ”bottom-up”-processer som utgår från ett mentalt tillstånds uttryck i ett ansikte. Baron-Cohen et al. har i sin studie (1997b) kunnat se att normala vuxna har en god förmåga att upptäcka och känna igen skilda mentala tillstånd. Det verkar som att hela ansiktet ger den bästa informationen om grundaffekterna medan ögonregionen ger lika mycket information som hela ansiktet om mer komplexa mentala tillstånd och författarna drar slutsatsen att det finns ett ”ögonens språk”.

Baron-Cohen och medarbetare (1997a; 2001) har utvecklat ett test för att mäta ToM som kallas Reading the Mind in the Eyes. Försökspersonen uppmanas att försöka känna igen ett känslotillstånd genom att se bilder av ögonregionen på både män och kvinnor i olika åldrar som visar komplexa mentala tillstånd. Tanken är att varje individ har ett personligt ”lexikon” över mentala tillstånd och ett språk för dessa. En matchning sker mellan de egna begreppen och de fragment av känslor som ses i ögonregionen på bilderna och detta sker på ett omedvetet plan och mycket snabbt. Utifrån matchningen kommer försökspersonen fram till vilket begrepp av de fyra svarsalternativen som bäst beskriver det han/hon kan se i bilden. Testet beskrivs som ett test av avancerad ToM det vill säga hur väl respondenten kan sätta sig in i och tona in till en annan persons mentala tillstånd men innefattar i själva verket bara den första delen i processen dvs. den del där man attribuerar ett mentalt tillstånd till en annan människa. Testet mäter inte den delen av ToM där man drar slutsatser om innehållet i det mentala tillståndet; man kan exempelvis se i ögonen att en person känner ”medkänsla”, men man kan inte dra några slutsatser om vad medkänslan handlar om eller kommer ifrån.

**Empati.** Empati handlar om en medvetenhet om andra människors känslor och kan ses som ett verktyg för att få kunskap om och förståelse för en annan människas inre liv (Rydén & Wallroth, 2008). Man kan exempelvis aldrig till fullo förstå ett höjt ögonbryn utan det närmaste man kan komma är genom att själva sätta oss in i och jämföra med vår egen känsla när vi höjer ögonbrynet. Det som i nuläget hindrar från att helt likställa mentalisering och empati är att det mesta som

skrivits om empati handlar om en förmåga att använda sig själv för att förstå andra medan mentalisering också inbegriper förmågan att förstå sig själv. I vardagslag förknippas empati i huvudsak med känslor och inte så mycket till tankar och Wispé (1986) har i en artikel försökt att klargöra skillnaderna mellan sympati och empati genom att gå igenom begreppens historia och användningsområden inom exempelvis psykologin (för motsvarande förklaring av begreppet sympati se nedan). Enligt Wispé (1986) handlar empati om ett försök av ett självmedvetet själv att förstå andra självs positiva och negativa upplevelser utan att för den skull döma dem. Dessa känslor och reaktioner är oftast inte lätta för en annan person att förstå fullt ut. Empati är beroende av både föreställnings- och efterhärmningsförmågor och är en ansträngande process. I empati är självet ett verktyg för att förstå och det förlorar aldrig sin egen identitet: känslorna som jag förstår att den andre har är fortfarande kvar hos den andre. Att känna empati är att rikta sig mot den andre och att veta hur det skulle vara om jag var den personen. Målet med empati är att förstå den andre och sammanfattningsvis ett sätt ”att veta”.

Davis (1980a, 1983) utgår från ett multidimensionellt synsätt på empati och det är denna definition som ligger till grund för hur empati definieras i den här undersökningen. Davis menar att man behöver se empati dels som något kognitivt, där det handlar om individens perspektivtagningförmåga, och dels som något emotionellt där det handlar om emotionell reaktivitet hos individen. Båda dessa aspekter påverkar dels separat men även i interaktion hur man reagerar både affektivt och beteendemässigt gentemot en annan människa. Davis (1980a) har konstruerat ett instrument, Davis Interpersonal Reactivity Index (DIRI) för att mäta empati. Faktoranalys gjordes på en pool av items, 50 st., dels från redan existerande instrument som mäter empati (för en genomgång av dessa instrument se Davis, 1980a, s. 5) och dels av nyskrivna items. I faktoranalysen blev fyra olika dimensioner tydliga: *Fantasi*, *Perspektivtagning*, *Empatisk omtanke* (empathic concern) och *Personligt obehag* (personal distress). Slutligen valdes de items ut som laddade mest på respektive dimension ut vilket resulterade i ett instrument bestående av 28 items. De delskalor som avspeglar den kognitiva aspekten av empati är: *Perspektivtagning* (PT) vilken mäter en individs spontana försök att se saker från en annan persons perspektiv och *Fantasi* (FS) vilken mäter individens tendens att identifiera sig med fiktiva karaktärer. De sista två delskalorna mäter emotionell respons på andra människors negativa upplevelser och de är: *Empatisk omtanke* (empathic concern, EC) vilken mäter individens värme och omtanke om andra och sist *Personligt obehag* (personal distress, PD) som mäter individens egna negativa upplevelse av att observera en annan människas negativa upplevelse. Cliffordsson (2002) har använt sig av konfirmerande

faktoranalys för att undersöka om det stämmer att empati är multidimensionellt. Hon analyserade svaren från 127 blivande studenter och fann att strukturen hos begreppet snarare är hierarkiskt ordnat med en generell empatidimension i toppen, identisk med *Empatisk omsorg* (EC), och med *Fantasi* (FS) och *Perspektivtagning* (PT) i en underliggande nivå. Hur det förhåller sig med *Personligt obehag* (PD) är enligt Cliffordsson (2002) mer svårtolkat. PD-skalan skall enligt Davis (1983) inte mäta samma sak som EC-skalan då den förstnämnda svarar för mer själv-orienterade känslor, dvs. känslor av obehag som väcks hos en själv när man ser någon annans obehag medan den sistnämnda svarar för känslor orienterade mot andra. Enligt Cliffordsson finns det i hennes resultat en signifikant positiv korrelation mellan PD och EC och Davis (1983) nämner själv i en av sina studier att PD-skalan haft ett positivt samband med EC-skalan.

**Empati och psykoterapi.** Att vara empatisk som terapeut handlar enligt Bohart, Elliot, Greenberg & Watson (2002) på sätt och vis om att vara uppmärksam på det som kommuniceras bortom orden men samtidigt inte enbart i termer av att reagera på känslor hos den andra; det kan också innebära att man som terapeut ser en större bild av patienten där man är uppmärksam på patientens mål, intentioner och värderingar samt hur han/hon ser på andra människor och på olika situationer. En empatisk terapeut hjälper enligt Bohart och kollegor (2002) sin patient att sätta ord på upplevelser och hjälper patienten att fokusera på inre upplevelser; med andra ord hjälper terapeuten sin klient att mentalisera explicit.

Man har funnit samband mellan terapeutens empatiska funktion och terapieresultat (Bohart et al., 2002) i ungefär samma storleksordning som sambandet mellan allians och terapieffekt vilket talar för att empati hos terapeuten är en viktig funktion. Författarna bygger detta påstående på en metaanalys av 47 studier med inalles 190 empati-utfallsjämförelser; effektstorleken är .20 och empati bedöms stå för 4% av den totala utfallsvariansen. Det är intressant att sambandet mellan empati och behandlingsutfall var starkare för mindre erfarna terapeuter än för mer erfarna. En tänkbar förklaring för detta kan vara att äldre terapeuter har hittat tekniker för att kompensera bristande empati. Burns och Nolen-Hoeksema (1992) fann att terapeutisk empati hade ett medelstarkt till starkt kausalt samband med hur mycket klienten förbättrades. Resultaten i den här studien tyder på att empati har ett direkt samband med förbättring och inte som man tidigare trott att empati opererar genom att bidra till att klienten exempelvis gör sina hemuppgifter i högre grad. I studien ingick 187 klienter som behandlades med KBT mot depression och terapeutens empati skattades av klienten. Ett avvikande fynd gjorde Fuertes och kollegor (Fuertes, Mislowack, Brown, Gur-Arie, Wilkinson & Gelso, 2007) när de undersökte 59 pågående terapeut-patientdyader. De

använde ett antal olika formulär för att mäta både den reella relationen och den terapeutiska relationen (förteckning över formulären i Fuertes et al, 2007, s. 425). I en regressionsanalys fann de ett signifikant men negativt samband mellan hur empatisk terapeuten upplevdes av klienten och hur mycket klienten förbättrades. Detta negativa samband uppstod efter att författarna kontrollerat för de element i empati som överlappar med den reella relationen, den terapeutiska alliansen och anknytning. Författarna diskuterar möjligheten att det finns element i terapeutens empati som inte upplevs som positivt av klienten; vilka dessa element är behöver undersökas vidare.

Bohart et al. (2002) har i sin metaanalys (se ovan) hittat fyra faktorer som möjligtvis kan mediera empati och utfall. Tre av dessa är enligt författarna empatiprocesser: a) empati som förutsättning för relation; att klienten känner sig förstådd gör att han/hon också känner sig mer nöjd med terapin, känner sig trygg nog att dela med sig av och ta tag i svåra saker och det minskar sannolikt risken att klienten avbryter behandlingen i förtid. Nästa faktor är b) empati som en korrigerande emotionell upplevelse: empati bidrar till en inläring i relationer, klienten kan få en upplevelse av att vara värd respekt och att bli lyssnad på vilket kan göra det lättare för klienten att uttrycka känslor och behov i andra relationer. Den tredje faktorn är c) empati som en kognitiv – affektiv process; empati har funnits gynna utforskande och meningsskapande. Den fjärde faktorn, som inte tas med här handlar om patientens förmåga att aktivt hela sig själv.

Wampold (2001) menar att empati och den terapeutiska relationen är bundna till varandra på svårtolkade och invecklade sätt och för att kunna börja förstå dessa samband bättre behövs mer forskning på dessa generella processer och aspekter av psykoterapi.

**Sympati.** Sympati är som begrepp besläktat med empati och kan ibland lite slarvigt likställas med det sistnämnda. När man markerar en känsla innebär det att man visar att man känner igen känslan och kan förstå den vilket också ger känslan giltighet (Rydén & Wallroth, 2008). Sympati är egentligen, enligt Rydén och Wallroth, det överordnade begreppet som fångar in fenomenet att en känsla väcks hos den som tar emot en förmedlad känsla. Sympati och empati används båda två och i samma utsträckning som begrepp för ovanstående fenomen. Wispés (1986) definition av sympati är att det är en ökad medvetenhet om en annan persons lidande som något som bör lindras eller mildras. Denna definition innehåller två aspekter: först en ökad känslighet inför en annan människas känslor – sympati stärker både representationen och den inre upplevelsen av den andres situation. Den andra aspekten är en stark längtan efter att handla på ett sätt så att obehaget minskar för den andra personen – i sympati upplevs den andres lidande som något som omedelbart bör lindras. Sympati kan uppstå även i situationer när en person inte har möjlighet att

hjälpa en annan, medkänsla och driften att hjälpa vaknar i alla fall. Sympati handlar om gemenskap och självmedvetenheten sjunker - man kan säga att den som sympatiserar blir rörd av den andre och känner hur det är att vara den andre och målet med sympati är att göra så att den andre mår bra igen. Sammanfattningsvis så kan man säga att sympati är ett sätt att relatera snarare än att veta.

### **Den terapeutiska alliansen**

Alliansen har länge varit aktuell både inom teoribildningen kring psykoterapi och i psykoterapiforskningen. Terapeuter har, generellt, en bild av att en god relation mellan dem själva och deras klienter har betydelse för hur framgångsrik terapin blir (Horvath, 2000). Även om alliansens betydelse betonas när man lär ut olika terapeutiska tekniker så ges dock ingen guidning i vilka egenskaper en terapeut behöver besitta eller vilka beteenden som är lämpliga i sessionen för att främja en god allians (Norcross, 2002).

Forskningen kring allians har enligt Horvath (2005) huvudsakligen bedrivits i två olika, delvis överlappande, faser. Först har alliansens koppling till utfall i ett antal olika behandlingskontexter undersökts; alliansens koppling till utfall utifrån olika skattningsperspektiv: terapeutens, patientens och en observatörs samt hur sambandet mellan allians och utfall ser ut i olika stadier av terapin. I den andra fasen har man ägnat sig åt att undersöka alliansens roll, utveckling och hur man hanterar den i terapin. Det kan exempelvis handla om att använda sig av tillfälliga brott i alliansen för att öka framstegen i terapin (Safran & Muran, 2000) eller att undersöka det som är syftet med den här undersökningen nämligen vilka faktorer och egenskaper hos terapeuten som kan förknippas med patientens upplevelse av en god allians (en mer detaljerad redogörelse kommer nedan).

Historiskt har alliansen som begrepp varit med ända sedan Freud (Horvath, 2000). Då ansågs en positiv relation mellan analytikern och analysanden förse den förstnämnda med en auktoritet som stärkte analysandens tro på tolkningar samt gav patienten styrka att bearbeta smärtsamma upplevelser. Den här relationen sågs inte som en reell relation utan som en relation byggd på projektioner och mot slutet av en lyckad analys var tanken att denna projektionsbaserade relation skulle lösas upp. Alliansen sågs inte som en faktor som bidrar till den terapeutiska processen i sig utan snarare som en trygg och säker miljö att lära i. När Carl Rogers utvecklade sin klientcentrerade terapi var grundtanken att relationen var bärande och helande i sig själv (Bordin, 1994; Horvath, 2000; Philips & Holmqvist, 2008). Terapeutens empati, äkthet eller kongruens och ovillkorliga respekt ansågs i och av sig själva tillräckliga för att frigöra patientens inneboende

förmåga att helas. Terapeutens största bidrag till patientens läkning var enligt Rogers interpersonell snarare än kognitiv eller teknisk och det var terapeutens uppgift att tillhandahålla denna terapeutiska relation och därmed göra förändring möjlig för klienten. Att se på den terapeutiska relationen på detta sätt gör att den inte kan ses som ett samspel utan det handlar snarare om ett förhållningssätt hos terapeuten (Holmqvist, 2007). Objektrelationsteoretiker (Horvath, 2000; Holmqvist, 2007; Igra, 2002) lägger mer vikt vid de yttre förhållanden som skapar patientens livsmöjligheter och de terapeutiska ramarna. Man ser på relationen dels utifrån reella upplevelser av en relation bestående av två individer som båda bidrar till den på sitt sätt, dels som en relation på ett mer irrationellt plan. Denna mer irrationella och omedvetna relation manifesterar sig genom exempelvis överföringar, motöverföringar och projektiv identifikation (för en genomgång av begreppen se Igra, 2002). Slutligen så började man även inom beteendeterapin efter många års forskning och klinisk erfarenhet bli mer och mer övertygade om att alliansen bidrar till terapin som en generisk faktor, dvs. är närvarande i näst intill alla former av terapi snarare än som en placeboeffekt (Horvath, 2000).

Bordin (1994; Horvath, 2000; Holmqvist, 2008; Safran & Muran, 2000) utvecklade i mitten på 70-talet en panteoretisk konceptualisering av den terapeutiska relationen och det är denna definition som ligger till grund för begreppet allians i den här undersökningen. Alliansen är, enligt Bordin (1994), en medveten här- och nu relation, som till viss del påverkas av tidigare relationer, den är närvarande i alla hjälpande processer och den är dubbelriktad, dvs. både terapeut och patient bidrar till alliansen. Enligt Bordin så består den av tre komponenter: a) *Bond*, dvs. känslomässiga band mellan terapeuten och patienten, b) *Task* samförstånd om vilka uppgifter man skall ägna sig åt i terapin och slutligen c) *Goal* som är samförstånd om kort- och långsiktiga mål i terapin. Bordin menar vidare att alliansen både underlättar implementering av olika uppgifter och tekniker i terapin, i termer av att bidra till en miljö eller ett klimat som underlättar förändring, men är också en betydelsefull terapeutisk agent i sig själv. Holmqvist (2008) anser att det är viktigt att komma ihåg att alliansen inte är det samma som den terapeutiska relationen utan en aspekt av den. Av den forskning som bedrivits på behandlingsrelationer så är alliansforskningen den mest omfattande. I behandlingsrelationen ryms, förutom den terapeutiska alliansen, terapeutens interpersonella stil och framtoning samt alliansfrämjande betingelser såsom empati, värme och positiv uppskattning av patienten (Lambert & Barley, 2002).

Horvath (2000) menar att det är fördelaktigt om alliansen etableras relativt tidigt i terapin, redan i 3-5 sessionen. Alliansen är inte konstant över tid och är inte heller linjär; den fördjupas med

andra ord inte för varje session. Det generella mönstret är enligt Horvath att under session 1-5 finns det möjligheter att skapa allians i termer av ömsesidig respekt och personligt engagemang samtidigt med ett gemensamt ansvar för mål för terapin. Denna tidiga utveckling av allians verkar nödvändig för att undvika att patienten avslutar i förtid eller för att hjälpa patienten att uppbåda engagemang nog för att få en förändring till stånd.

Även om det finns flera definitioner av begreppet allians så verkar det finnas en konsensus kring vissa centrala idéer (Horvath & Symonds, 1991): a) allians fångar en kollaborativ komponent av relationen mellan terapeut och patient och b) ser både patient och terapeut som delaktiga i att förhandla om både bredd och djup i det kontrakt som skall ligga till grund för terapin.

**Allians och utfall.** Allians kunde relativt tidigt mätas med reliabla instrument. Horvath och Bedi (2002) har gjort en metaanalys över 90 studier, från 1977 – 2000, där man undersökt sambandet mellan alliansmätt och utfall. Medeleffektstorleken för de studier där man mätt allians tidigt, session 1-5 eller första tredjedelen var .22. För alliansmätt i mitten av terapin var medeleffektmåttet .19 och för mått sent i terapin var medeleffektstorleken .27. Att det sista måttet är något högre anser författarna kan bero på en sammanblandning med terapeutisk framgång. Man kan konstatera att allians har ett robust samband med utfall i psykoterapi över en stor mängd metoder och studier och korrelationerna tycks ligga mellan .22 och .29 (Horvath, 2005; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000) vilket är svaga men signifikanta korrelationer. Då det handlar om korrelationsstudier så kan man inte dra några kausala slutsatser. I en studie av Botella och medarbetare (2008) har man skattat allians med WAI (Working Alliance Inventory) och utfall i termer av symtomnivå med ett instrument som kallas CORE-OM ( för mer information om instrumentet se Botella et al., 2008) på 239 klienter och nio erfarna terapeuter vid en universitetsklinik. Allians- och utfallsmått togs regelbundet under behandlingen från tredje sessionen till session 48 för de patienter som fortfarande var kvar i behandling då. Korrelationerna för allians- och utfallsmåtten mellan session nummer 3 och 36 är alla signifikanta och sträcker mellan .30 - .82.

Horvath & Symonds (1991) konstaterar att patientskattad allians predicerar utfall bättre och att denna även håller sig mer stabil över sessioner i större utsträckning än terapeutskattningar eller observatörsskattningar gör. Terapeuter verkar sämre på att bedöma alliansen mellan sig själv och sin patient och Horvath (2000) har hypoteser om varför det förhåller sig på detta vis; a) alliansmätt valideras på patientdata vilket kan göra dem okänsliga för skillnader i terapeuters upplevelse av relationen; b) terapeuten ser alliansen ur ett teoretiskt perspektiv dvs. terapeuten bedömer hur väl



alliansen överensstämmer med den teoretiska definitionen av allians inom den terapiform som bedrivs vilket i så fall innebär att bedömningen är rent normativ. Patienten däremot ser alliansen ur ett mer subjektivt och individuellt perspektiv mot bakgrund av erfarenheter från tidigare liknande situationer. En sista och mer olycksbådande möjlighet är att dessa skillnader består i vissa terapeuters felbedömning av patientens upplevelse av relationen.

Vissa terapeuter verkar vara generellt mer hjälpsamma än andra (Luborsky, McLellan, Diguier, Woody & Seligman, 1997 citerade av Safran & Muran, 2000). Ju mer hjälpsam klienten upplever att terapeuten är desto mer underlättas byggandet av allians. Vad är det då terapeuten bidrar med till skapandet av alliansen?

**Terapeutens bidrag till alliansen.** Forskningen visar tydligt (Sandell, 2008) att terapeuter som förmår skapa en tydlig och öppen kommunikation, att respektera, att sätta sig in i och förstå patienten och dennes behov stärker en positiv allians. Safran och Muran (2000) betonar terapeutens förmåga att upptäcka och reparera brister i den terapeutiska alliansen och menar att denna förmåga framförallt fördjupar arbetet i terapin.

Forskningen kring faktorer som modererar eller medierar sambandet mellan allians och utfall är relativt ny (Horvath & Bedi, 2002) och har hittills sökt brett efter många tänkbara faktorer. Baldwin, Wampold och Imel (2007) har i en studie med 331 patienter och 80 terapeuter försökt att skilja den varians i allians åt som patienten respektive terapeuten står för. Detta gör de genom att undersöka sambandet mellan patientskattad allians och utfall både inom och mellan terapeuter. De kom fram till att den del av variationen som kunde förklaras av terapeuten kunde predicera utfall vilket inte patientvariationen kunde. Denna slutsats drar författarna av att de inom en enskild terapeuts alla fall inte kunde se att styrkan på alliansen signifikant kunde predicera utfallet. Författarna kunde även se att de terapeuter som skapade starka allianser med sina klienter också fick signifikant bättre utfall än de terapeuter som hade generellt sämre allianser med sina klienter. Baldwin et al. kan däremot inte dra några slutsatser om vilka specifika faktorer hos terapeuten som bidrar till en god allians utifrån sina resultat utan de hänvisar till Ackerman och Hilsenroth (2003) som gjort en översikt över 25 olika studier där man undersöker terapeutvariabler kopplat till allians. Utifrån dessa drog författarna slutsatsen att både personliga egenskaper hos terapeutens såväl som användandet av specifika tekniker från en rad skolbildningar påverkar alliansen positivt. Personliga egenskaper innefattar exempelvis när terapeuten visar sig trovärdig, bekräftande, flexibel, intresserad, alert, avspänd, trygg, respektfull och empatisk. De specifika tekniker som funnits bidra på ett positivt sätt till alliansen är att undersöka, att bidra med djup, att reflektera, att stödja, att

notera tidiga framgångar i terapin, att kunna ge träffsäkra tolkningar, att underlätta för patienten att uttrycka affekt, att vara förstående och att ta hänsyn till patientens erfarenhet.

Man har inte kunnat finna särskilt starkt stöd för att terapeutens utbildning har ett direkt samband med förmågan att skapa en god allians (Horvath, 2000). Man har däremot sett att mindre vana terapeuter oftare missbedömer kvaliteten på alliansen. Frågan som då följer är om det går att träna terapeuter i alliansskapande? Det finns inga entydigt positiva belegg för detta. Horvath (2005) fann att i de fall där man kunde se en förbättrad allians så hade terapeuten fått individuell handledning, fokuserad på en enskild patient. Eftersom det verkar svårt att öva in alliansskapande kan man tänka sig att det hänger samman med terapeutens egna relationsmönster så som exempelvis anknytning (Horvath 2000) men det finns än så länge inga entydiga svar på hur detta påverkar. Det kan vara så att terapeutens relationskapaciteter är något som behöver undersökas mot vissa specifika klienttyper med andra ord patienter med specifika anknytningsmönster. Möjligtvis skulle det kunna vara så att man då ser att vissa patient – terapeut kombinationer verkar göra det svårare att bygga allians i än andra. Meyer och Pilkonis (2002) har i en forskningsöversikt tittat på studier där man undersökt sambanden mellan patientens anknytningsstil och utfall eller allians samt terapeutens anknytningsstil och terapeutisk process eller utfall. Det verkar som om terapeuter som är rädda för avvisande är mindre empatiska och tenderar att tolka allianskriser som ett hot från patientens sida om att avsluta terapin. Några studier i översikten tyder på att komplementaritet mellan terapeutens och patientens anknytningsmönster är mer fördelaktigt än överensstämmelse om man vill skapa en god allians.

## **Syfte**

Psykoterapi är i dagsläget en erkänd form av behandling mot en rad olika psykologiska besvär. Forskningen kring psykoterapi har en tid varit inriktad på specifika psykoterapimetoders effektivitet mot vissa specifika diagnoser vilket huvudsakligen undersökts i randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier). I dessa studier har man använt sig av manualiserade behandlingar för att minimera psykoterapeutens inverkan på behandlingen. Det verkar som om de faktorer som står för den största andelen av variansen i en psykoterapis utfall är patienten, terapeuten och den terapeutiska alliansen (Norcross & Lambert, 2006) och det är ett område som inte utforskats i någon större utsträckning ännu. Syftet i den här undersökningen är att undersöka två möjliga interpersonella faktorer hos terapeuten, mentalisering och empati, och dessas samband med terapeutisk allians samt även med hur nöjd klienten är med den behandling han/hon får.

Terapeutisk allians har ett måttligt men robust signifikant samband med utfall (Horvath, 2005; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000) och det verkar som om att terapeutens förmåga att sätta sig in i och tänka kring sin patients emotionella tillstånd (mentaliserings och empati) har en positiv inverkan på den terapeutiska alliansen (Sandell, 2008). Terapeutens empatiska funktion verkar vidare påverka utfallet i ungefär samma utsträckning som den terapeutiska alliansen (Bohart et al., 2002) och då begreppet mentalisering ligger nära och i viss mån överlappar begreppet empati så som det definieras ovan kommer båda dessa interpersonella förmågor att undersökas, samt även i vilken grad dessa korrelerar med varandra.

### **Forskningsfrågor:**

1. Finns det ett samband mellan terapeutens mentaliseringsförmåga och terapeutisk allians, som den skattas av terapeut respektive klient samt hur nöjd klienten är med den terapi han/hon får?
2. Finns det något samband mellan terapeutens mentaliseringsförmåga och överensstämmelsen mellan terapeutens och klientens skattning av alliansen?
3. Finns det något samband mellan empati och mentalisering hos terapeuten?
4. Finns det något samband mellan grad av empati hos terapeuten och terapeutens skattning av alliansen?
5. Finns det något samband mellan grad av empati hos terapeuten och klientens skattning av alliansen samt hur nöjd klienten är med terapin?
6. Finns det något samband mellan hur nöjd klienten är med den terapi han/hon får, och hur han/hon skattar alliansen?

### **Hypoteser:**

1. Terapeutens mentaliseringsförmåga har ett positivt samband med hur klienten skattar alliansen samt med hur nöjd klienten är med den terapi han/hon får.
2. Mentaliseringsförmågan har ett negativt samband med hur stor skillnaden är mellan terapeutens och klientens skattning av alliansen.
3. Det finns ett positivt samband mellan mentaliseringsförmåga och empati.
4. Det finns ett positivt samband mellan grad av empati hos terapeuten och terapeutens skattning av alliansen.
5. Det finns ett positivt samband mellan grad av empati hos terapeuten och klientens

skattning av alliansen samt hur nöjd han/hon är med terapin.

6. Det finns ett positivt samband mellan hur klienten skattar alliansen och hur nöjd han/hon är med terapin.

## Metod

### Deltagare

**Terapeuter.** Alla studenter på psykologprogrammet vid Lunds Universitet bedriver under termin 7 tom. 10 psykoterapi under handledning och samtliga 140 studenter tillfrågades om att delta i undersökningen. Dessa sammanlagt fyra terminer delas mellan psykodynamisk terapi och kognitiv beteendeterapi (KBT). Alla studenter får utbildning i båda skolbildningarna under vardera 2 terminer. Vid undersökningstillfället är cirka hälften av terapeuterna i mitten eller slutet av den pågående terapin medan den andra hälften precis har startat sina terapier. 140 paket (se innehåll under procedur) delades ut och av dem kom totalt 23 terapeutsvar in. Av dessa var 16 kvinnor och 7 män. En terapeut fyllde endast i Ögontestet och har därför inkluderats i statistiska analyser där Ögontestet ingår på gruppnivå. Den aktuella terapeuten kunde inte paras samman med en klient. Av de terapeuter som svarade angav 12 terapeuter att de gav KBT-terapi och 11 terapeuter gav psykodynamisk terapi.

**Klienter.** Klienterna på mottagningen anmäler själva intresse för att gå i terapi. Dessa tas sedan emot för inskrivningssamtal innan de hänvisas vidare till terapeuterna. Klienterna anger vid inskrivning vilken terapiform de föredrar eller önskar men kan i övrigt inte påverka vilken terapeut de får träffa. Alla 140 klienter hade möjlighet att genom sin terapeut få ett kuvert (se innehåll under procedur) med ett erbjudande om att delta i undersökningen och av dessa svarade 19 klienter varav 11 klienter angav att de var kvinnor och 7 klienter att de var män. En klient angav inte kön och är därför med i beräkningen av deskriptiv data för samtliga klienter, men inte i redovisningen av könsspecifika medelvärden. Av det totala antalet svar som kom in kunde totalt 12 klienter och terapeuter paras ihop.

### Instrument

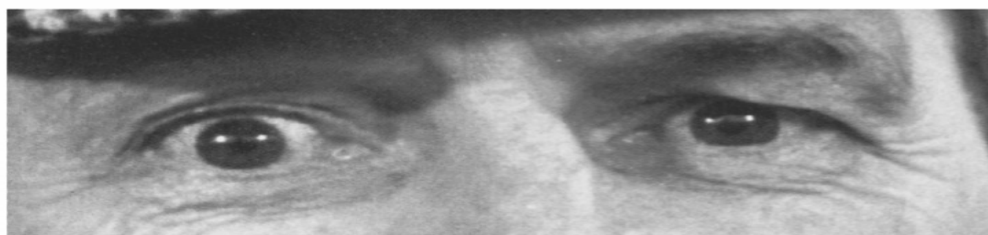
**Reading the Mind in the Eyes-testet (Ögontestet).** Som mått på mentalisering används Reading the Mind in the Eyes-testet (Baron-Cohen et al., 1997a; 2001) i en svensk översättning som

är gjord av Söderstrand (2006). Testet finns i både barn- och vuxenversion och här används vuxenversionen med 36 item. Till varje ögonbild ges 4 svarsalternativ och försökspersonen ombeds att markera det ord som han/hon tycker passar bäst. Svaren kodas 1 eller 0 och maximal poäng är 36. Nedan visas en exempelbild från Ögontestet. Målordet i det aktuella fallet är: Panikslagen.

### ÖVNINGSBILD

SVARTSJUK

PANIKSLAGEN



HÖGMODIG

HATFULL

Vid översättningen till svenska (Söderstrand, 2006) användes ordbok för att ta fram synonymer till de engelska orden och vid val av synonym togs särskild hänsyn till originalordens bakomliggande betydelse. Föreliggande översättning har testats på en svensk normalpopulation i 4 olika efterföljande grupper och i vart och ett av dessa 4 steg av har svaren jämförts med Baron-Cohens et al. (2001) kriterier: att minst 50 procent av försökspersonerna väljer målordet och att inte mer än hälften så många, dvs. 25 procent av försökspersonerna väljer en enstaka distraktor. Nya svarsalternativ gjordes för att öka möjligheten att diskriminera och efter den fjärde versionen möttes Baron-Cohens et al. kriterierna. Det sammantagna medelvärdet för alla Söderstrands (2006) versioner är för kvinnor  $M_{kvinnor} = 28.6$  ( $SD = 3.0$ ) och för män  $M_{män} = 26.6$  ( $SD = 3.3$ ) och för alla deltagare  $M_{total} = 27.7$  ( $SD = 3.3$ ). Resultaten i dessa spänner mellan 22 och 34 poäng.

I Baron-Cohens et al. reviderade version av Ögontestet från 2001 är medelvärdet för en grupp normala vuxna (122 st) med varierande ålder, kön, yrke och utbildningsgrad  $M_{total} = 26.2$  ( $SD = 3.6$ ). I den här gruppen var skillnaden mellan könen mycket liten. I en annan grupp med studenter ( $N = 103$ , 53 kvinnor och 50 män) var medelvärdet för gruppen som helhet  $M_{total} = 28.0$  ( $SD = 3.5$ ), för kvinnor  $M_{kvinnor} = 28.6$  ( $SD = 3.2$ ) och för män  $M_{män} = 27.3$  ( $SD = 3.7$ ). Baron-Cohen et al. (2001) hävdar att den sistnämnda gruppen inte är representativ för en normal population då intagningskraven för studenterna är höga varför man kan misstänka att de har en begåvningsnivå över det normala.

**Davis Interpersonal Reactivity Index (DIRI).** Som mått på empati används Davis (1980a; 1983) Interpersonal Reactivity Index. Testet består av fyra delskalor fördelade på 28 items. Svaren kodas på en femgradig likertskala från 0 (stämmer inte alls) till 4 (stämmer mycket bra). Den första skalan är a) *Fantasi* (FS) och mäter förmågan att i fantasin förflytta sig själv till fiktiva situationer exempelvis böcker, filmer och dagdrömmar. Ett exempel från fantasiskalan lyder: ”Jag lever mig verkligen in i känslorna hos personerna i en roman”. Den andra skalan är b) *Perspektivtagning* (PT) och den mäter en förmåga eller benägenhet att byta perspektiv, att ta ett steg utanför sig själv i möte med andra människor. Ett exempel från perspektivtagningsskalan lyder: ” Ibland försöker jag förstå mina vänner bättre genom att föreställa mig hur saker och ting ser ut från deras perspektiv”. De andra två delskalorna speglar individuella skillnader i emotionell respons vid observerad emotionalitet hos andra. Den första av dessa är c) *Empatisk omsorg* (empathic concern, EC) och består av item som undersöker i vilken grad respondenten upplever en känsla av värme, medkänsla och intresse/omsorg för den observerade individen. Ett exempel från omsorgsskalan lyder: ”Jag känner ofta omsorg och engagemang för människor som är mindre lyckligt lottade än jag”. Den sista delskalan, d) *Personligt obehag* (personal distress, PD) mäter individens egna känslor av rädsla, farhågor och obehag när de observerar negativa upplevelser hos andra. Ett exempel från obehagsskalan lyder: ”Ibland känner jag mig hjälplös när jag är mitt uppe i en mycket känsloladdad situation”.

Den interna reliabilitetskoefficienten, standardiserad alpha, räknades i Davis studie (1980a) för varje subskala separat för varje kön och sträcker sig mellan .70 till .78. Test-retestreliabiliteten var för kvinnor mellan .62 och .81 och för män mellan .61 och .79.

Det finns skillnader mellan könen på de fyra subskalorna. Störst skillnad var det på *Fantasiskalan*; medelvärdena var här  $M_{kvinnor} = 18.75$  ( $SD = 5.17$ ) respektive  $M_{män} = 15.73$  ( $SD = 5.60$ ), ( $F [1.1176] = 96.28$ ;  $p < .001$ ). På de andra delskalorna var skillnaderna som följer: *Perspektivtagningsskalan*  $M_{kvinnor} = 17.96$  ( $SD = 4.85$ ) respektive  $M_{män} = 16.78$  ( $SD = 4.72$ ) ( $F [1.1180] = 18.25$ ;  $p < .001$ ); *Empatisk omsorg*  $M_{kvinnor} = 21.67$  ( $SD = 3.83$ ) respektive  $M_{män} = 19.04$  ( $SD = 4.21$ ) ( $F [1.1180] = 129.09$ ;  $p < .001$ ) och *Personligt obehag*  $M_{kvinnor} = 12.28$  ( $SD = 5.01$ ) respektive  $M_{män} = 9.46$  ( $SD = 4.55$ ) ( $F [1.1181] = 103.10$ ;  $p < .001$ ). Davis (1980a) drar slutsatsen att kvinnor verkar få högre poäng på alla fyra måtten av empati än vad män får.

**Working Alliance Inventory (WAI).** Som mått på terapeutisk allians används ett allmänt erkänt instrument Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). Originalversionen av WAI med 36 item skapades av Horvath och Greenberg (1989) och WAI-S, en kortare variant av originaltestet

bestående av 12 item, skapades av Tracey och Kokotovic (1989) och båda bygger på de tre subskalorna: *Goal, Task och Bond*. Cronbachs alpha för WAI-S är: .91 - .96 (Busseri & Tyler, 2003) och samma artikel visar en hög överensstämmelse mellan scoring på WAI och på WAI-S samt en hög överensstämmelse mellan klient- och behandlarskattningar.

Svaren i WAI-S kodas på en 7-gradig likertskala som sträcker sig från 1 (aldrig) till 7 (alltid). Varje delskala kan få en poäng från 4 – 28 och om man gör en sammanräkning av alla delskalorna kan poängen variera mellan 12 – 84. Dessa värden delas sedan med antalet item på aktuell skala för att få ett medelvärde. Deskriptiva värden för klientskattningarna är enligt Busseri och Tyler (2003) på hela skalan totalt  $M_{total} = 5.87$  ( $SD = .88$ ) vid session 4 respektive  $M_{total} = 5.96$  ( $SD = .80$ ) vid den sista sessionen. Deskriptiva värden för terapeutskattningarna är på hela skalan totalt  $M_{total} = 5.46$  ( $SD = .76$ ) vid session 4 respektive  $M_{total} = 5.50$  ( $SD = .88$ ) vid den sista sessionen. För en komplett översikt av medelvärden och standardavvikelser för delskalorna se Busseri och Tyler (2003, s. 195).

**Client Satisfactory Questionnaire (CSQ).** Som mått på vad patienten tycker, rent generellt, om den behandling han/hon får används CSQ. Originalutgåvan (Larsen, Attkisson, Hargreaves & Nguyen, 1979; Attkisson & Zwick, 1982) undersöker hur patienten upplevt behandlingen efter att den är avslutad med 18 eller 8 item. Författarna fann att versionen med 8 item fungerar lika bra, om inte bättre, än den med 18. Cronbachs alpha för originalversionen med 8 item är .93. och medelvärdet är  $M = 24.16$  ( $SD = 4.94$ ). I den här undersökningen använder vi en översättning av skalan med 8 item som tidigare har använts på mottagningen för att undersöka hur nöjda klienterna är efter avslutad behandling. I den här undersökningen har frågorna skrivits om till presens för att ge en bild av hur klienten upplever den behandling han/hon får just nu (se bilaga 1).

## **Procedur**

Inledningsvis informerades terapeuter och handledare vid institutionens psykoterapimottagning om undersökningen via mejl (Bilaga 2). Det paket som distribuerades till terapeuterna via handledarna bestod av 2 C5- kuvert märkta med "K"(klient) respektive "T" (terapeut) som lades i ett ytterkuvert. Klientens kuvert innehöll ett informationsbrev (Bilaga 3), CSQ samt WAI-S klientskattning. Terapeutens kuvert innehöll ett informationsbrev (Bilaga 4) där några kompletterande uppgifter efterfrågades (kön, terapeutisk metod och hur omgivningen var vid genomförandet av ögontestet). Vidare innehöll terapeutens kuvert ögontestet, DIRI samt WAI-S. Samtliga formulär försågs med ett kodnummer för att möjliggöra att terapeutens och klientens svar kunde kopplas samman. Paketen

lades sedan i handledarnas postfack. Paketet lämnades så till terapeuten som lämnade kuvertet märkt ”K” vidare till sin klient. Svaren ombads deltagarna att lägga tillbaka i kuverten och slutligen lämna dem i en brevlåda i väntrummet, märkt ”mottagningsprojektet”.

## **Analys**

Först beräknades medelvärden och standardavvikelser. Därefter undersöktes om skalorna var normalfördelade (Shapiro-Wilks,  $p > .05$ ). One-sample T-test genomfördes för att undersöka skillnader mellan normdata från tidigare studier och de data som kom fram i den här undersökningen och Independent-samples T-test genomfördes för att undersöka skillnader mellan kvinnors och mäns medelvärden på Ögontestet. Då några skalor avvek från normalfördelningen så valdes Spearmans korrelation för att undersöka sambandet mellan samtliga skalor och delskalor. För att få ett mått på överensstämmelsen mellan terapeutens och klientens skattningar på WAI Z-transformerades dessa skattningar separat för terapeuterna respektive klienterna. Sedan räknades differenspoäng fram mellan terapeutens och klientens skattning för varje par. Absolutbeloppet av den differenspoängen användes som ett mått på överensstämmelsen för varje par.

## **Resultat**

Först presenteras deskriptiv statistik för alla skalor och delskalor. Därefter presenteras interkorrelationerna mellan terapeut- respektive klientvariablerna samt slutligen korrelationer mellan terapeut- och klientvariablerna under motsvarande rubriker.

### **Deskriptiv data på de olika mätinstrumenten**

**Ögontestet.** Svaren på Ögontestet för gruppen som helhet är normalfördelade (Shapiro-Wilks  $p = > .05$ ) När kvinnor och män var för sig testades för normalfördelning var männens svar normalfördelade men inte kvinnornas, den sistnämnda gruppens svar var snedfördelade åt vänster. Medelvärden för gruppen terapeuter som helhet (tabell 1) skiljer sig inte signifikant från de normdata som Söderstrand (2006) och Baron-Cohen et al. (2001) anger ( $M_{söderstrand} = 27.7$  [ $SD = 3.3$ ],  $t$  [22] = .85,  $p = .405$ ,  $d = .18$ ;  $M_{baron-cohen} = 28.0$  [ $SD = 3.2$ ],  $t$  [22] = .43,  $p = .673$ ,  $d = .09$ ). Inte heller kvinnornas medelvärden (tabell 1) skiljer sig signifikant från normdata ( $M_{söd-kvinnor} = 28.6$  [ $SD = 3.0$ ],  $t$  [15] = -.11,  $p = .91$ ,  $d = .03$ ;  $M_{bar-kvinnor} = 28.6$  [ $SD = 3.3$ ],  $t$  [15] = -.11,  $p = .91$ ,  $d = .03$ ) vilket också är fallet med männens medelvärden (tabell 1) ( $M_{söd-män} = 26.6$  [ $SD = 3.3$ ],  $t$  [6] = 1.03,  $p$



= .34,  $d = .31$ ;  $M_{bar-män} = 27.3$  [ $SD = 3.7$ ],  $t[6] = .45$ ,  $p = .66$ ,  $d = .16$ ). Kvinnors och mäns medelvärden (tabell 1) skiljer sig inte heller signifikant från varandra ( $t [21] = .41$ ,  $p = .69$ ,  $d = .19$ )

**Davis Interpersonal Reactivity Index.** *Perspektivtagningsskalan* (PT) är inte normalfördelad (Shapiro-Wilks  $p = <.05$ ) till skillnad från de övriga tre delskalorna. Skalan visar en skevhet åt höger. Samtliga medelvärden och standardavvikelser redovisas i tabell 1. Dessa värden skilde sig endast på en punkt från normdata (Davis, 1980b); de manliga terapeuterna i den här undersökningen hade signifikant högre medelvärde på *Empatisk omsorgsskalan* (EC) ( $M_{norm} = 19.04$  [ $SD = 4.21$ ] resp.  $M_{män} = 21.86$  [ $SD = 2.12$ ],  $t [6] = 3.53$ ,  $p = .012$ ,  $d = .89$ ).

**Working Alliance Inventory.** Av terapeuternas 4 alliansmått, helskalan samt de tre delskalorna, är endast delskalan *Goal* normalfördelad (Shapiro-Wilks  $p = >.05$ ). *WAI-total* och *Task* är sneda åt vänster och *Bond* är sned åt höger. Medelvärdena för terapeuternas skattning av allians, både på hela skalan och samtliga delskalor (tabell 1), är signifikant lägre än vad Busseri och Tyler (2003) uppger som referensmått vid session 4 ( $M_{norm} = 5.46$  [ $SD = 0.76$ ],  $t [21] = -2.4$ ,  $p = 0.26$ ;  $d = .52$ ). Skillnaderna på delskalorna är som följer: *Task* ( $M_{norm} = 5.22$  [ $SD = 0.96$ ];  $t [21] = -3.1$ ,  $p = .005$ ;  $d = .47$ ), *Goal* ( $M_{norm} = 5.36$  [ $SD = 0.96$ ]  $t [21] = -3.9$ ,  $p = .001$ ;  $d = .18$ ) och *Bond* ( $M_{norm} = 5.79$  [ $SD = 0.62$ ];  $t [21] = -3.0$ ,  $p = .006$ ;  $d = .48$ ).

Medelvärde och standardavvikelse för alla 4 klientmåten för WAI, helskala samt de tre delskalorna redovisas i tabell 1. Inget av dessa värden avviker signifikant från de referensmått som Busseri och Tyler (2003) anger. *Bond* avvek från normalfördelningen med en skevhet åt vänster men övriga delskalor var normalfördelade (Shapiro-Wilks  $p = >.05$ )

**Client Satisfactory Questionnaire.** Medelvärdet för CSQ i den här undersökningen är signifikant högre än det medelvärde Attkisson & Zwick (1982) anger ( $M_{klient} = 28.84$  [ $SD = 2.87$ ] vs  $M_{norm} = 24.16$  [ $SD = 4.94$ ];  $t [18] = 7.11$ ,  $p = .000$ ;  $d = 1.24$ ). Skalan är normalfördelad (Shapiro-Wilks  $p = >.05$ ).

Tabell 1

Medelvärde, standardavvikelse och min-max för Ögontestet, DIRI, WAI och CSQ fördelat på terapeuter och klienter

Skalor och delskalor	Terapeuter											
	Samtliga				Kvinnor				Män			
	N	M	SD	Min-Max	N	M	SD	Min-Max	N	M	SD	Min-Max
Ögontestet	23	28.30	3.42	21 - 33	16	28.5	3.58	21 - 33	7	27.86	3.24	24 - 33
Fantasi(FS)	22	20.23	5.03	9 - 27	15	21.33	5.11	9 - 27	7	17.86	4.26	13 - 25
Perspektiv(PT)	22	19.32	2.87	15 - 25	15	19.20	2.57	16 - 23	7	19.57	3.65	15 - 25
Omsorg (EC)	22	22.32	2.68	17 - 27	15	22.53	2.95	17 - 27	7	21.86	2.12	19 - 24
Distress (PD)	22	11.91	4.40	4 - 22	15	11.40	4.14	4 - 18	7	13.00	5.07	8 - 22
WAI Total	22	5.05	0.81	2.25- 6.25	15	5.26	0.57	4.08-6.25	7	4.58	1.10	2.25-5.33
WAI Task	22	4.80	0.64	3 - 6	15	4.83	0.72	3 - 6	7	4.71	0.44	3.75-5
WAI Goal	22	5.25	0.65	4 - 6	15	5.40	0.65	4 - 6.25	7	4.92	0.59	4 - 5.75
WAI Bond	22	5.50	0.45	5-6.50	15	5.56	0.46	5 - 6.50	7	5.39	0.43	5 - 6

	Klienter											
	Samtliga				Kvinnor				Män			
	N	M	SD	Min-Max	N	M	SD	Min-Max	N	M	SD	Min-Max
WAI Total	19	5.71	0.69	3.92-6.58	11	5.74	0.67	4.58-6.58	7	5.56	0.76	3.92-6.08
WAI Task	19	5.66	0.73	3.75-7.00	11	5.64	0.54	4.75-5.50	7	5.60	1.02	3.75 - 7
WAI Goal	19	5.79	0.74	4.50-7.00	11	5.93	0.78	4.50 - 7	7	5.50	0.66	4.50-6.25
WAI Bond	19	5.67	0.91	3.50-7.00	11	5.65	0.91	3.75 - 7	7	5.57	0.99	3.50-6.25
CSQ	19	28.84	2.87	21 - 34	11	28.64	2.16	26 - 32	7	28.43	3.51	21 - 32

Not. FS (fantasiskalan), PT (perspektivtagning), EC (empatisk omsorg) och PD (personligt obehag) är de fyra delskalorna i DIRI.

### Interkorrelationer mellan terapeuternas skattningar

Samtliga interkorrelationer mellan terapeuternas skattningar redovisas i tabell 2. I de resultat som kom fram i den här undersökningen finns det inga signifikanta samband mellan Ögontestet, empatiskattningarna och alliansskattningarna. När det gäller de inbördes korrelationerna mellan terapeuternas empatiskattningar så hade *Perspektivtagning* (PT) ett måttligt starkt signifikant och positivt samband med *Empatisk omsorg* (EC); *Empatisk omsorg* (EC) hade ett signifikant starkt negativt samband med *Personligt obehag* (PD). Korrelationerna mellan *WAI-S*-skalorna var genomgående höga. Två signifikanta korrelationer återfanns mellan empatiskalorna och *WAI-S*-

skalorna nämligen ett måttligt starkt positivt samband mellan EC-skalan och skattningen av alliansskalan *Bond* samt ett signifikant måttligt stark negativt samband mellan *Personligt obehag*-skalan och skattningen av alliansskalan *Bond*.

Tabell 2

*Sambandet mellan skalor och delskalor skattade av terapeuter. (N=22)*

Skalor och delskalor	Ögontestet	PT	FS	EC	PD	WAI Total	Task	Bond	Goal
Ögontestet	-								
PT	-.23	-							
FS	-.25	.15	-						
EC	.01	.46*	.16	-					
PD	.21	-.22	.24	-.50*	-				
WAI Total	-.17	.09	.17	.36	-.23	-			
Task	-.23	.15	-.10	.37	-.30	.87**	-		
Bond	.18	.08	-.12	.45*	-.45*	.62**	.64**	-	
Goal	-.06	.13	.34	.38	-.21	.88**	.72**	.49*	-

*Not.* Förkortningar för DIRI:s delskalor PT(perspektivtagning), FS (fantasi), EC (empathic concern) samt PD (personligt obehag).

\* $p < .05$  (2-tailed), \*\* $p < .01$  (2-tailed)

### Interkorrelationer mellan klientens skattningar

Interkorrelationerna mellan klientens skattning av allians var genomgående höga (tabell 3)

Interkorrelationerna mellan klientens skattningar (tabell 3) av allians och hur nöjd klienten är med den terapi han/hon får (CSQ) visar signifikanta, starka positiva korrelationer utom i relation till alliansskalan *Goal* ( $r_s = .38, p = .106$ )

Tabell 3

*Sambandet mellan klienternas skattning av WAI-S och CSQ (N19).*

Skalor och delskalor	WAI	Task	Bond	Goal	CSQ
WAI	-				
Task	.88**	-			
Bond	.86**	.68**	-		
Goal	.78**	.53*	.53*	-	
CSQ	.70**	.74**	.77**	.38	-

\* $p < .05$  (2-tailed), \*\* $p < .01$  (2-tailed),

## Korrelationer mellan terapeutens och klientens skattningar

Samtliga korrelationer mellan terapeutens och klientens skattningar redovisas i tabell 4. Terapeutens resultat på Ögontestet korrelerar inte signifikant med någon av klientens skattningar av allians eller med CSQ. *Perspektivtagning* (PD) korrelerar signifikant och negativt endast med klientens skattning av alliansskalan *Bond* ( $r_s = -.63, p = .028$ ). *Fantasiskalan* (FS) korrelerar signifikant och negativt med klientens skattning av allians på hela skalan (*WAI*) och på delskalan *Task* ( $r_s = -.73, p = .007$  resp.  $r_s = -.75, p = .005$ ). *Empatisk omsorg* (EC) visar inga signifikanta korrelationer med klientens skattning av allians eller CSQ. *Personligt obehag* (PD) visar starka signifikanta negativa korrelationer med samtliga av klientens skattningar utom *Bond* ( $r_s = -.57, p = .054$ ). Samtliga korrelationer mellan klienternas respektive terapeuternas skattning av allians är icke signifikanta.

Tabell 4

*Sambandet mellan hur terapeuten skattat på Ögontestet och DIRI och klientens skattning av WAI och CSQ. (N 12 par)*

Skalor och delskalor	WAI Klient	Task klient	Bond Klient	Goal Klient	CSQ
Ögontestet	-.02	-.31	-.05	.23	-.22
PT	-.28	.07	-.63*	-.19	-.40
FS	-.73**	-.75**	-.44	-.53	-.26
EC	-.06	.05	-.37	.26	-.24
PD	-.70*	-.82**	-.57	-.59*	-.61*
WAI Terapeut	.35	.47	.24	.30	.41
Task terapeut	.30	.54	.15	.25	.43
Bond terapeut	.30	.52	.14	.28	.50
Goal terapeut	.17	.10	.20	.19	.18

*Not.* Förkortningar för DIRI:s delskalor PT(perspektivtagning), FS (fantasi), EC (empathic concern) samt PD (personligt obehag).

\* $p < .05$  (2-tailed), \*\* $p < .01$  (2-tailed).

Tabell 5

*Sambandet mellan Ögontestet och empatiskalorna och hur väl terapeutens och klients skattning av allians överensstämmer.*

Skalor och delskalor	Ögontestet	FS	EC	PT	PD
WAI - diff Total	-.36	-.26	.28	.24	-.18
WAI - diff Task	-.14	.22	.45	.09	-.15
WAI - diff Bond	.23	.76**	.16	-.20	.04
WAI - diff Goal	-.24	-.59*	-.21	-.05	-.05

*Not.* Förkortningar för DIRI:s delskalor PT(perspektivtagning), FS (fantasi), EC (empathic concern) samt PD (personligt obehag).

\* $p < .05$  (2-tailed), \*\* $p < .01$  (2-tailed).

### **Korrelationer mellan mentalisering och empati hos terapeuten å den ena sidan och överensstämmelsen mellan terapeut- och klientskattningar av allians å den andra**

Resultaten visar inga signifikanta korrelationer mellan Ögontestet och differensmättet för WAI (tabell 5). Terapeutens empatiskattningar visar inga signifikanta korrelationer med differensmättet för WAI, utom i två fall: *Fantasiskalan* (FS) korrelerar signifikant och positivt med differensen på *Bondskalan* respektive signifikant och negativt med differensen på *Goalskalan* ( $r_s = .76, p = .007$  resp.  $r_s = -.59, p = .044$ )

### **Diskussion**

Inledningsvis besvaras forskningsfrågor och hypoteser och därefter diskuteras resultaten och dessa kopplas till teori. Därefter diskuteras styrkor och svagheter med undersökningen och avslutningsvis ges förslag på vidare forskning.

Den första frågan som ställdes i den här undersökningen var om det finns ett samband mellan terapeutens mentaliseringsförmåga och klientens skattning av allians. Hypotesen var att en god mentaliseringsförmåga skulle ha ett positivt samband med hur klienten upplever alliansen. Resultaten stöder inte hypotesen och det finns ingenting i resultaten som tyder på ett samband mellan mentalisering och klientens skattning av allians. Det finns heller inget samband mellan mentalisering och hur nöjd klienten är med terapin. Resultaten tyder på att den form av avancerad ToM som mättes här inte verkar ha någon betydelse för hur klienten upplever sin terapi eller bedömer relationen mellan sig och sin terapeut.

Den andra frågan som ställdes var om det finns något samband mellan terapeutens mentalisering och differensen mellan klientens och terapeutens skattning av allians. Hypotesen var

att en terapeut med god mentaliseringsförmåga skulle skatta allians mer likt sin klient än en terapeut med lägre mentaliseringsförmåga men hypotesen får inget stöd i resultaten. Terapeutens mentaliseringsförmåga har i den här undersökningen ingen betydelse för hur lika klienten och terapeuten skattar allians.

Den tredje frågeställningen var om det finns något samband mellan terapeutens mentalisering och terapeutens empati och hypotesen var att det skulle finnas ett samband med någon av empatidimensionerna. Resultaten stöder inte hypotesen, det verkar inte finnas ett samband mellan mentalisering och empati så som de mäts i den här studien.

Den fjärde frågeställningen var om det finns något samband mellan terapeutens skattning av allians och empati och hypotesen var att ett sådant samband skulle finnas. Resultaten stöder hypotesen endast delvis. Det finns i resultaten en signifikant, måttligt stark positiv korrelation mellan terapeutens omsorg om och känslor av värme gentemot andra människor (*Empatisk omsorg*) och terapeuten egen skattning av det känslomässiga bandet mellan sig själv och sin klient (*Bond*). Resultaten visar även en signifikant, måttligt stark negativ korrelation mellan hur mycket obehag terapeuten själv känner inför andra människors svåra känslor eller upplevelser och hur terapeuten skattar det känslomässiga bandet i terapin, dvs. ju större obehag desto lägre skattning av det känslomässiga bandet.

Den femte frågeställningen var om det finns ett samband mellan terapeutens empati och klientens skattning av allians samt hur nöjd klienten är med terapin. Hypotesen var att det skulle finnas ett samband. Till viss del får hypotesen stöd i resultaten men sambanden är motsatta mot vad man skulle förvänta sig. Terapeutens möjlighet att ställa sig utanför sig själv och byta perspektiv (*Perspektivtagning*) har ett signifikant negativt samband med hur klienten upplever att det känslomässiga bandet till terapeuten är (*Bond*). Terapeutens förmåga att flytta sig själv till fiktiva situationer eller drömmar (*Fantasi*) har ett signifikant negativt samband med hur klienten upplever alliansen som helhet samt med hur klienten upplever samförståndet om de uppgifter man skall ägna sig åt i terapin (*Task*). Terapeutens benägenhet att själv uppleva negativa känslor inför andra människors lidande har ett signifikant negativt samband med samtliga mått på allians och hur nöjd klienten är med terapin. Undantaget är när det gäller klientens skattning av det emotionella bandet där det endast finns en tendens i samma riktning. Terapeutens känslor av värme och omsorg gentemot andra människor tycks i den här studien inte alls ha något samband med hur klienten upplever alliansen eller terapin.

Den sista frågeställningen är om det finns ett samband mellan klientens skattning av allians

och hur nöjd han/hon är med terapin. Hypotesen är att det finns ett positivt samband mellan dessa och resultaten visar att det delvis kan vara så. Hur nöjd klienten är med terapin samvarierar signifikant positivt med hur klienten upplever alliansen som helhet, hur väl klienten upplever att man är överens om de uppgifter man bör genomföra i terapin (*Task*) samt hur starkt klienten upplever att det emotionella bandet mellan honom/henne och terapeuten är (*Bond*). Det finns en icke signifikant tendens i samma riktning, dvs. en positiv tendens, mellan klientens tillfredsställelse med terapin och hur överens klienten och terapeuten är om de lång- och kortsiktiga målen för terapin (*Goal*).

### **Mentalisering och allians**

Resultaten talar emot att terapeutens mentaliseringsförmåga har ett samband med hur klienten uppfattar alliansen. Baron-Cohen et al. (2001) har funnit att det finns en signifikant skillnad mellan medelvärdena i en grupp normalbegåvade vuxna med olika utbildningsnivå och olika professioner och en grupp universitetsstudenter. Baron-Cohen et al. (2001) menar att den senare gruppen, vars medelvärde är signifikant högre än den föregående gruppens, inte är representativ för en normalpopulation då intagningskraven för dessa studenter är höga. Troligtvis är inte heller den grupp studenter som undersöks här representativa för en normalpopulation då intagningskraven till psykologutbildningen är höga, men å andra sidan kan man anta att de är representativa för den population terapeuter som de utgör ett stickprov av.

Det är intressant att fundera över om det skulle kunna vara så att en klient inte alltid uppfattar en terapeut med en god avläsningsförmåga som hjälpsam. Det finns ju en möjlighet att klienten av olika skäl försöker att dölja vissa känslor för sin terapeut, tills klienten själv känner sig redo att möta dem. Om klienten inte känner sig redo att ta tag i vissa svårigheter kan det istället uppfattas som icke hjälpsamt om en terapeut som är skicklig på att läsa av sin klient speglar tillbaka vad den sett. I den här undersökningen är bara avläsningsaspekten i mentaliseringen med (Baron-Cohen et al. 2001) och i mentalisering och ToM så ingår även en meningsskapande komponent. Detta meningsskapande kan man tänka påverkar terapeutens bemötande av sin klient på olika sätt. Den här undersökningen säger inget om denna senare del i processen. Att vara en god avläsare måste inte nödvändigtvis betyda att man använder sig av kunskapen på ett för klienten gynnsamt sätt. Liotti och Gilbert (2011) menar att mentalisering inte nödvändigtvis är en egenskap som är någorlunda konstant hos individen utan att den snarare är ett tillstånd som påverkas av den situation man är i för tillfället. Olika relationer underlättar eller försvårar mentalisering i situationen och

utifrån det synsättet så påverkar klienten sin terapeuts mentaliseringsförmåga och tvärt om vilket gör det svårt att undersöka en terapeuts mentaliseringsförmåga skilt ifrån hur den påverkas i relationen till klienten. Diamond et al. (2003) har också funnit att terapeutens mentalisering bör ses i relation till klientens och att mentalisering bör ses som ett dynamiskt flöde mellan klient och terapeut. För att klienten skall kunna dra nytta av den terapeutiska relationen så bör terapeutens mentaliseringsförmåga vara komplementär, dvs. något bättre, men inte för mycket bättre, än klientens.

En av hypoteserna var att en terapeut med god mentaliseringsförmåga skattar alliansen likt sin klient. Förmågan att mentalisera i terapin borde göra att terapeuten och klienten har en någorlunda likvärdig bild av relationen i terapin. Resultaten i den här studien stöder inte den hypotesen. Horvath (2000) menar att klienten utgår från en uteslutande subjektiv upplevelse av relationen till sin terapeut vid skattning av allians. Terapeuten kan givetvis också göra det, men det är mer troligt att terapeuten utgår från en normativ bedömning av allians, dvs. ser alliansen genom en ”teoretisk lins” (Horvath, 2000, s. 168) kopplad till den psykoterapimetod som terapeuten använder sig av. Om det är på det sättet som Horvath beskriver så skulle det i viss mån göra terapeutens och klientens mått svåra att jämföra och det kanske, med de mätmetoder som används här inte ens går att få en överensstämmelse mellan skattningarna hur bra terapeutens mentalisering är. Terapeutens upplevelse av allians har, i den här studien, inte något signifikant samband med klientens upplevelse av allians; det finns några måttligt starka till starka korrelationer, men ingen av dem är signifikanta. Man hade kunnat tänka sig att terapeuten och klienten har olika bedömningar av alliansen men att de fortfarande har haft ett samband. Terapeuternas alliansskattningar är genomgående lägre i den här studien än de medelvärden Busseri & Tyler (2003) anger. Kan det vara så att terapeuterna inte vågar skatta alliansen för högt eller är det så som Horvath (2000) menar att oerfarna terapeuter oftare felbedömer alliansen än sina mer erfarna kollegor?

### **Mentalisering och empati**

Resultaten i den här studien tyder inte på att det skulle finnas ett samband mellan mentalisering och empati, på någon av delskalorna, trots att de begreppsmässigt överlappar varandra (Baron-Cohen et al., 2001; Allen, 2008). Både mentalisering och empati handlar om att genom att iaktta och ha en medvetenhet om att andra människor har ett inre liv och om att använda sig själv som instrument för att förstå något om och skapa mening kring den andra personens beteenden. Tänkbara förklaringar till att det i den här undersökningen inte finns ett samband mellan mentalisering och



empati kan antingen vara att underlaget är för litet för att upptäcka samvariationer eller att mentalisering och empati, så som det mäts här, mäter olika saker. Mentalisering och empati är båda mångfacetterade och abstrakta begrepp vilket gör dem svåra att operationalisera. Det finns till dags dato inte så många sätt att mäta mentalisering. Alternativet till det test som valdes här är att koda en anknytningsintervju (AAI) utifrån Reflective Functioningskalan (RF) (Fonagy et al., 1998). Det sistnämnda testet är tidskrävande och kräver utbildning i kodningsförfarandet. Konsekvensen av att Ögontestet valdes i den här studien är att endast en del av hela mentaliseringsprocessen undersöks nämligen den del som handlar om att identifiera komplexa känslouttryck hos en annan person. Möjligtvis är det så att just den identifierande aspekten av mentalisering/ToM inte ingår i någon av Davis (1980a; 1983) dimensioner av empati trots att det verkar logiskt; ToM beskrivs som en framför allt kognitiv process som skulle kunna samvariera med någon av Davis kognitiva dimensioner ( *Fantasi* och *Perspektivtagning*). Davis (1980a; 1983) ser på empati som ett begrepp byggt på flera dimensioner men Cliffordsson (2002) har genom konfirmerande faktoranalys kommit fram till att begreppet bör vara hierarkiskt ordnat, med en generell empatifaktor, identisk med *Empatisk omsorg* i toppen och med *Fantasi* och *Perspektivtagning* i en nivå under. Hur det förhåller sig med *Personligt obehag* är enligt Cliffordsson mer svårtolkat. Cliffordsson har, liksom Davis (1983) själv, funnit positiva korrelationer mellan *Personligt obehag* och *Empatisk omsorg*. I den här undersökningen korrelerar *Personligt obehag* och *Empatisk omsorg* signifikant negativt med varandra men med tanke på massignifikansproblemet (se nedan) så är det svårt att tolka huruvida det är en slump eller inte. Utifrån Davis (1983) resonemang om att *Empatisk omsorg* och *Personligt obehag* båda mäter emotionell reaktivitet men att de är riktade åt olika håll, dvs. att man riktar sig med värme och omsorg mot en lidande annan eller får en ökad upplevelse av obehag själv vid åsynen av en annans lidande, så skulle den negativa korrelationen kunna vara logisk.

Ett oväntat fynd var att de manliga terapeuternas medelvärde på *Empatisk omsorg* (EC) var signifikant högre än det medelvärde Davis (1980b) anger. Det skulle vara intressant att se om detta mönster är en slump eller om det även i en större terapeutpopulation kan vara så att manliga terapeuter skattar sig själva högre på *Empatisk omsorg* än män ur en normalpopulation.

## **Empati och allians**

*Empatisk omsorg* och *Personligt obehag* korrelerar signifikant positivt respektive negativt med terapeutens egen skattning av det emotionella bandet i alliansen. Med tanke på det signifikant

negativa sambandet mellan *Empatisk omsorg* och *Personligt obehag* så verkar det naturligt att sambandet med det emotionella bandet går åt olika håll. En möjlig förklaring till detta kan vara att om man skattar sig själv som varm gentemot andra människor och inte har en tendens att fyllas av obehag inför andras svårigheter så kanske man även skattar det emotionella bandet till sin klient högre. Det kan finnas fördelar med att terapeuten inte blir för påverkad själv av negativa känslor; det ger terapeuten ökade förutsättningar att rikta sig med värme och omsorg mot sin klient, behålla en mentaliserande hållning i terapin (Allen, 2008) och därmed också vara bättre rustad att iaktta kvaliteten i det emotionella bandet i alliansen.

I den här studien har *Personligt obehag* ett genomgående starkt negativt samband med klientens alliansskattningar; undantaget är sambandet mellan *Personligt obehag* och klientens upplevelse av det emotionella bandet i terapin som ligger precis över signifikansnivån ( $p=.054$ ). Som nämndes ovan så kan man tänka att om man som terapeut är mindre upptagen av att hantera egna negativa känslor så har man bättre förutsättningar att behålla en mentaliserande hållning, vilket Allen (2008) menar är öppenhet, nyfikenhet och frågvishet, gentemot sin klient. Att som klient se sin terapeut bli uppfylld av svåra känslor på grund av något som han/hon berättat eller visar går att likställa med omarkerad spegling (Rydén & Wallroth, 2008). En omarkerad spegling kan av klienten tolkas som att de känslor han/hon har är så svåra att inte ens terapeuten står ut med dem vilket troligen försämrar alliansen; empati är enligt Bohart et al. (2002) är en trolig förutsättning för bildandet av relationen mellan terapeuten och klienten och för att klienten skall känna sig förstådd.

Personligt obehags-dimensionen är inte den enda som har ett signifikant negativt samband med allians. Fantasidimensionen har ett starkt, signifikant negativt samband med klientens skattning av allians å ena sidan generellt och å andra sidan gällande klientens upplevelse av att man ägnar sig åt rätt uppgifter i terapin (*Task*). *Fantasi* (FS) hör till den kognitiva domänen av empati (Davis, 1980a; 1983) och skall avspegla hur väl en person tycker sig kunna identifiera sig med fiktiva karaktärer eller kan förflytta sig själv till fiktiva situationer. Den andra kognitiva empatidimensionen är *Perspektivtagning* (PT) och den har ett signifikant negativt samband med klientens skattning av det emotionella bandet (*Bond*). Det är svårt att hitta några möjliga förklaringar till detta utifrån bakomliggande teori. De flesta terapeuter skulle antagligen anse att dessa förmågor är viktiga för terapin och för byggandet av alliansen. Möjligtvis kan man tänka sig att om man som terapeut har lätt för att leva sig in i det som klienten berättar så kanske man inte utforskar det klienten berättar i samma utsträckning som man hade gjort om man inte haft samma förmåga till inlevelse. Detta resonemang går däremot emot det Bohart et al. (2002) säger om att

empati troligtvis gynnar utforskande och meningsskapande.

Empati verkar inte ha något samband med hur väl terapeutens och klientens bild av alliansen stämmer överens. Det finns endast två signifikanta samband mellan empati och differensmättet på hur lika terapeuten och klienten upplever alliansen. Det ena är ett positivt samband mellan fantasidimensionen och det emotionella bandet (*Bond*) och det andra är ett starkt negativt samband med hur lika terapeuten och klienten upplever att de strävar mot samma mål i terapin (*Goal*). Det som komplicerar tolkningen av dessa samband är att de går åt olika håll. Det är möjligt att detta är slumpmässiga samband eftersom empati inte verkar korrelera med någon av de andra differensmåten mellan klientens och terapeutens upplevelse av alliansen.

Enligt Bohart et al. (2002) har terapeutens empatiska funktion och utfall ett lika starkt samband som allians och utfall har. I den här undersökningen så har terapeutens empatiska förmåga och hur nöjd klienten är med sin terapi inga signifikanta samband. Eftersom inga utfallsmått är tillgängliga i den här studien är det svårt att se om det Bohart et al. (2002) funnit i sin metaanalys gäller även i den här undersökningen men man kan samtidigt tänka sig att om klienten är nöjd med sin terapi så borde det betyda att klienten anser att terapin hjälper henne/honom på något sätt vilket kan liknas vid ett mycket generellt utfallsmått. Den enda dimensionen som har ett signifikant samband med klientens tillfredsställelse med terapin är personal distress och sambandet är negativt. Precis som tidigare sagts så kan man tänka att klienten är mer nöjd med sin terapi (som terapeuten är en del av) om terapeuten inte påverkas negativt av klientens svårigheter.

### **Allians och tillfredsställelse med terapin**

Klienterna i den här studien har ett signifikant högre medelvärde på hur tillfredsställda de är med terapin än det referensmått som Attkisson och Zwick (1982) anger vilket bidrar till tanken att klienterna på den här mottagningen generellt sett är nöjda med den terapi de får på mottagningen. Klienternas bedömning av alliansen korrelerar genomgående signifikant och starkt positivt med tillfredsställelsen av terapin. Detta kan betyda att klienten upplever terapin som bra eftersom de upplever sig ha en god allians till sin terapeut men det kan också vara så att de är nöjda med terapin och därför blir mer öppna för att skapa en god allians till sin terapeut. Vilket som kommer först kan man aldrig riktigt reda ut framförallt eftersom tillfredsställelse och allians mäts samtidigt i den här studien och det vi ser här är ett samband, vilket inte säger något om kausalitet.

## **Styrkor och svagheter med undersökningen**

Studien har dålig power, dvs. sannolikheten att studien visar ett signifikant resultat om hypotesen är sann är liten (Aron, Aron & Coups, 2006), främst på grund av ett litet antal deltagare. Detta gör det svårt att lita på resultaten av den här undersökningen framför allt på avsaknaden av statistiska samband (fel av typ-II). Ett problem i den här studien är att det är 14 variabler som korrelerats med varandra. Desto fler enskilda korrelationer det blir desto större är risken att man hittar ett samband av slumpen vilket i så fall leder till att man gör fel av typ-I (M. Wångby Lundh, personlig kommunikation 2011-04-29).

Trots det stora antal paket som delades ut, 140 st terapeutkuvert och 140 klientkuvert kom endast 23 terapeut- och 19 klientkuvert tillbaka. Av dessa kunde 12 kuvert paras ihop. Detta stora bortfall kan ha haft flera orsaker. Distributionen gick genom terapeuternas handledare och då vissa vid utlämningsstillfället av olika anledningar inte kunnat lämna ut dem i handledningsgrupperna direkt så kan ett flertal terapeuter valt att inte delta då tiden till inlämning var relativt kort. Om en liknande undersökning skulle göras igen vore det bra att distribuera och samla in material under en längre tidsperiod om det är möjligt. Ett annat skäl kan vara att några terapeuter var i början av terapin och hade sin allra första klient. Möjligtvis kan några av dessa terapeuter ha tvekat över hur de skulle presentera kuvertet för klienten och varit oroliga att det skulle påverka den pågående terapin. Information om undersökningen skickades ut via mejl, både till terapeuterna och handledarna. Möjligtvis kan det vara så att informationsmejllet försvunnit i mängden. Många studenter söker deltagare till olika projekt och det kan tänkas att vissa studenter inte ens brytt sig om att läsa informationen och en undersökning som man inte vet så mycket om kan då uppfattas som tveksam att delta i. Samtidigt var det viktigt att låta samtliga terapeuter få avgöra huruvida de ville delta eller inte; det vore oetiskt om terapeuterna hade känt sig pressade att delta mot sin vilja. Det var av detta skäl som handledarna uppmanades att bara dela ut paketen, utan att förklara för mycket, eftersom det skulle kunnat bidra till att terapeuterna kände sig uppmanade att delta. Samtidigt har det förmodligen påverkat deltagandet negativt att handledarna inte kunde ge någon närmare information om undersökningen. Möjligtvis hade detta kunnat lösas om handledarna hade haft mer tid på sig att ställa frågor om undersökningen och på det viset själv förbereda sig bättre vid överlämnandet. Ytterligare en tänkbar anledning till det låga deltagandet kan vara att terapeuter inte deltar i samman utsträckning som klienter när det handlar om att fylla i formulär gällande den egna personen eller rollen som terapeut (Sandell, 2008; H. Johansson, personlig kommunikation 2010-11-26). Det kan möjligtvis, för vissa terapeuter, handla om en rädsla för att visa sig vara en ”dålig”

terapeut men detta kan omöjligt vara den enda orsaken. Att utforska vilka dessa orsaker kan vara skulle vara en intressant uppgift i sig själv.

En uppenbar nackdel med Ögontestet är att det är foton och inte levande personer försökspersonen skall titta på samt att det inte egentligen finns ett enda rätt svar. De målord och distraktorer som testet innehåller är ett urval av ord som testkonstruktörerna gjort och ”rätt” ord är det som flest försökspersoner valt ut som det som passar bäst in. Den omedelbara associationen till ett ord kan eventuellt brytas om försökspersonen inte hittar det ord som han/hon direkt kom att tänka på och att i det läget välja ett annat ord blir istället en form av problemlösning; försökspersonen får istället försöka att logiskt resonera sig fram till det ord som passar bäst eller minst dåligt. Det kan finnas en risk för en viss selektionseffekt, dvs. att de terapeuter som känner sig säkra på att läsa av ansiktsuttryck valde att delta, medan de som kände sig mer osäkra valde att avstå. En fördel med ögontestet är dock att det är omöjligt att svara så som man tror att man som terapeut bör svara, sk. konfirmeringsbias. Risken för konfirmeringsbias är däremot en stor nackdel hos DIRI. Det finns förväntningar på terapeuter både utifrån och inifrån kåren att vara empatiska och därför är det en stor risk att terapeuterna i den här undersökningen har svarat så som de tror att de bör svara snarare än som de egentligen vill svara. Att som i den här undersökningen låta samtliga försökspersoner vara helt anonyma är ett sätt att underlätta för dem att svara så sanningsenligt som möjligt.

Mottagningen vid institutionen för psykologi i Lund har varje år runt 150 terapeuter i terapier med ”riktiga” klienter med ”riktiga” problem. Det stora antalet behandlare är svårt att hitta i någon annan klinisk kontext vilket gör mottagningen till en utmärkt plats att studera just terapeutfaktorer på. Ytterligare fördelar med studien är att risken för att terapeuter eller klienter skulle känna sig pressade att delta på något sätt begränsades tack vare distributionsförfarandet samt att terapeuterna genom kodnumren hade möjlighet att vara helt anonyma. Terapeuternas anonymitet var extra viktig då författaren själv är en av de terapeuter som bedriver terapi på mottagningen samt att de formulär som fylldes i kan upplevas avslöja känslig information om den enskilda terapeuten. Möjligheten till anonymitet gavs även klienterna, både gentemot författaren och gentemot den terapeut som har klienten i behandling.

### **Vidare forskning**

Det vore intressant att göra en replikation av studien, med en förhoppningsvis högre svarsfrekvens, och se om resultaten fortfarande inte visar några tecken på att terapeutens mentalisering har ett

samband med klientens upplevelse av alliansen eller att mentalisering och empati så som det mäts här inte verkar ha ett samband.

Vidare vore det intressant att undersöka om det är så att klienten och terapeuten skattar olika saker när de skattar allians då dessa skattningar inte korrelerar signifikant med varandra exempelvis genom att intervjua terapeuten och klienten om hur de ser på allians.

Möjligtvis skulle man kunna hitta ett sätt att undersöka klientens och terapeutens mentaliseringsförmåga och jämföra dessa och möjligtvis koppla dessa differenser till allians eller tillfredställelse med terapin. Om det är som Diamond et al. (2003) skriver att det mest gynnsamma för klienten är en komplementär mentaliseringsförmåga så vore det intressant att se om detta påstående håller även utanför den population hon undersökt, nämligen klienter med borderline personlighetsstörning.

Slutligen vore det intressant att i en större grupp terapeuter undersöka om manliga terapeuter även där skattar sig som mer empatiska än ”vanliga” män. Man kan möjligtvis tänka sig att, i det här fallet, de män som har ett starkt intresse för andra människors inre liv i högre utsträckning väljer att bli psykologer och terapeuter.

## Referenser

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review* 23(1), 1-33.
- Allen, J. G. (2008). What is mentalizing and why do it? Hämtad 2011-03-18 från <http://mentalizacion.com.ar/images/notas/What%20is%20Mentalizing%20and%20why%20do%20it.pdf>
- Andersson, G., & Mörtberg, E. (2008). Verksamma mekanismer i kognitiv och beteendearikad terapi (KBT). I B. Philips & R. Holmqvist (Red.), *Vad är verksamt i psykoterapi* (pp.68–98). Stockholm: Liber.
- Aron, A., Aron, E. N., & Coups, E. J. (2006). *Statistics for psychology*. Upper Saddle River N.J: Pearson Prentice Hall.
- Arthur, A. R. (2001). Personality, epistemology and psychotherapists choice of theoretical model: a review and analysis. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 4(1), 45-64.
- Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire: psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning* 5(3), 233-237.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance–outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75(6), 842-852.
- Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997a). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38(7), 813-822.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Jolliffe, T. (1997b). Is there a “language of the eyes”? Evidens from normal adults, and adults with autism or asperger syndrome. *Visual Cognition* 4(3), 311-331.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” test revised version: A study with normal adults, and adults with asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 42(2), 241-251.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, M. T., Talebi, H., Noble, S., & Wong,

- E. (2004). Therapist variables. I M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavioral change* (pp.227–306). New York: Wiley.
- Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, *64*(6), 1276-1284.
- Bohart, A. C., Elliot, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contribution and responsiveness to patients* (pp. 89-108). Oxford: Oxford university press.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. I A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: theory, research , practice* (pp. 13-37). New York: Wiley.
- Botella. L., Corbella, S., Belled, L., Pacheco, M., Gómez, A. M., Herrero, O., et al. (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research* *18*(5), 535-542.
- Burns, D. D., & Nolen- Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* *60*(3), 441-449.
- Busseri, M. A., & Tyler, J. D. (2003). Interchangeability of the working alliance inventory and working alliance inventory, short form. *Psychological Assessment* *15*(2), 193-197.
- Cliffordsson, C. (2002). The hierarchical structure of empathy: Dimensional organization and relation to social functioning. *Scandinavian Journal of Psychology* *43*, 49-59.
- Davis, M. H. (1980a). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology* *10*, 85-103.
- Davis, M. H. (1980b). Hämtad 2011-04-11 från <http://www.eckerd.edu/academics/psychology/files/IRI%20Means%20and%20Standard%20Deviations.pdf>
- Davis, M. H. (1983). The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A multidimensional approach. *Journal of Personality* *51*(2), 167-184.
- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the*



- Menninger Clinic* 67(3), 227-259.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(3/4), 288-328.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). Hämtad 2011-04-28 från <http://mentalizacion.com.ar/images/notas/Reflective%20Functioning%20Manual.pdf>
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. New York: Basic Books.
- Fuertes, J. N., Mislawack, A., Brown, S., Gur-Arie, S., Wilkinson, S., & Gelso, C. J. (2007). Correlates of the real relationship in psychotherapy: A study of dyads. *Psychotherapy Reserach* 17(4), 423-430.
- Garfield, S. E., & Bergin, A. E. (Eds.). (1986). *Handbook of psychotherapy and behavioral change*. New York: Wiley.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (2004). Cognitive and cognitive behavioral therapies. I M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavioral change* (pp.447–492). New York: Wiley.
- Holmqvist, R., & Lilliengren, P. (2008) Integrativa psykoterapimodeller. I B. Philips & R. Holmqvist (Red.), *Vad är verksamt i psykoterapi* (pp.140–159). Stockholm: Liber.
- Holmqvist, R. (2008). Behandlingsrelationens betydelse för utfallet. I B. Philips & R. Holmqvist (Red.), *Vad är verksamt i psykoterapi* (pp.211–228). Stockholm: Liber.
- Homqvist, R., & Philips, B. (2008). Verksamma mekanismer och evidensfrågan. I B. Philips & R. Holmqvist (Red.), *Vad är verksamt i psykoterapi* (pp.229–240). Stockholm: Liber.
- Holmqvist, R. (2007). *Relationella perspektiv på psykoterapi*. Stockholm: Liber.
- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. *Psychotherapy Research* 15(1-2), 3-7.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology* 56(2), 163-173.
- Horvath, A. O., & Bedi, P. B. (2002). The alliance. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contribution and responsiveness to patients* (pp. 37-69). Oxford: Oxford university press.
- Hotvath, A. O., & Greenberg. L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology* 36(2), 223-233.

- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 38(2), 139-149.
- Igra, L. (2002). *Objektrelationer och psykoterapi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Kendall, P. C., Holmbeck, G., & Verduin, T. (2004). Methodology, design and evaluation in psychotherapy research. I M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavioral change* (pp.16–43). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (2004). Introduction and historical overview. I M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavioral change* (pp.3–15). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavioral change* (pp.139–193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contribution and responsiveness to patients* (pp. 17-32). Oxford: Oxford university press.
- Larsen, D. L. Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning* 2(3), 197-207.
- Lindgren, O., Folkesson, P., & Almqvist, K. (2009). Psykoterapiens ”g-faktor”:  
Sammanfattning av aktuell forskning. *Läkartidningen* 106(37), 2285-2289.
- Liotti, G., & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 84, 9-25.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., et al. (2002). The dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clinical Psychology: Science and practice* 9(1), 2-12.
- Lundh, L-G. (2010) Psykoterapiforskning. Hämtad 2011-03-15 från Lunds Universitet, Institutionen för Psykologi, <http://www.psychology.lu.se/upload/psykologi/pst/Dag3Psykoterapiforskning.pdf>
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002) Let’s face facts. Common factors are more potent

- than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and practice* 9(1), 21-25.
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2002). Attachment style. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contribution and responsiveness to patients* (pp. 367-382). Oxford: Oxford university press.
- Norcross, J. C. (1995). Dispelling the dodo bird verdict and the exclusivity myth in Oxford psychotherapy. *Psychotherapy* 32(3), 500-504.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contribution and responsiveness to patients* (pp. 3-16). Oxford: Oxford university press.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2006). The therapy relationship. I J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 208-218). Washington DC: American Psychological Association
- Philips, B., & Homqvist, R. (2008). Inledning. I B. Philips & R. Holmqvist (Red.), *Vad är verksamt i psykoterapi* (pp.9–26). Stockholm: Liber.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford.
- Rydén, G., & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering: Att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Safran, J. D., & Muran, C. J. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Sandell, R. (2008). Patienten och terapeuten, två avgörande faktorer. I B. Philips & R. Holmqvist (Red.), *Vad är verksamt i psykoterapi* (pp.180–210). Stockholm: Liber.
- Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., & Blomberg, J. (2002). Varieties of psychotherapeutic experince. *European Psychotherapy* 3(1), 3-16.
- Sandell, R., Homqvist, R., & Philips, B.(2008). Vad hjälper i psykodynamisk terapi. I B. Philips & R. Holmqvist (Red.), *Vad är verksamt i psykoterapi* (pp.27–48). Stockholm: Liber.
- Söderstrand, P. (2006) Adult eyes test – svenska. Hämtad 2011-02-08 från Autism research center, [http://www.autismresearchcentre.com/tests/eyes\\_test\\_adult.asp](http://www.autismresearchcentre.com/tests/eyes_test_adult.asp)
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events

- in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research* 17(3), 310-320.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological assessment* 1(3), 207-210.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005) Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914-923.
- Wennerberg, T. (2010) *Vi är våra relationer: om anknytning, trauma och dissociation*. Stockholm: Natur och kultur.
- Werbart, A., Lilliengren, P., & Philips, B. (2008). Patienters syn på vad som är verksamma faktorer. I B. Philips & R. Holmqvist (Red.), *Vad är verksamt i psykoterapi* (pp.160–179). Stockholm: Liber.
- Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: to call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology* 50(2), 314-321.

KODNUMMER: \_\_\_\_\_

# CSQ - Client satisfactory questionnaire

(pågående terapi)

Var vänlig och hjälp oss att förbättra vår behandling genom att svara på några frågor om den terapi som du får. Vi är intresserade av dina ärliga svar, oberoende om de är positiva eller negativa eller om terapin pågått kort eller lång tid. *Var vänlig och besvara alla frågor.* Vi välkomnar också dina kommentarer och förslag. Tack så mycket! Vi uppskattar verkligen din hjälp!

## SÄTT EN RING RUNT DINA SVAR

1. Hur bedömer du kvaliteten på den terapi du får?

*Utmärkt**Bra**Måttlig**Dålig*

2. Fick du den terapi du önskade?

*Nej, definitivt inte**Nej, egentligen inte**Ja, i stort sett**Ja, definitivt*

3. I vilken utsträckning svarar vår behandling mot dina behov?

*Nästan alla mina  
behov möts**De flesta av mina  
behov möts**Bara några få av mina  
behov möts**Inget av mina  
behov möts*

4. Om en vän var i behov av liknande hjälp skulle du då rekommendera vår mottagning till honom eller henne?

*Nej, definitivt inte**Nej, jag tror inte det**Ja, jag tror det**Ja, definitivt*

5. Hur nöjd är du med omfattningen av den hjälp du får?

*Helt otillfredsställd**Likgiltig eller  
något otillfredsställd**Till största delen  
tillfredsställd**Mycket tillfredsställd*

6. Kan terapin du får hjälpa dig att på ett bättre sätt handskas med dina problem?

*Ja, den kan hjälpa**Ja, till viss del**Nej, egentligen inte**Nej, jag tror det blir värre*

*en hel del*

7. Totalt sett, hur tillfredställd är du med terapin du får?

*Mycket tillfredställd*

*Till största delen  
tillfredställd*

*Likgiltig eller  
något otillfredställd*

*Helt otillfredställd*

8. Om du skulle söka hjälp igen, skulle du komma tillbaka till vår mottagning?

*Nej, definitivt inte*

*Nej det tror jag inte*

*Ja, jag tror det*

*Ja, definitivt*

Övriga kommentarer:

## **Information om undersökning vid Psykoterapimottagningen, Lunds Universitet**

Du som terapeut under utbildning tillfrågas härmed om deltagande i en undersökning som kommer att presenteras i en psykologexamensuppsats. Ditt deltagande är självklart helt frivilligt och anonymt.

**Syfte:** att undersöka interpersonella faktorer hos terapeuter och om det finns ett samband mellan dessa och upplevelsen av allians.

Den forskning som görs idag när det gäller terapeuters egenskaper och bidrag till terapin är främst inriktad på metod-trogenhet, grad av utbildning och erfarenhet. Nästan ingen forskning alls bedrivs om terapeuters interpersonella egenskaper, vilka de skulle kunna vara och vad de bidrar med i terapin.

**Omfattning:** Undersökningen kommer innehålla 5 olika formulär där terapeuten fyller i 3 och klienten ombeds fylla i 2. Formulären är Reading the mind in the Eyes-testet (Ögontestet), Davis Interpersonal Reactivity Index (DIRI), Working Alliance Inventory-Short, terapeut- och klientskattning (WAI) och Client Satisfaction Questionnaire (CSQ).

### **Hur går det till?**

- Handledarna kommer att förmedla paket till terapeuterna i sina handledningsgrupper. Varje paket innehåller två kuvert, ett till terapeuten och ett som terapeuten lämnar vidare till sin klient.
- Terapeutens kuvert innehåller ett informationsbrev om undersökningens genomförande, Ögontestet, DIRI och WAI. Det beräknas ta c:a 30-40 minuter allt som allt för terapeuten att fylla i formulären. Ögontestet tar längst tid, c:a 20minuter.
- Klientens kuvert innehåller ett informationsbrev där klienten tillfrågas om

deltagande, WAI samt CSQ och beräknas ta 5 - 10 minuter att fylla i. Du som terapeut behöver inte övertala din klient att delta utan bara förmedla kuvertet och säga att det gäller en undersökning som görs på mottagningen där alla terapeuter och klienter ombeds att delta.

- Alla formulär i ett paket kommer att vara försedda med samma slumpvis utvalda kodnummer. Detta gör att terapeutens och klientens data kan kopplas samman, samtidigt som båda är helt anonyma. Det kommer inte att gå att avgöra vilka som valt att delta och vilka som valt att avstå.
- Terapeut och klient skall fylla i sina formulär var för sig utanför sessionen. Var och en klistrar sedan igen kuverten och lägger dem i brevlådan märkt ”mottagningsprojektet” i väntrummet.
- Materialet kommer sedan att bearbetas statistiskt, på gruppnivå, och inga andra än undertecknade kommer att ha tillgång till materialet. Allians- och CSQ-skattningarna kommer att, på gruppnivå, användas av mottagningen som ett led i kvalitetssäkringsarbetet.

**Etik.** Distributionen av materialet och genomförandet har valts för att säkerställa fullständig anonymitet för både terapeut och klient.

**Resultat.** Undersökningens resultat kommer att presenteras i form av en psykologexamensuppsats och alla terapeuter kommer erbjudas möjlighet att delta vid uppsattsseminariet och där ta del av resultaten.

**Frågor?** Om du har frågor är du välkommen att vända dig till:

**Maria Lilja**, psykologkandidat.

Tel: 070-5667166,

E-post: [maria.lilja.509@student.lu.se](mailto:maria.lilja.509@student.lu.se)

**Margit Wångby Lundh**, handledare.

E-post: [Margit.Wangby@psychology.lu.se](mailto:Margit.Wangby@psychology.lu.se)

**Gunvor Stenlund**, förståndare för Psykoterapimottagningen.

E-post: [Gunvor.Stenlund@psychology.lu.se](mailto:Gunvor.Stenlund@psychology.lu.se)



*Instruktionsbrev Klient*

- Vi ber dig ta dig tid att fylla de korta formulär som följer med detta kuvert. Det ger oss viktig information om behandlingen som bedrivs här på mottagningen. Det är helt frivilligt och du är helt anonym.
- Kodnumret på formulären gör att vi kan para ihop dina svar med din terapeuts svar, men det är omöjligt att identifiera någon individ.
- Det är två formulär:  
WAI handlar om hur du upplever relationen mellan dig och din terapeut  
CSQ handlar om hur du upplever den behandling du får här på mottagningen.  
Information om hur de fyller i dem hittar du på respektive formulär.
- Din terapeut kommer inte att se dina svar. Du lägger dina formulär i kuvertet märkt **K** och lägger det i brevlådan märkt ”mottagningsprojektet” i väntrummet **senast den 1 april.**
- Resultaten kommer att presenteras i en psykologexamensuppsats.

*Stort tack för din medverkan!*

Om du har frågor är du välkommen att kontakta någon av oss:

Maria Lilja, psykologkandidat

E-post: maria.lilja.509@student.lu.se

Telefon: 070 – 566 71 66

Margit Wångby Lundh, handledare

E-post: Margit.Wangby@psychology.lu.se

Gunvor Stenlund, föreståndare psykoterapimottagningen

E-post: Gunvor.Stenlund@psychology.lu.se

**KOD:** \_\_\_\_\_**Instruktionsbrev - Terapeut**

- Kuvertet märkt **K** ber jag dig att lämna till din klient. Du behöver inte övertala din klient att delta. Du behöver bara upplysa klienten om att detta är en undersökning som pågår på mottagningen och att alla terapeuter och klienter ombeds att delta samt att alla kommer att vara helt anonyma. Klienten har ett eget informationsbrev i sitt kuvert.
- Kodnumret som står på formulären gör att vi kan para ihop dina svar med din klients svar, men det är omöjligt att identifiera någon individ
- Du har nu tre formulär framför dig. Att fylla i dem kommer att ta c:a 30-40 minuter och ögontestet är det som kommer att ta längst tid.
- När du är klar och har fyllt i formulären lägger du dem i kuvertet märkt **T**, försluter det och lägger det i brevlådan märkt ”mottagningsprojektet” i väntrummet **senast 1 april**.

*Stort tack för din medverkan!*

*På nästa sida vill jag be dig att fylla i några kompletterande uppgifter.*

*Kryssa för ditt svar.*

**Kön:**

Kvinna

Man

**Psykoterapeutisk  
metod?**

KBT

Psykodynamisk

**Hur var det omkring dig när du gjorde ögontestet?**

**Kryssa i det alternativ som bäst beskriver hur det var. Du kan kryssa i flera alternativ och lämna ytterligare information nedan.**

Hemma i lugn och ro

Det var stimmigt och stökigt runt omkring

Jag blev avbruten och fick fortsätta senare

Jag gjorde hela testet på en gång

Jag var ensam i rummet

**Övrig information:**