



LUNDS  
UNIVERSITET

Institutionen för Psykologi

*Samtalstid, allians och kön*

Johan Hagström,  
Helene Niklasson

Psykoterapiprogrammet  
Magisteruppsats vt 2012

Handledare Ann-Marie Lundblad

## ABSTRACT

The present study examined the relationship between perceived speech-time, therapeutic alliance, and gender in couples therapy. The aim was to investigate if there were any gender differences in therapeutic alliance and if male clients needed to rate themselves as having more perceived speech-time than female clients in order to remain in therapy. A quantitative method was used as well as questionnaires. SPSS was used to analyse the data. Participants consisted of twenty-one couples from three different family therapy clinics. Results showed that there was no relationship between perceived speech-time and alliance. A difference between alliance and gender was on the other hand found. Males were more likely to rate themselves as having a good alliance with the therapist than were females. The present study provides us with a better theoretical understanding of why people leave therapy. To reduce attrition rates it may be important for therapists to focus more on creating a good alliance with female clients than with male clients, as well as to consider any gender differences in the therapeutic process.

Key words: Family therapy, Couples therapy, Alliance, Speech- time, Gender

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>Abstract</b>	s. 1
<b>Innehållsförteckning</b>	s. 2
<b>Introduktion</b>	s. 5
Teoretisk bakgrund	s. 5
<i>Parterapi – olika inriktningar inom behandlingsfältet.</i>	s. 5
<i>Systemisk teori</i>	s. 6
<i>Lösningsfokuserad terapi</i>	s. 6
<i>Kognitiv teori</i>	s. 6
<i>Emotionellt fokuserad terapi</i>	s. 7
<i>Psykoanalytiskt inriktad teori</i>	s. 7
<i>Beteendeterapi.</i>	s. 7
<i>Pedagogisk metod</i>	s. 7
Tidigare forskning	s. 7
<i>Evidens för familje- och parterapi</i>	s. 7
<i>Man kan då ställa sig frågan; vad är verksamt i psykoterapi?</i>	s. 8
<i>Allians</i>	s.10
<i>Historik om alliansbegreppet</i>	s.10
<i>Forskning om allians</i>	s.11
<i>Könsskillnader</i>	s.12
Syfte	s.15
Frågeställning	s.15
<b>Metod</b>	s.16
Deltagare	s.16
Material	s.16
<i>Självskattningsformulär upplevd samtalstid</i>	s.16
<i>Självskattningsformulär SRS</i>	s.16
<i>Bakgrundsdata</i>	s.17
Procedur	s.17
Analys	s.18
Etiskt övervägande	s.18
<b>Resultat</b>	s.19

Fördelning av upplevd samtalstid	s.20
<i>Sammanfattning av upplevd samtalstid</i>	s.20
Parvis jämförelse av upplevd samtalstid	s.20
<i>Upplevd samtalstid män</i>	s.20
<i>Upplevd samtalstid kvinnor</i>	s.21
<i>Sammanfattning av par och upplevd samtalstid</i>	s.21
Jämförelser mellan upplevd samtalstid och alliansvärden för män och kvinnor	s.21
<i>Kolumnerna</i>	s.21
<i>Upplevd samtalstid och allians män och kvinnor</i>	s.22
<i>Sammanfattning jämförelse allians och upplevd samtalstid</i>	s.22
Allians och upplevd samtalstid för män respektive kvinnor	s.22
<i>Mäns upplevda samtalstid</i>	s.22
<i>Mäns allians</i>	s.23
<i>Mäns upplevda samtalstid vid god allians</i>	s.23
<i>Mäns upplevda samtalstid vid dålig allians</i>	s.23
<i>Sammanfattning män upplevd samtalstid och allians</i>	s.23
<i>Kvinnors upplevda samtalstid</i>	s.24
<i>Kvinnors allians</i>	s.24
<i>Kvinnors upplevda samtalstid vid god allians</i>	s.24
<i>Kvinnorsupplevda samtalstid vid dålig allians</i>	s.24
<i>Sammanfattning kvinnors upplevda samtalstid och allians</i>	s.24
<i>Sammanfattning kön</i>	s.24
Procentuell fördelning av alliansvärden och kön	s.25
<b>Diskussion</b>	s.25
Metoddiskussion	s.25
<i>Resultatets tillförlitlighet</i>	s.26
Resultatdiskussion	s.26
<i>Upplevd samtalstid, allians och kön</i>	s.26
<i>Gruppen med blandad skattning av allians</i>	s.28
<i>Författarna funderar om psykoterapeutiska metoder påverkar     det ojämna resultatet av allians</i>	s.29
Nyttan av studien och eventuella fortsatta studier	s.30

<b>Referensi</b>	s.33
Bilaga 1	s.35
Bilaga 2	s.36
Bilaga 3	s.37
Bilaga 4	s.38

Familjerådgivning är en frivillig verksamhet dit par söker sig som har problem med sin relation. I Lundblads studie (2005) framkommer att många par har allvarliga problem. Många besökare går bara på ett samtal. Erfarenheten bland familjerådgivare är att kvinnan i paret oftast under en längre tid försökt motivera sin man att följa med till familjerådgivning (Lundblad, 2005). När män kontaktar familjerådgivningen sker det oftast då kvinnan uttrycker att hon vill skilja sig från mannen. Kvinnan är initialt oftast mer motiverad till familjerådgivning än mannen medan mannen ofta uttrycker sig positiv över rådgivningen redan under första samtalet. I familjerådgivningen verksamhetsområde finns en erfarenhet av könsskillnad avseende vilket kön som kontaktar familjerådgivningen, vad som föranleder kontakten med familjerådgivningen och olika grad av motivation hos kvinnan och mannen till familjerådgivning. Det finns också en erfarenhet bland familjerådgivare att flera par avbryter behandlingen i förtid, kanske på grund av att den ena parten i paret inte vill fullfölja terapin. Vem i paret som väljer att avbryta behandlingen vet sällan familjerådgivaren något om. Men det finns hos många familjerådgivare antaganden om att någon i paret, mannen eller kvinnan, har fått för lite samtalstid under sessionen. Frågor som är relevanta för parbehandling kan därför vara; finns det något samband mellan upplevd samtalstid och allianskapande inom parbehandling? Om så föreligger ser sambandet olika ut för mannen respektive kvinnan i paret? Alliansskapande är betydelsefullt för att motverka behandlingsavbrott (Philips & Holmqvist, 2008). Om den upplevda samtalstiden har betydelse för allianskapandet är det per automatik en viktig faktor för att motverka avbrott. Är det så att mannen eller kvinnan har en större risk för avbrott blir det viktigt för terapeuten att veta vem i paret man behöver fokusera allianskapandet på. Dessutom kan det vara betydelsefullt för terapeuten att veta om upplevd samtalstid kan vara ett effektivt verktyg för att motverka avbrott. För att få svar på ovanstående frågeställningar genomför vi en kvantitativ pilotstudie.

### *Teoretisk bakgrund*

*Parterapi – olika inriktningar inom behandlingsfältet.* Par söker ofta hjälp för kommunikationsproblem som resulterat av att man har slutat att prata med varandra, eller att man har svårighet att lösa problem. Det kan ta sig uttryck i gräl om vardagliga

sysslor, barnuppfostran, ekonomi eller förhållandet till eller frekvens av närhet och intimitet (Hansson, 2001). Det psykoterapeutiska arbetet med par syftar till att förändra interaktionen mellan parterna eller minska symtom hos de enskilda parterna (Hansson, 2001). Arbetet kan inriktas på normala kriser i parförhållandet som orsakas av förändringar i parets livscykel. Inriktningen kan också vara extraordinära kriser i parförhållandet, som att någon blir sjuk, att man får ett sjukt barn, arbetslöshet, våld och misshandel, missbruk eller hot om skilsmässa (Hansson, 2001). På 1960-talet började man träffa par tillsammans. Arbetet byggde på samspelsmodeller i samband med att systemteori utvecklades. Utvecklingen har gått vidare och beteendeterapi, kognitiva insatser, insiktsorienterade och emotionellt inriktade behandlingsmetoder har varit framträdande under olika perioder. Det flesta familjerådgivare använder en integrerad ansats (Lundblad, 2005). En kort sammanfattning av olika inriktningar följer nedan. Den är hämtat från Lundblads (2005) avhandling, *Kärlek och Hälsa*.

*Systemisk teori.* Grundläggande teori om relationer, påverkan och sammanhang, används för att skapa förståelse för hur parterna påverkar varandra genom sitt beteende och känslomässiga utspel. De sociala distinktioner som görs kopplas till begrepp som makt och kontroll till skillnad från könsskillnader. Teorin betonar förhållandet mellan somatiska, kognitiva och emotionella nivåer samt kommunikationsstrukturer i sociala system (Olsson & Petitt, 1999). Oklar kommunikation anses vara ett viktigt problem och interaktionen mellan människor upprätthåller problem (Lundblad, 2005). Parterapi fokuserar på hur parterna påverkar varandra genom beteende och känslomässigt agerande. Man poängterar parternas delaktighet och ansvar för hur relationen fungerar och arbetar med process och innehåll (Hansson, 2001). Cirkularitet och ömsesidig påverkan står här i fokus (Lundblad, 2005).

*Lösningsfokuserad terapi.* Inom lösningsfokuserad terapi inriktar man sig på framtid och på resurser som möjligheter. Terapeuten fokuserar på skillnader mellan undantag och problem för att förstärka det positiva. I terapin pekar man på resurser och möjligheter snarare än att upprepa och diskutera problem (Hansson, 2001). Den lösningsfokuserade metoden har sin grund i narrativ och språkssystemisk teori (Lundblad, 2005).

*Kognitiv teori, KBT.* Tidigare upplevelser ger mening åt det som sker. Problemet är ett dysfunktionellt tänkande som härstammar ur dysfunktionella antaganden. I parterapi försöker man klarlägga tolkningar och förvrängningar som

härifrån från tidigare erfarenheter och generaliseringar, eller begränsningar i medvetandet som leder till att man beaktar en del av situationen (Hansson, 2001). Det handlar om att ändra livshistorien och förväntningarna (Lundblad, 2005).

*Emotionellt fokuserad terapi, EFT.* Inriktningen har kopplingar till psykodynamisk teori med fokus på att exponera känslor och störningar i relationen som beror på missförstådda eller dolda faktorer (Lundblad, 2005). Grunder finns i gestaltterapi, med en integration av affektiv och systemisk inriktning, samt en koppling mellan emotion, kognition och relation. Målet är att acceptera och uttrycka känslor så att intimiteten ökar (Hansson, 2001).

*Psykoanalytiskt inriktad teori.* En grundtanke inom denna teori är att parrelationen styrs av betydelsefulla omedvetna innebörder och drivkrafter. Den nära relationen rymmer spänningar mellan enskilda behov och parrelationens behov. En relationistisk modell som bygger på psykodynamisk teori är till exempel Interpersonell Terapi, IPT. Parrelationen påverkas både av intrapsykiska och interpersonella processer. I terapi tydliggörs därmed gemensamma medvetna och omedvetna bilder av relationen och interaktionen. Förståelsen av dessa processer kan ge möjlighet till ömsesidig växt och utveckling (Hansson, 2001).

*Beteendeterapi.* Beteendeariktad parterapi som baseras på social inlärningsteori handlar om att uppmärksamma, förstärka och upprepa positiva interaktioner mellan parterna. Problemfokuseringen är dålig kommunikation och problemlösningsförmåga. Terapeuten hjälper paret med positiva tolkningar istället för att ge beteenden negativ innebörd (Hansson, 2001). Hemuppgifter används för att hjälpa paret till förhandling och förändrat samspel (Lundblad, 2005).

*Pedagogisk metod.* Denna metod handlar om att förmedla kunskap om utvecklingsfaser och ofta förekommande problem i parrelationer (Lundblad, 2005). Normala förändringar kan påverka parrelationen och de är ofta förenade med stress. Man arbetar med förändringsmål och förhållningssätt för att öka parets copingstrategier. Man arbetar också med kommunikation och problemlösning.

### *Tidigare forskning*

*Evidens för familje- och parterapi.* Enligt Philips och Holmqvist (2008) finns forskningsstöd för att familje- och parterapi är mer verksamt jämfört med andra psykoterapiskolors modeller vid vissa förhållanden och tillstånd, även om andra studier pekar på andra riktningar. Ett flertal studier (2008) påvisar att par och



familjeterapi ger goda behandlingsresultat vid problem i parrelation, depression, missbruk, schizofreni, anorexia nervosa och beteendestörningar hos barn och unga (Sexton et al., 2004; Sprenkle, Blow & Dikey, 1999; Sprenkle, 2003; Asen, 2002; Stratton, 2005; Pinosof & Wynne, 1995, refererat i Philips & Holmqvist, 2008).

Enligt Philips och Holmqvist (2008) är styrkan med familje- och parterapi är:

- Behandlingssystemet utvidgas genom att man arbetar med systemet och det interpersonella blir därmed tydligare för individerna i systemet.
- Förändringen får en större mening och betydelse om den sker ihop med andra personer i samma system.
- Att man träffar båda i paret eller hela familjen vilket förenklar för terapeuten att se strukturer i systemet som upprätthåller problemet.
- Det ger en utvidgad terapeutisk allians att träffa båda i paret och förändring sker därmed mer direkt (Philips & Holmqvist, 2008).

*Man kan då ställa sig frågan; vad är verksamt i psykoterapi?* Forskningsstöd finns för att olika psykoterapeutiska metoder är likvärdigt verksamma såsom t.ex. systemisk terapi, kognitiv beteendeterapi, emotionellt fokuserad terapi och psykodynamisk terapi (Philips & Holmqvist, 2008; Smith & Glass, 1977). Enligt Philips och Holmqvist (2008) påvisar andra studier att vissa psykoterapiskolors modeller är mer verksamma vid exempelvis specifika åldersgrupper och/eller diagnoser t.ex. depressioner, ätstörningar, ångestsyndrom och eller barn och ungdomar. Philips och Holmqvist (2008) konstaterar emellertid att psykoterapi är generellt verksamt vid många olika ohälsotillstånd. Vid vissa ohälsotillstånd förefaller det dock som om vissa modeller är bättre lämpade än andra. Att med säkerhet veta vilka av psykoterapiskolornas modeller som är bäst är däremot svårt att säga då nya resultat om olika terapimodellers empiriska fynd publiceras i rasande takt. Det är kanske inte den specifika psykoterapiskolorns modell eller de metods specifika inslagen som är den viktigaste frågan längre i vad som är verksamt i psykoterapi. Många terapeuter och forskare har därför inriktat sig på att undersöka vilka andra faktorer som kan påverka resultatet och vara mer betydelsefulla och avgörande än modellen/metoden (Philips & Holmqvist, 2008).

Flertalet studier (2001, 2008, 1977, 2008) har undersökt om en skillnad i behandlingsresultat kan påvisas mellan de olika psykoterapiskolornas metoder (Ahn

& Wamphold, 2001; Cuijpers, van Straten, Andersson & van Oppen, 2008; Smith & Glass, 1977; Hubble, Duncan & Miller, 2008).

Man har vetenskapligt försökt skilja ut vissa specifika faktorer som kan vara verksamma oavsett metod genom att försöka isolera moderatorerna av det metods specifika i modellen. Resultat från dessa studier påvisar att trots att metoderna är olika, så har de samma behandlingseffekt. Vissa forskare menar att det är möjligt att utfallet påvisar att det finns faktorer som är gemensamma för de olika metoderna som har stor betydelse för om psykoterapi är verksamt eller ej (t.ex. Ahn & Wamphold 200; Hubble, Duncan, & Miller, 2008).

Mycket tyder därför på att de olika psykoterapiskolornas metods specifika inslag står för en mindre del av behandlingsresultatet än de gemensamma faktorerna. (Norcross & Lambert, 2006). År 2006 publicerade Norcross och Lambert sina forskningsresultat att de metods specifika inslagen i psykoterapi endast svarade för en mindre del, 8-10 % av behandlingsutfallet (Norcross & Lambert, 2006).

Ett flertal studier har genomförts för att försöka påvisa vilka gemensamma terapeutiska faktorer som oavsett psykoterapimodell kan förklara variansen. *American Psychological Assosiations*, APA, publicerade riktlinjer för evidensbaserad psykoterapi på 1990-talet vilket skapade en stor debatt. Debatten resulterade i att en annan av APA:s sektioner tillsatte en ny arbetsgrupp där man undersökte det forskningsmässiga stödet för betydelsen av olika aspekter för behandlingsutfallet. En sammanfattning av materialet publicerades år 2002, där man identifierade elva olika relationsfaktorer som har betydelse för behandlingsutfallet i psykoterapi.

- Den terapeutiska alliansen
- Sammanhållning i gruppterapi
- Empati
- Samförstånd om mål och samarbete
- Positiv respekt
- Kongruens
- Feedback
- Arbete med alliansproblem
- Att terapeuten delger sina egna tankar och reaktioner
- Hantering av hot mot överföringen
- Kvalitén på relationella tolkningar (Philips & Holmqvist, 2008).

Forskningen har därmed kunnat urskilja och påvisa att såväl klientfaktorer och terapeutfaktorer har betydelse för utfallet. Faktorer hos klienten som påverkar behandlingsutfallet har visat sig vara; motivation, förändringsberedskap, tilltro till metod, förväntningar, hopp, social situation och personliga egenskaper som förmåga att relatera till andra personer. Faktorer hos terapeuten som påverkar behandlingsutfallet har visat sig vara; personlighet, utbildning, professionell erfarenhet, livserfarenhet, personlighet, attityd och förmåga att skapa en god relation (Ahn & Wamphold, 2001; Philips, 2008). Forskningsresultaten tyder på att terapeutens förmåga att skapa god relation med klienterna har en stor inverkan på behandlingsresultatet (Philips & Holmqvist, 2006). Norcross och Lamberts (2006) studie fann att 50 % av utfallsvariansen inte kunde förklaras av de faktorer man studerat. Klienten själv bidrog med 25 - 30 % till behandlingsutfallet med faktorer såsom motivation, kön, ålder och social tillhörighet. Terapeutens personlighet och kompetens svarade för ungefär 8 % och den terapeutiska relationen med 10 % (Norcross & Lambert 2006; Philips & Holmqvist 2008). Resultaten tyder därmed på att behandlingsutfallet påverkas i stor grad av den terapeutiska relationen, oavsett vilken psykoterapeutisk metod man använder. Dessa faktorer brukar därför räknas som en terapeutiska *common factors* (Bordin, 1979; Frank & Frank, 1991; Philips & Holmqvist, 2008). Det torde vara alldeles tydligt utifrån denna forskning att behandlingsrelationen har en betydelse för utfallet i psykoterapi (Philips & Holmqvist, 2008).

*Allians.* Enligt Svenska Akademiens ordlista är definitionen av allians - förbund (Svenska Akademiens Ordlista, 1998). Definition av terapeutisk allians är enligt Egidius - "Det skrivna eller underförstådda kontrakt som ingås mellan terapeut och en klient när en psykoterapeutisk behandling påbörjas. Denna relation ska sedan utvecklas och fördjupas under terapins lopp så att terapin kan avslutas i ömsesidigt samförstånd mellan terapeut och klient." (Egidius, 1994, s. 541).

Årtionden av forskning har påvisat att psykoterapi kan ha behandlingseffekt. Enligt Ahn och Wamphold (2001) visar en mängd studier att 75-80% av klienterna kan ha nytta av psykoterapi och även Philips och Holmqvist (2008) menar att psykoterapi har en positiv effekt.

*Historik om alliansbegreppet.* Redan under 1970-80 talet utvecklades flera olika metoder för att studera allians. I denna första fas ville man påvisa hur alliansen samvarierade med utfallet. Därefter lades större tyngd på att undersöka vilka faktorer

som bidrar till att skapa god allians under terapins förlopp och hur de olika delarna påverkar utfallet av terapin (Philips & Holmqvist, 2008).

Bordin bidrog 1979 ytterligare till alliansforskningen med en fungerande teori som senare anpassades till familjeterapin genom att beskriva olika aspekter av allians begreppet. Han beskrev alliansen som ett samförstånd mellan klient och terapeut utifrån följande tre begrepp (Bordin, 1979);

- Goal; mål för behandlingen.
- The tasks; vilka metoder man skulle använda sig av i terapin för att nå behandlingsresultat.
- The bond; känslomässigt band mellan terapeut och klient.

*Forskning om allians.* Även om det finns obesvarade frågor om kausalitet, finns det goda skäl att tro att stark allians är delvis ansvarig för goda behandlingsresultat. Därför kan en bra relation till terapeuten vara det viktigaste elementet för en verksam terapeutisk behandling (Baldwin, Wampold & Imel, 2007).

Forskning visar på att sambandet mellan god allians och gott behandlingsresultat kan påvisas redan efter ett fåtal samtal (Philips & Holmqvist, 2008; Hubble, Duncan, Scott, Miller, 1999). Alliansen är ett ömsesidigt samarbete mellan terapeut och klient som bygger på gemensamma mål och uppgifter. Men alliansen är inte bara ett beteendemässigt kontrakt utan har också en stark känslomässig komponent (Baldwin, Wampold & Imel, 2007).

Inom forskning har det visat sig att det finns ett samband mellan benägenhet att söka hjälp i psykoterapi och att genomföra terapin utan att avbryta. Förutom socioekonomisk status, klients ålder så har klientens kön visat samband mellan benägenhet att söka och genomföra en terapibehandling. Enligt studier och författarna Philips och Holmqvist söker kvinnor parterapi i större utsträckning än män. Kvinnor är vanligtvis mer benägna att försöka lösa äktenskapliga problem och är därmed i större utsträckning motiverade till parterapi än män. Män söker parterapi vanligtvis när deras partner krävt det och är inte lika motiverade till parterapi som sin partner, därav avbryter män parterapi i högre grad än kvinnor (Lundblad, 2005; Philips & Holmqvist, 2008; Pötfors & Wallhed, 2006). Philip och Holmqvist (2008) menar att en hållbar behandlingsallians aldrig utvecklas när förhoppningar om hur behandlingen

skall gå till ej infrias. Vilket i sin tur kan resultera i besvikelser och behandlingsavbrott. (Philps & Holmqvist, 2008).

*Könsskillnader.* Lundblad (2005) skriver i sin avhandling, *Kärlek och Hälsa* ”Resultaten pekar på att det är viktigt att, förutom att hjälpa paren, fokusera på och bearbeta kvinnors situation” (Lundblad, 2005, s.101). Lundblad hävdar i sin avhandling att kvinnor mår sämre i större utsträckning än män i parrelation. ”Att välja att leva i en lång relation kan betyda att man är beredd att acceptera olikheter och att anpassa sig till andra människor, vilket kanske inte alltid är positivt” (Lundblad, 2005, s.252). Lundblad (2005) påpekar, utifrån studiens resultat, att detta bör beaktas i familjerådgivningsarbetet på så vis att kvinnan ges mer utrymme. Hon föreslår att i arbetet med par använda copingstrategier, det vill säga problemlösning och utvecklande av metoder för att arbeta med känsla av sammanhang, KASAM. Detta innebär att arbeta med det som fungerar i relationen framför det dysfunktionella, vilket är av värde för att förbättra behandlingsinsatser, ett så kallat salutogent förhållningssätt. I arbete med par kan man enligt Lundblad (2005) använda sig av två olika skattningsinstrument såsom dyadisk tillfredställelse, *Dyadic Adjustment Scale*, DAS och familjeklimat, *The Family Climate Scale*, FC (närhet, distans, spontanitet och kaos). Syftet med Lundblads studie (2005) är att studera problem i parrelationer utifrån ett folkhälsoperspektiv, samt undersöka om behandling kan förbättra hälsa och relationer på kort och lång sikt. Ytterligare ett syfte med studien är ”att undersöka kvinnor och män som söker familjerådgivning, samt jämföra dessa med kliniska och icke-kliniska grupper.” (Lundblad, 2005, s. 52). Studien (2005) använder sig av självskattningsformulär där olika variabler såsom relationsvariabler, familjevariabler och individuella variabler efterforskas. Sex familjerådgivningsbyråer var med i datainsamlingen. Mätningar gjordes före behandling, efter behandling samt efter två år. Därutöver gjordes en nöjdhetsundersökning. Insamling av data gjordes konsekutivt under en tvåårsperiod. Resultaten i Lundblads studie (2005) visar på känslomässig negativ påverkan och öppen kritik inom paret, vilket hon benämner störd familjefunktion. Både män och kvinnor uppvisade allvarlig psykisk ohälsa och en låg känsla av sammanhang. Kvinnorna skattade allvarligare problem i samtliga variabler jämfört med män. Efter behandlingen skattades stora eller medelstora positiva förändringar i samtliga variabler. Kvinnor och män förändrades på ett likartat sätt. Långtidsuppföljningen visade sig bibehålla resultatet. Slutsatsen Lundblad (2005) drar är att studien är viktig för folkhälsan eftersom långvariga familjeproblem,

familjesplittringar samt familjeförändringar innebär en ökad risk för fysisk och psykisk ohälsa för både vuxna och barn. Hon anser att kvinnors situation bör speciellt beaktas.

Sammanfattningsvis utgör Lundblads avhandling (2005) en tydlig markör för att parterapeuter möter människor som mår mycket dåligt i sina relationer samt att kvinnors dåliga mående i parrelationer bör ges större utrymme. Positiva förändringar skattas efter behandling vilket styrker behovet av parrelationsarbete för att uppnå bättre hälsa och goda relationer hos berörda par (Lundblad, 2005).

Magnusson (2006) som forskat på kön i nutid har kategoriserat kön utifrån hur vi idag värderar kön. Hon menar att kulturen påverkar tolkningen av det faktum att människor i allmänhet förekommer i två biologiska kön som vanligtvis uppfattas som radikalt olika varandra. Vidare menar Magnusson (2006) att kön som skillnad är när psykologiskt kön kan ses som en inre kvalitet hos den enskilda individen och inte alltid är observerbart utifrån. Det yttrar sig i kvinnliga respektive manliga handlingar, uppfattningar och identiteter. Egenskaperna kan anses ha biologiskt ursprung eller ha uppkommit via yttre påverkan eller bådadera (Magnusson, 2006). Kön som samhällskategori menar Magnusson (2006) handlar om människans sätt att organisera sin verklighet. Vi har behov av att kategorisera människor i två kön som ses som olika eller till och med motsatta, samt också olika mycket värda, påstår Magnusson (2006). Kön som neutral faktor bygger på åsikten att kön saknar betydelse, istället är det individens egenskaper och förmågor som har betydelse. Magnussons (2006) studie tar upp nordiska heterosexuella pars vardagsliv utifrån hur de intervjuade familjerna löser olika frågeställningar i vardagen. Parundersökningen genomfördes i tre länder – Danmark, Finland och Sverige. Förutom bakgrund som ålder, uppväxt, utbildning, bostadsort och antal barn och deras ålder så handlade det om frågor som intervjuarna ställde till paren om följande områden; yrkesliv kontra familjeliv, betalda arbetet, föräldraledigheter, vardagsrutiner och hemarbetsdelningen, fritid och rörelsefrihet, samspelet i vardagen, som partners och föräldrar. Gemensamt för alla analyser var att de byggde på ett konstruktionistiskt och diskursivt synsätt på människors tal, berättelser och samspel. Detta innebär bland annat att man ser människors berättelser som existerande i ett spänningsfält mellan berättaren och samhället (Rosenwald & Ochberg, 1992, refererat i Magnusson, 2006).

Sammanfattningsvis beskriver Magnussons avhandling (2006) hur paren hade fördelat föräldraledigheterna mellan sig utifrån en rad bakgrundsdata som exempelvis

antal barn, ålder och utbildningsnivå. Det är relativt likartat mellan länderna. Magnusson (2006) för ett resonemang om vad som benämns *naturligt* avseende könsens arbetsuppgifter. Hon hävdar att uppfattningen om en så kallad *naturlig* könsfördelning inte längre är lika starkt förhärskande bland de intervjuade paren. Likväl visar hennes avhandling på att män oftare hänvisar till ett slags tillstånd som inte går att förändra då diskussionen kring fördelning av arbetsuppgifter i vardagslivet tas upp. Här finns således en skillnad mellan könen när det gäller möjligheten att avstå från att göra saker som inryms i parets vardag, oftast av logistisk karaktär kring barnen, hemsysslor såsom städning etc. Magnusson (2006) för in begrepp som makt och underordning, som hon anser viktigt att skapa medvetenhet kring hos båda könen, i diskussionen som rör fördelning av arbetsuppgifter i vardagslivet.

Pörtfors och Wallhed (2006) har studerat individualpsykoterapeuters syn på könets betydelse i terapirummet. Slutsatsen Pörtfors och Wallhed (2006) drar av studien är att de intervjuade psykoterapeuterna inte problematiserar könets betydelse i terapirummet, utan istället försvarar sina åsikter. Pörtfors och Wallhed (2006) menar att psykoterapeuterna inte funderar kring konsekvenserna av sin förståelse. Pörtfors och Wallhed (2006) anser att psykoterapeuterna förstår kön utifrån ett dikotomiserande, vilket i grunden är ett biologiskt tänkande. Bilden av kvinna och man som Pörtfors och Wallhed (2006) tycker sig finna hos de intervjuade psykoterapeuterna kommer till uttryck i en artikel där Pörtfors och Wallhed (2011) skriver:

Generellt tycker vi oss se att det finns en bild av att kvinnor är i behov av att stöttas, de är deprimerade och har ångest i större utsträckning. Det betonas också i flera fall att det är viktigt att kvinnor skall vara kvinnliga och att de skall bära upp den kvinnliga kroppen. Män, å andra sidan, beskrivs oreflekterat som normen för teori och behandling. Med detta menas att mannen både är utgångspunkt i formandet av teori och behandling, samt ofta står för teoriböcker. I vårt material beskrivs män som att de har svårt att prata om känslor och söker sig inte till terapi. Istället botar de sina bekymmer med sprit. De män som kommer till terapin behandlas också på ett mindre mildt sätt än kvinnorna. Männerna skall knuffas ut i verkligheten istället för att, som kvinnorna, stöttas. (s.16)

Olsson och Petitt (1999) pekar på att i feministiskt inriktad parterapi framkommer kritik mot traditionell parterapi på så sätt att den bygger på mäns teorier som utövas i huvudsak av män, vilket kan vara direkt skadligt för kvinnor.

Magnusson (2002) använder begrepp som makt och kön och ser dem som centrala begrepp inom genuspsykologiforskningen. Magnusson (2002) hävdar vidare att psykologiska teorier bidrar till att skapa och upprätthålla eller förändra traditionella föreställningar om kvinnor och män. Hon anser att psykologiska teorier och forskning utesluter kvinnor, men ändå uttalar sig om människor. Det finns enligt Magnusson (2002) exempel inom forskningen att kvinnliga försökspersoners resultat har tagits bort därför att kvinnorna reagerade annorlunda än männen.

Sammanfattningsvis konstaterar Lundblad (2005) i sin avhandling om parterapi och hälsa hos båda könen, att kvinnor mår generellt sämre än män. Magnusson (2006) drar slutsatsen att kvinnor har mindre möjlighet att avstå från att göra saker som inryms i parets vardag än männen. Kvinnorna förmodas arbeta sammanlagt fler timmar över dygnet med yrkesarbete och hemmets vardagssysslor än männen (Magnusson, 2006). Lundblad (2005) hänvisar till studier (Frankenheuser, 1993, Lundberg & Wentz, 2004 refererat i Lundblad, 2005) som pekar på att kvinnors stresskurva går upp efter avslutad arbetsdag och då hemsysslorna tar vid inför kvällen, medan männens stresskurva går ned efter avslutad arbetsdag och behåller sig låg under kvällen. Bilden av mannen är enligt Pörfors och Wallheds studie (2011) att han är mindre motiverad till att delta i parterapi och behöver hitta andra lösningar för känslomässiga problem än till exempel alkohol. Om bilden av mannen stämmer blir frågan i förekommande studie; hur får vi män intresserade av att gå i parterapi som ett konstruktivt sätt att lösa sina känslomässiga relationsproblem?

### *Syfte*

Syftet med studien är att undersöka om det i parterapi finns ett samband mellan upplevd samtalstid, allians och kön

### *Frågeställning*

Påverkas alliansen, mellan terapeuten och paret, av kvinnans och mannens upplevda samtalstid? Finns det könsskillnader? Behöver mannen mer samtalstid för att stanna kvar i terapin?



## METOD

Studien var en klinisk kvantitativ pilotstudie. Data samlades in från tre familjerådgivningsbyråer. Vi använde oss av två olika skattningsformulär och en enkät för att samla in data.

### *Deltagare*

Deltagarna i studien var par som sökt hjälp vid tre olika familjerådgivningsbyråer i Skåne; en privat, en kommunal och en i Svenska Kyrkans regi. I studien deltog även terapeuten som hade det inledande samtalet med paret. Under en tidsperiod av tre veckor, 2012 erbjöd de tre familjerådgivningsbyråerna varje nybesök att delta i studien. Totalt var det 21 par som deltog, sju par från varje familjerådgivningsbyrå.

### *Material*

Data insamlades via två skattningsformulär. Det ena formuläret handlade om upplevd samtalstid, eget utarbetat formulär (bilaga 2). Det andra formuläret handlade om skattning av allians som är utarbetat av Duncan och Miller (2003) (bilaga 3). Enkäten som användes behandlade bakgrundsdata (bilaga 4).

*Självskattningsformulär upplevd samtalstid, (bilaga 2).* Enkäten var ett självskattningsformulär som var utformad för att skatta upplevd samtalstid av mannen, kvinnan samt terapeuten.

Sessionen varade i nittio minuter på alla tre familjerådgivningsbyråerna. Om den upplevda samtalstiden vore exakt jämt fördelat mellan varje deltagare så skulle de ha disponerat en upplevd samtalstid av trettio minuter var, eller 33.33 % av samtalet. Deltagarna i studien skattade sin upplevelse av sin egen, sina partners och terapeutens samtalstid direkt efter sessionens slut genom att fylla i var sin enkät med siffror av minuter av upplevd samtalstid. Den sammanlagda upplevda samtalstiden var tvungen att bli nittio minuter.

*Självskattningsformulär SRS, (bilaga 3).* Skattningsformuläret är utarbetat av Duncan och Miller (2003) vid *Institute of Studie Of Therapeutic Change* Formuläret syftade till att mäta allians och heter *Session Rating Scale – SRS*. Det är ett självskattningsinstrument utarbetat för att mäta allians i kliniskt arbete och instrumentet har jämförts med andra instrument som mäter allians, bland annat HAQ

II (Duncan & Miller, 2003). Enkäten fylldes i utav mannen och kvinnan med muntlig instruktion av terapeuten: ”Som du ser skall du i det här formuläret fylla i fyra områden, du svarar på den här sessionen vi just haft. Längst till vänster är det sämsta läget och längst till höger är det bästa läget. Gör en markering på linjen där du tycker att det bäst överensstämmer med hur du upplevde detta samtal inom varje område.”

De fyra skalorna mäter klientens uppfattning om:

- Relationen
- Mål och ämne under sessionen
- Terapeutens arbetssätt/metod
- Allmänt

De fyra skalorna i självskattningsinstrumentet SRS var formade som 10 centimeters linjer, deltagarna fick instruktionen att markera ett märke på varje rad med låga skattningar till vänster och med hög skattning till höger. Vid bearbetning av materialet mättes längden till märket på de 4 skalorna och summerades. Skalorna värderades därefter utifrån att 40 poäng är den högsta möjliga poängen. 0-34 poäng är lika med dålig allians, 35 – 38 poäng är lika med god allians och 39-40 poäng är lika med stark allians.

*Bakgrundsdata, (bilaga 4).* Kvinnan respektive mannens fyllde i var sin enkät med bakgrundsdata med uppgift om kön, ålder, yrke och etniskt ursprung, (bilaga 4).

### *Procedur*

I studien rekryterades par från tre olika familjerådgivningsbyråer i Skåne, en kommunal, en privat och en i Svenska Kyrkans regi. Dessa tre olika typer av familjerådgivningsbyråer valdes ut för att i största möjliga mån få tillgång till ett så brett urval personer som möjligt.

De par som förklarade sig villiga att delta i studien skrev under ett dokument där de godkände deltagandet i vår studie, (bilaga 1). Terapeuterna på de tre familjerådgivningsbyråerna fick information muntligt och skriftligt innan materialet samlades in. De informerades om studiens syfte och innehåll samt om studiens urvalskriterier av deltagarna. Vidare om hur instruktionerna till klienterna som

accepterat att delta i studien skulle vara. Klienterna fick instruktion av terapeuten att enkäterna skulle ta några minuter att fylla i och att uppgifterna behandlas konfidentiellt samt att enkäterna kodas. Enkäterna fylldes i vid nybesök. Kvinnan respektive mannen fyllde i samtliga enkäter och terapeuten endast den om skattad samtalstid. Enkäterna fylldes i direkt efter sessionens slut av mannen, kvinnan och terapeuten för att få en så tillförlitlig skattning som möjligt av alliansen och upplevd samtalstid. Mannen respektive kvinnan fyllde båda i var sitt exemplar av ett skriftlig godkännande till att delta i studien, (bil 1), två självskattningsformulär och en enkät med bakgrundsdata, (bilaga 2, 3 och 4). Terapeuten fyllde endast i enkäten självskattningsformulär om upplevd samtalstid, (bilaga 2).

### *Analys*

SPSS användes för statistisk analys av materialet och enkäternas svar analyserades med hjälp av deskriptiv statistik. Stapeldiagram har använts för att belysa parernas bedömning av samtalstiden. Samband mellan allians och upplevd samtalstid beskrivs i tabellform. Punktdiagram beskriver mäns och kvinnors upplevda samtalstid och alliansvärden. Stapeldiagram har använts för att belysa procentuella andelar av alliansvärden uppdelat på kön.

### *Etiskt övervägande*

Överordnade chefer, team och bolagsägare för respektive familjerådgivningsbyrå informerades och gav medgivande till att studien kunde bedrivas inom verksamheten.

Samtliga terapeuter på familjerådgivningsbyråerna fick både skriftlig och muntlig information om studien och hur de skulle ge information till paren inför ifyllandet av enkäterna av författarna till studien.

De par som besökte familjerådgivningsbyråerna under forskningsperioden informerades skriftligt och muntligt av terapeuten om studien. De tillfrågades om deltagandet, samtidigt som de informerades om rätten att dra sig ur studien närhelst de önskade. Klienterna informerades muntligt och skriftligt om att uppgifter om dem behandlades konfidentiellt och skulle förvaras sekretesskyddat. De klienter som accepterade att delta i studien konfirmerade detta genom ett skriftligt godkännande, (bilaga 1). De övergripande etiska riktlinjerna beaktades men kan inte redogöras för i varje situation.

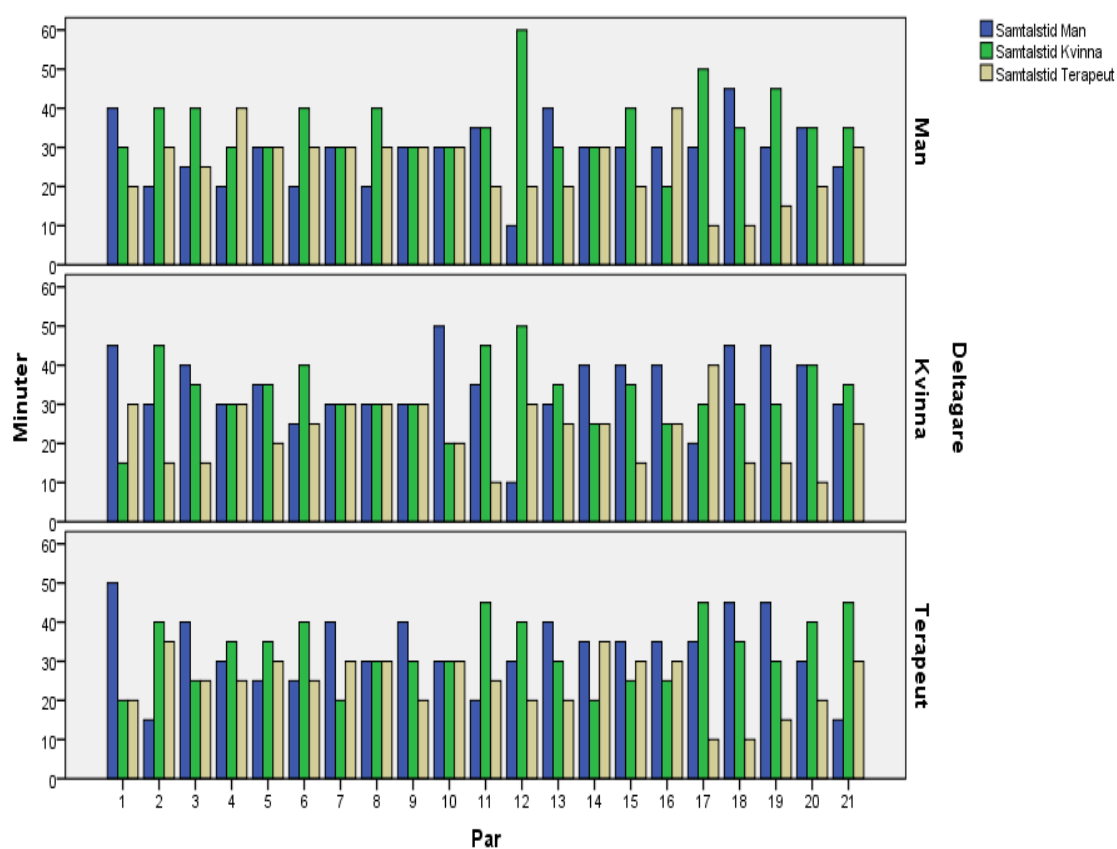
## RESULTAT

Totalt var det 21 par som deltog, sju par från varje familjerådgivningsbyrå. Samtliga tillfrågade par tackade ja till att delta i studien.

- Åldern på klienterna som deltog i studien var mellan 26 år och 61 år, medelåldern var 42 år. Samtliga par levde i heterosexuellt förhållande. Två personer hade utländskt medborgarskap. Ingen hade mer än ett medborgarskap.
- Av de 21 terapeuterna var 10 kvinnor och 11 var män. 20 terapeuter var legitimerade psykoterapeuter och 1 terapeut gick sista terminen på psykoterapiprogrammet. Samtliga terapeuter hade erfarenhet av familjeterapi och/eller parterapi mellan 8 till 27 år.

Nedan presenteras resultatet i form av diagram och tabeller.

Diagram 1. Grafisk presentation av upplevd fördelning av samtalstid.

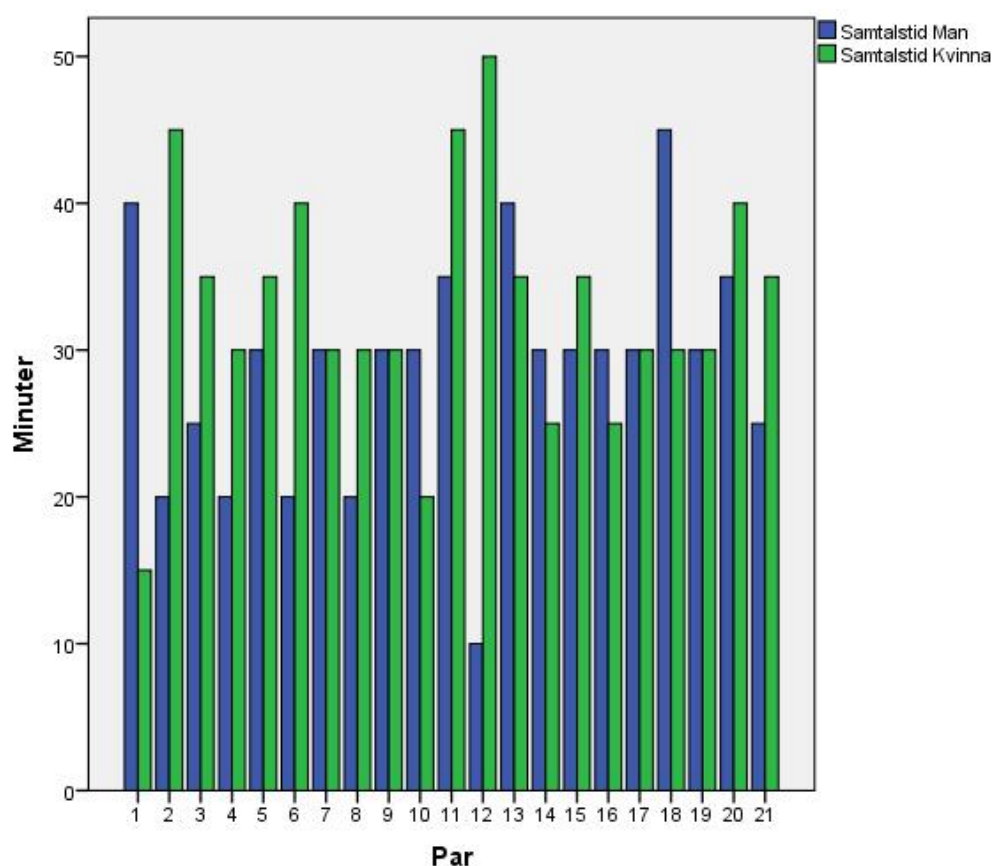


Författarna valde ett 60 minuters diagram för att presentera mannens, kvinnans respektive terapeutens upplevda samtalstid mer överskådligt än ett 90 minuters diagram. Diagrammet visar hur mannen, kvinnan och terapeuten bedömer fördelningen av tid.

#### *Fördelning av upplevd samtalstid*

*Sammanfattning av upplevd samtalstid.* Det visar stor diskrepans mellan parternas upplevelser av hur tiden fördelats.

Diagram 2. Grafisk presentation av mäns och kvinnors upplevda samtalstid.



Diagrammet återger mannens respektive kvinnans skattning av upplevd samtalstid vilket presenteras bredvid varandra parvis som en jämförelse mellan könen.

#### *Parvis jämförelse av upplevd samtalstid*

*Upplevd samtalstid män.* Männerna skattade sin samtalstid till 10-50 minuter. Medelvärdet på samtalstiden blev 28,8 minuter.

*Upplevd samtalstid kvinnor.* Kvinnor skattade sin samtalstid till 15-50 minuter. Medelvärde på samtalstiden blev 32,9 minuter.

*Sammanfattning av par och upplevd samtalstid.* Parterna har inom varje par skattat tiden olika. Resultaten visar att män får totalt mindre samtalstid än kvinnor och kvinnor får därmed totalt mer samtalstid än män.

Tabell 1. Parvisa jämförelser mellan alliansvärden och upplevd samtalstid

Upplevd samtalstid hos par som skattar god allians		Upplevd samtalstid hos par som skattar dålig allians		Upplevd samtalstid hos par som skattar blandad allians	
G	G	D	D	G/D	G/D
M	Kv	M	Kv	M	Kv
40	15	20	45	30	35*
20	30	25	35	30	30*
20	40	35	45	20	30*
30	25	30	25	30	30*
30	30	30	35	30	20*
45	30	35	40	10*	50
25	35			40	35*
				30*	30

**Siffrorna i tabellen anger upplevd samtalstid. Stjärna betyder låg allians i den blandade gruppen**

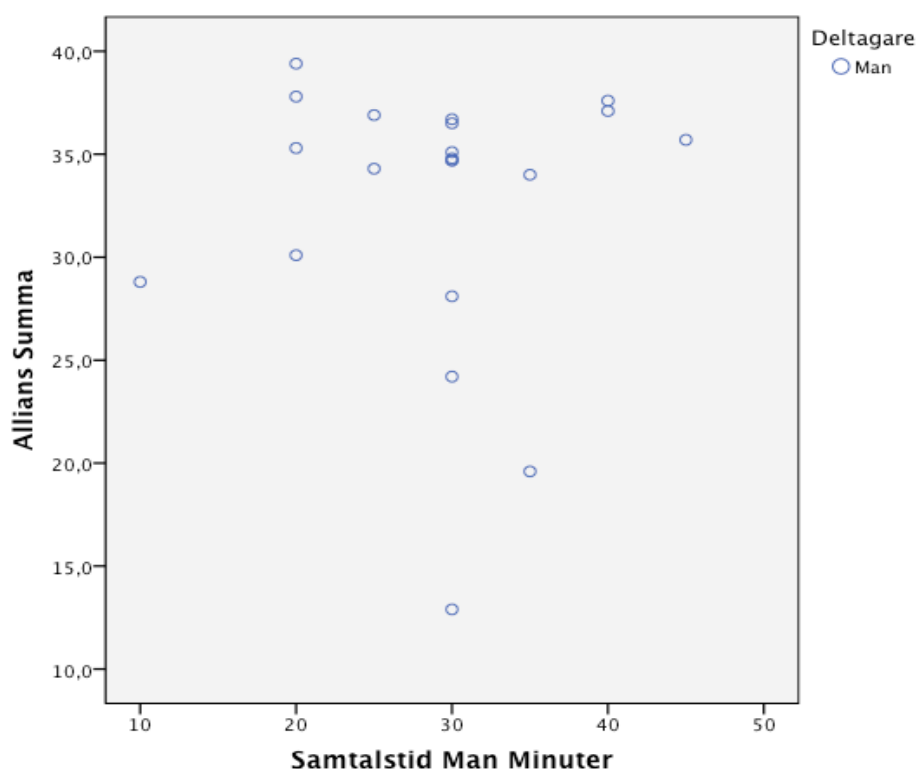
*Jämförelser mellan upplevd samtalstid och alliansvärden för män och kvinnor.*

*Kolumnerna.* I de två första kolumnerna skattar både mannen och kvinnan i paret god allians. I de två mellersta kolumnerna skattar paret, både mannen och kvinnan, dålig allians. I de sista två kolumnerna skattar paret olika vad gäller allians. Totalt skattar 7 par god allians, 6 par skattar dålig allians, 8 par har blandad allians. I kolumnen blandad allians, markeringen med stjärna betyder; den i paret som skattat dålig allians. I kolumnen blandad allians har 2 kvinnor skattat god allians, 6 kvinnor och 2 män skattar dålig allians. I den blandade gruppen har 75 % av kvinnorna och 25 % av männen skattat dålig allians.

*Upplevd samtalstid och allians män och kvinnor.* Männen får i medeltal 28,8 minuter samtalstid. Män som har skattat god allians får i medeltal 30 minuter samtalstid. Män som skattar dålig allians får i medeltal 26,9 minuter samtalstid. Kvinnor får i medeltal 32,9 minuter samtalstid. Kvinnor som har skattat god allians får i medeltal 31,7 minuter samtalstid. Kvinnor som skattar dålig allians får i medeltal 33,8 minuter samtalstid.

*Sammanfattning jämförelse allians och upplevd samtalstid.* En tredjedel av paren skattar gemensamt god allians, knappt en tredjedel av paren skattar dålig allians och drygt en tredjedel av paren skattar med blandade värden allians. Män upplever sig få mindre samtalstid än kvinnor och skattar högre alliansvärde jämfört med kvinnor. Kvinnor upplever sig få mer samtalstid än män och skattar sämre allians jämfört med männen.

Diagram 3. Allians och upplevd samtalstid för män



**Punktdiagram som visar sambandet mellan allians och upplevd samtalstid.**

*Allians och upplevd samtalstid för män respektive kvinnor*

*Mäns upplevda samtalstid.* Spridning (min-max) av männens samtalstid var mellan 10-50 minuter.

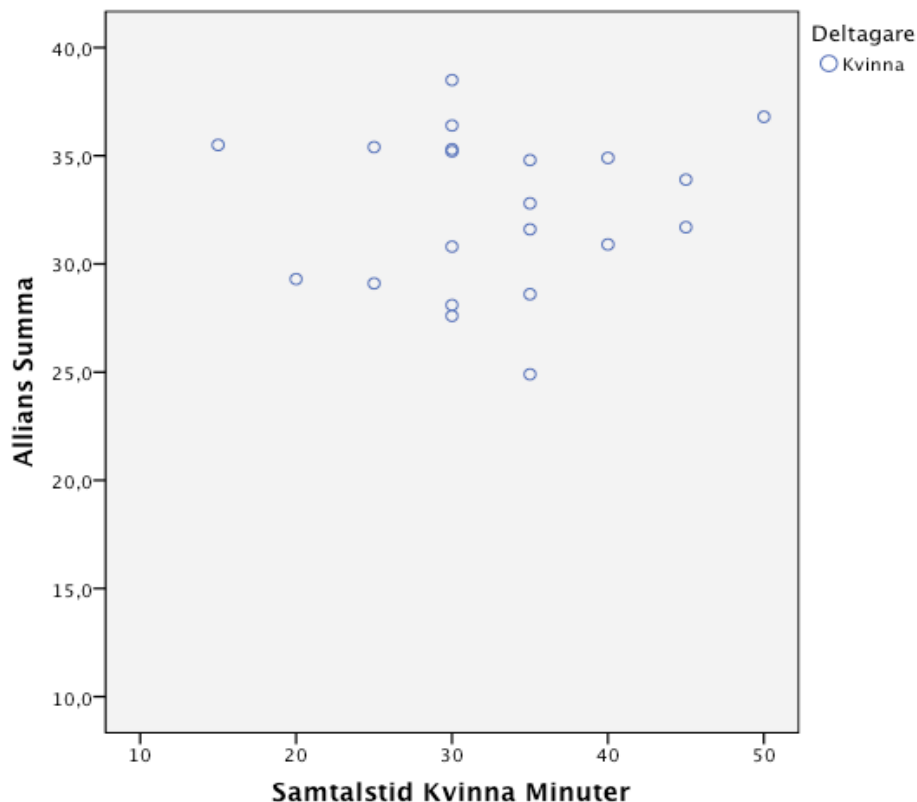
*Mäns allians.* Spridning (min-max) av männens allians var mellan 13-39.

*Mäns upplevda samtalstid vid god allians.* Av de 13 ( 61,9%) män som skattade stark till god allians hade 4 stycken under 30 minuters samtalstid och 9 stycken hade 30 minuter eller mer i samtalstid. En (4,8 %) man som skattar stark allians ingår här i samma grupp som de 12 män som skattar god allians. Därmed skattar 13 män god allians. Medelvärdet för de 13 männens upplevda samtalstid var 30 minuter.

*Mäns upplevda samtalstid vid dålig allians.* Av de 8 (38,1%) män som skattade dålig allians hade 3 stycken under 30 minuters samtalstid och 5 stycken hade 30 minuter eller mer samtalstid. Medelvärdet för de 8 männens upplevda samtalstid var 26,9 minuters.

*Sammanfattning män upplevd samtalstid och allians.* Medelvärdet oavsett allians var 28,8 minuter. God allians erhöles för knappt två tredjedelar för männen.

Diagram 4. Allians och upplevd samtalstid för kvinnor



**Punktdiagram som visar sambandet mellan allians och upplevd samtalstid.**



*Kvinnors upplevda samtalstid.* Spridningen (min-max) av kvinnors samtalstid var mellan 15-50 minuter.

*Kvinnors allians.* Spridningen (min-max) av kvinnors allians var mellan 25-39.

*Kvinnors upplevda samtalstid vid god allians.* Åtta (38,1%) kvinnor av 21 stycken skattade god allians och 1 (4,8 %) skattar stark allians. Den kvinna som skattar stark allians ingår i samma grupp som de 8 kvinnorna som skattar god allians. Därmed skattar 9 (42,9 %) kvinnor god allians. Av de 9 kvinnorna som skattade god allians hade 2 stycken under 30 minuters samtalstid och 7 stycken hade 30 minuter eller mer samtalstid. Medelvärdet för de 9 kvinnornas upplevda samtalstid var 31,7 minuter.

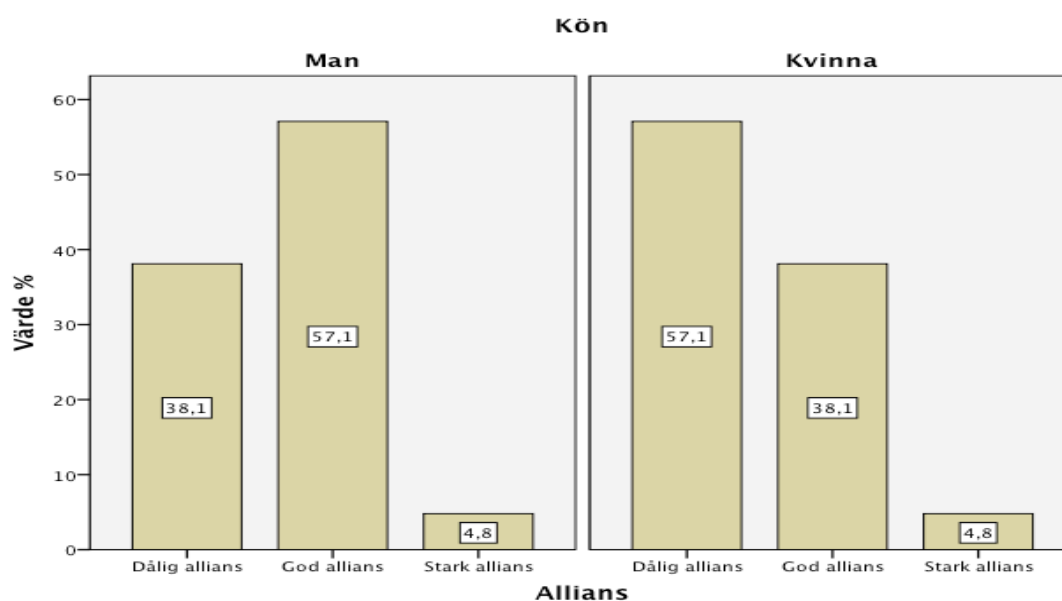
*Kvinnors upplevda samtalstid vid dålig allians.* Tolv (57,1%) kvinnor av 21 stycken skattar dålig allians. Av de 12 kvinnor som skattade dålig allians hade 2 stycken under 30 minuters samtalstid och 10 stycken hade 30 minuter eller mer samtalstid. Medelvärdet för de 12 kvinnornas upplevda samtalstid var 33,8 minuter.

*Sammanfattning kvinnors upplevda samtalstid och allians.* Medelvärdet för kvinnors samtalstid oavsett allians var 32,9 minuter. God allians erhöles för drygt en tredjedel av kvinnorna

*Sammanfattning kön.* Fler män än kvinnor skattar god allians (diagram 5). Kvinnor har skattat mer samtalstid än män. Det tycks inte finnas samband mellan samtalstid och allians (beskrivet i punktdiagram) Eftersom antalet deltagare är litet så kan inte sambandet testas statistiskt.

*Procentuell fördelning av alliansvärden och kön.*

Diagram 5. Procentuell fördelning av alliansvärden och kön.



Diagrammet visar att det finns en könsskillnad då det gäller skapandet av allians. Fler män än kvinnor skattar god allians.

## DISKUSSION

### *Metoddiskussion*

Studien får betraktas som en klinisk studie inom familjerådgivningen. Den är inte så omfattande och får betraktas som en pilotstudie som man kan gå vidare med i fortsatta studier. Valet av kvantitativ metod får anses lämplig för att få svar på författarnas frågeställningar. Däremot har författarna inte kunnat testa några statistiska signifikanser på grund av att deltagarna är få och därför har författarna valt beskrivande statistik.

Författarna väljer att använda sig av skattningsinstrumentet SRS vilket mäter allians. SRS är utvecklat för att användas i kliniskt arbete snarare än som ett vetenskapligt verktyg av Scott D. Miller (Duncan, B., & Miller, S., 2003). Skattningsinstrumentet SRS får anses ha moderat validitet. Ytterligare ett instrument används vilket utarbetades av författarna. Instrumentet mäter upplevd samtalstid som skattas av sig själv, partner och terapeut. Dess validitet är inte utvärderad.

Studien avser enbart att undersöka de olika variablerna upplevd samtalstid, allians och kön, vid det första samtalet. Duncan och Miller (2003) som har utarbetat självskattningsinstrumentet, SRS, menar att man bör använda instrumentet vid flera tillfällen under behandlingens gång. Eftersom den här studien enbart mäter ett första samtal och följande samtal inte mäts så går det inte att veta om alliansskapandet förändras eller förbättras över tid. Det går inte heller att veta om paren slutför terapin eller om avhopp sker. Därför kan studien inte visa på några långtgående slutsatser.

Philips och Holmqvist (2008) hävdar att forskningsresultat visar på samband mellan god allians och gott behandlingsresultat vilket kan påvisas redan efter ett fåtal samtal (Philips & Holmqvist, 2008). Hubble, Duncan, Scott och Millers forskningsresultat (1999) styrker också att det är de tre första samtalen i terapin som är det viktiga i alliansskapandet (Hubble, Duncan, Scott, Miller, 1999). Om man mäter alla de tre första samtalen alternativt det tredje samtalet skulle eventuellt resultatet i studien visat på ett högre alliansvärde.

*Resultatets tillförlitlighet.* Validitet och reliabilitet är viktiga kvalitéer i bra mätinstrument. Instrumenten bör också kunna urskilja och vara sensitiva för förändringar. I kvantitativa studier måste andra forskare kunna upprepa studien och få samma resultat. Studien använder sig av ett skattningsinstrument som är vetenskapligt utvärderat avseende variabeln allians. Skattningsinstrumentet som bedömer upplevd samtalstid är inte vetenskapligt utvärderat. Det hade behövt kompletterats med ytterligare ett instrument avseende variabeln samtalstid för att få en hög validitet. Studien begränsas dels av mängden insamlad data samt att enkäten enbart mäter upplevd samtalstid och inte faktisk samtalstid. Studien har dock för litet material för att uppnå generaliserbarhet. Tillförlitligheten av resultatet är inte så god på grund av att skattningsformuläret om upplevd samtalstid inte är vetenskapligt utvärderat.

### *Resultatdiskussion*

*Upplevd samtalstid, allians och kön.* Studiens syfte är att undersöka om det inom parterapi finns ett samband mellan upplevd samtalstid, allians och kön. Studien undersöker om alliansen mellan terapeut och paret påverkas av mannens och kvinnans upplevda samtalstid. Resultatet visar att inget direkt samband föreligger mellan variablerna allians och uppskattad samtalstid. Tid i objektiv mening i form av ljudinspelningar har inte testats. I studien framkom att män får mindre upplevd samtalstid än kvinnor men skattar högre alliansvärde jämfört med kvinnor. Kvinnor

får mer upplevd samtalstid än män och skattar sämre allians jämfört med männen. Alliansskapandet är utifrån denna studie således oberoende av hur lång tid parterna talar under den aktuella sessionen. Efter det inledande samtalet kan man säga att männen är mer nöjda och kvinnorna mer missnöjda utifrån begreppet allians. Det finns också en frågeställning om mannen behöver mer samtalstid för att undvika avhopp det vill säga, svara ja till fortsatta samtal. Resultatet visar att mannen visar en intention att stanna kvar i terapin trots mindre samtalstid än sin partner. Kvinnan stannar också kvar i terapin trots att hon är mer missnöjd (sämre allians) och får mer samtalstid. Allians och tid har därmed inget samband som ovan beskrivits. Men studien är för liten och har ingen uppföljning av deltagarna, därför går det inte att uttala sig om paren fullföljer terapin.

Studiens resultat talar för att andra specifika faktorer kan vara mer verksamma än den upplevda samtalstiden för allianskapandet. Innehållet i samtalet kanske har en större betydelse än upplevd samtalstid. Orsaken kan också vara psykoterapiskolornas modeller som är bättre utformad för den specifika problematiken paret har och påverkas därmed inte av samtalstiden (Philips & Holmqvist, 2008).

Studien kan kopplas till Lundblads (2005) avhandling där hon konstaterar att kvinnor bör ges mer utrymme i parterapi. Resultatet i studien kan också förmodas ha ett samband med tidigare forskningsresultat av Lundblad (2005) och Magnusson (2006). I deras studier (2005, 2006) framkommer att fördelningen av hemmets sysslor är ojämnt fördelade mellan könen i paret. Männen arbetar mindre sammanlagd tid vad gäller hemmet och yrkesarbete än kvinnor. Kvinnor mår dessutom sämre än män i parrelationer (Lundblad, 2005; Magnusson, 2006). Om parterapeuten inte fokuserar på rätt innehåll för kvinnorna kan det vara det som gör kvinnor mer missnöjda än män.

De sju par där båda skattade god allians, kan man anta fortsätter i terapin. De sex par där båda skattade dålig allians, kan man anta att det finns en uppenbar risk att de inte fullföljer terapin. De åtta par som skattar blandad allians, visade att kvinnan övervägande är missnöjd och mannen är övervägande nöjd. Här används begreppen nöjd och missnöjd som ett uttryck för god respektive dålig allians. Man kan förmoda att flest avhopp sker i grupperna dålig allians och blandad allians. Det innebär att man behöver fundera kring varför många par skattar dålig och/eller blandad allians. Resultatet talar för att terapeuten behöver fokusera mer på den terapeutiska relationen.

Man kan ställa sig frågan hur det kan komma sig att den ena parten blir nöjd medan den andra i paret blir missnöjd.

Studien påvisar att den upplevda samtalstiden inte är avgörande för nöjdheten och man måste då anta att det är andra faktorer som påverkar upplevelsen av nöjdhet olika. Kvinnor får kanske inte sina behov tillgodosedda i samma utsträckning som män under samtalet, vilket kan påverka att relationen till terapeuten inte blir lika god till båda i paret. Feministiskt inriktad parterapi (1999) och genuspsykologiforskningen (2002) kanske har rätt i sin kritik mot traditionell parterapi; att mäns beskrivning och uppfattning om problemet tas i större beaktning än kvinnors. Samt att traditionella föreställningar om kvinnor och män gör att terapeuten lyssnar i större utsträckning till männens version framför kvinnans (Magnusson, 2002). I vår studie är det också fler manliga terapeuter bland de par som skattar god allians. Därav kan frågan ställas om det spelar roll för de män som skattar god allians att terapeuten är av manligt kön. Frågeställningen i studien är inte undersökt och därför kan man bara spekulera kring det.

Studien visar att alla, både män och kvinnor, valde att stanna kvar i terapin åtminstone inledningsvis. Studien påvisar dock att mannen är mer nöjd (god allians) än kvinnan vilket talar för att mannen kommer att stanna kvar trots mindre upplevd samtalstid. Tiden har med andra ord inget att göra med fortsatt deltagande i terapin för mannen enligt studien. Studien mäter enbart ett samtalstillfälle, ett första samtal, vilket gör att man inte kan uttala sig huruvida avhopp sker senare i terapin. Däremot talar resultatet för att alliansskapandet är bättre för mannen. Orsaken till det kan vara många; det kan ha betydelse vem i paret som söker hjälp och hur störd parfunktionen är (Lundblad, 2005). Någon eller båda i paret kan vara besvikna i olika grad innan parterapien börjar. Upplevd samtalstid har ingen betydelse som ovan beskrivits, däremot kan innehållet i terapin i större utsträckning vara avgörande (Philip & Holmqvist, 2008). Betydelse för att mannen stannar kvar i terapin kan också utgöras av vems version som får gehör, vem som blir validerad och/eller terapeutens förmåga att skapa en god relation och inte upplevd samtalstid.

*Gruppen med blandad skattning av allians.* Utifrån resultatet att upplevd samtalstid inte har någon betydelse för att stanna kvar i terapin funderar författarna vidare på vad som kan ha betydelse för att paret fortsätter terapin. Orsakerna kan vara flera och man kan bara spekulera kring det. Hur kommer det sig att mannen och kvinnan i drygt en tredjedel av paren skattar olika allians?

Parets olika förväntningar kan ha varit avgörande varför de upplever nöjdhet i olika grad i terapin. Det kan vara så att kvinnans missnöjdhet påverkas av hur terapeuten lyckas att skapa gemensamma mål för paret i terapin eftersom flera studier visar på att kvinnan har en större arbetsbörda än mannen. En del kvinnor kommer kanske till terapi för att de tycker att mannen är hopplös och kvinnan vill diskutera det. Om terapeuten då omformulerar problematiken så att det blir ett gemensamt ansvar stärks kvinnans upplevelse av att inte bli validerad. Enligt studier är kvinnans stressnivå högre än sin partner efter avslutad arbetsdag då hemsysslor tar vid inför kvällen. Mannens stressnivå sjunker däremot efter avslutad arbetsdag i större utsträckning än för kvinnan och behåller sig låg under kvällen i större utsträckning (Frankenheuser, 1993; Lundberg & Wentz, 2004, refererat i Lundblad, 2005). Kvinnan kan därför ha behov av att vilja diskutera fördelningen av sysslorna i hemmet; städ, tvätt, logistik, barn, födelsedagar etc. Bordin (1979) beskriver att en av aspekterna i etablerandet av en god allians innebär att det måste finnas ett samförstånd mellan terapeut och klient avseende att ha gemensamt mål för förbehandlingen (Bordin, 1979).

Orsaken till att alla tackat ja till fortsatta samtal kan också bero på att paret påverkas av att de deltar i en studie. Deltagarna känner sig möjligen väl bemötta. Det kan upplevas positivt att någon undersöker hur det går för dem, det gagnar dem i terapin. Enligt amerikanska studier har man funnit bland annat att socioekonomiska faktorer och etniskt ursprung har en påverkan avseende avhopp i terapin (Philips & Holmqvist, 2008). De flesta deltagarna i denna studie är svenskar och de flesta är yrkesverksamma vilket kan ha påverkat att ingen av deltagarna tackar nej till fortsatt terapi.

*Författarna funderar om psykoterapeutiska metoder påverkar det ojämna resultatet av allians.* Studien undersöker endast första samtalet så författarna kan inte uttala sig om fortsatt terapi utifrån studien. Men eftersom den upplevda samtalstiden visat sig vara en oväsentlig variabel spekulerar författarna om innehållet i terapin eventuellt ger bättre behandlingsresultat och mindre avhopp. Författarna funderar på om behandling med systemisk teori skapar bättre förutsättningar för paret, då styrkan med systemisk terapi är att behandlingssystemet utvidgas. Systemiska terapeuter har också förmåga att se strukturer i systemet som upprätthåller problemet (Philips & Holmqvist, 2008). Parternas delaktighet, processinriktad terapi med cirkularitet och ömsesidig påverkan är systemteorins grundstenar (Hansson, 2001; Lundblad, 2005).

Resultatet kan ha påverkats av vilken psykoterapeutisk inriktning terapeuten har, studien har dock inte undersökt det. Forskningsstöd finns för att vissa psykoterapeutiska metoder är bättre vid specifika tillstånd eller viss problematik (Olsson & Petitt, 1999; Sexton et al., 2004; Sprenkle, Blow & Dikey, 1999; Sprenkle, 2003; Asen, 2002; Stratton, 2005; Pinosof & Wynne, 1995, refererat i Philips & Holmqvist, 2008). Men det finns även forskningsstöd för att olika psykoterapeutiska metoder är likvärdigt verksamma (Philps & Holmqvist, 2008; Smith & Glass, 1977). Möjligen skulle behandling med legitimerade psykoterapeuter på systemteoretisk grund inom familjeterapi höja nöjdhetsgraden hos de deltagare som skattat låg allians. Men författarna kan inte utifrån forskning säga vilka psykoterapeutiska metoder som skulle kunna öka allians. Studien talar dock för ett behov av terapeuter som kan tillgodose både kvinnan och mannens behov bättre. Författarnas tankar är att legitimerade psykoterapeuter med familjeinriktning alternativt behandlingsmodeller specifikt utarbetade för parterapi som till exempel *Emotional Focused Therapy*, EFT borde vara bäst lämpade för det. Dock innehåller den här studien inga uppgifter om vilka psykoterapeutiska inriktningar de deltagande terapeuterna har, vilket gör det omöjligt att mäta det antagandet.

#### *Nyttan av studien och eventuella fortsatta studier.*

Verksamma terapeuter inom parterapi kan ha nytta av studien avseende studiens resultat att upplevd samtalstid inte verkar spela så stor roll för alliansskapande. Studiens resultat tyder däremot på att kön spelar roll vid alliansskapande, att män får sina behov mer tillgodosedda än kvinnor i parterapi, åtminstone i det första samtalet. Detta utgör ett observandum för terapeuterna vad gäller alliansskapandet avseende innehållet i samtalet, validering av deltagarna och klagörande av gemensamma mål. Studiens resultat framlägger bevis för att terapeuten bör ha ett genusperspektiv i behandlingsarbetet. Mannen får mer uppmärksamhet och terapeuten bör skapa en god allians med honom initialt i terapin eftersom han är mindre motiverad. Kvinnan är däremot mer motiverad i inledningen av terapin och därför kan terapeuten vänta något med alliansskapandet med henne. Terapeuten bör dock lägga mer tid på kvinnan senare i terapin. För familjerådgivningsbyråerna kan studiens resultat även vara av intresse med anledning av att vissa modeller och metoder möjligen kan vara bättre lämpade vid parterapi.

Resultatet är trots att det är en liten undersökning intressant för fortsatta studier. Dock kan några förbättringar av studien vara ett större deltagarantal, fler mättillfällen och komplettera med mätning av faktisk samtalstid.

Studiens avsikt var från början att mäta den faktiska samtalstiden för kvinnan, mannen och terapeuten under en session och jämföra den med skattningen av upplevd tid. Eftersom det visade sig svårt att få en del av terapeuterna och en utav familjerådgivningsbyråerna motiverade till att vilja ljudinspela samtalsessionerna, bland annat av sekretesskäl valde författarna istället att inrikta studien kring varje deltagares upplevda samtalstid.

I denna studie har författarna valt att använda medelvärden för att resultatredovisningen ska vara mer överskådlig. För att erhålla ett starkare mått än medelvärde vore korrelationsmätningar att föredra vilket kan vara intressant för framtida studier.

Med MANOVA hade man kunnat öka studiens reliabilitet genom att undersöka olika moderatörer för utfallet och se om förbättringar/försämringar i deltagarnas alliansskapande skulle ha påverkats av dessa. MANOVA är en universal variansanalys som används då det finns två eller fler variabler. Dock var studiens deltagarantal för lågt för att MANOVA skulle kunna användas.

Studiens resultat har gett författarna ett vidgat perspektiv vad gäller variablerna upplevd samtalstid, allians och kön inom parterapi. Fortsatta studier kan vara intressant eftersom upplevd samtalstid inte har visat sig spela någon roll för alliansskapandet, då resultatet påvisar att det är andra faktorer såsom till exempel innehållet i terapin som är avgörande för utfallet. Om man alltjämt önskar undersöka om upplevd samtalstid spelar roll i alliansskapandet skulle man även kunna mäta faktisk samtalstid och se om resultatet blev detsamma. Författarna hade för avsikt att mäta faktisk samtalstid vilket inte var möjligt, som ovan beskrivits.

Fortsatta studier med större undersökningsgrupp skulle kunna ge större generaliserbarhet avseende resultatet.

Studien skulle kunna kompletteras med en kvalitativ studie i form av djupintervjuer för att mäta kvalitén av samtalen. Detta för att se vad som påverkar, om deltagarna känner sig lyssnade på, om deltagarna upplever att de får sina synpunkter beaktade och om terapeuterna mött dem i tillräckligt stor omfattning.



Terapeutens kön och terapeutens skattning av mannens, kvinnans och sin egen upplevda samtalstid kan utforskas i fortsatta studier som ytterligare faktorer till allians.

Ytterligare studier skulle också kunna granska de alliansvärden som går att utläsa i vart och ett av de fyra skalor som inryms i självskattningsformuläret SRS. Syftet vore då att stärka eller finna andra hypoteser än de som framkommit i denna studie angående allians.

## REFERENSER

- Ahn, H. & Wampold, B. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A metaanalysis of component studies in counselling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 251-257.
- Baldwin, S., Wampold, B., & Imel, Z. (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, 842-852.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults. A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909–92.
- Duncan, B., & Miller, S., (2003). The Session Rating Scale. *Journal of Brief Therapy*, vol. 3:1
- Egidius, H., (1994). *Natur o kulturs psykologilexikon*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Frank, J. & Frank, J. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3<sup>rd</sup> ed.). Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Hansson, K. (2001). *Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt*. Stockholm: Gothia
- Haraldsson, M. & Weinstock, M. (2009). *Familjerådgivarens föreställning om kön och genus*. Lund. Institutionen för psykoterapi.
- Holmberg, C. (2004). *Det kallas kärlek*. Danmark: AIT Norhaven A/S.
- Hovarth, A. & Bendi, R. (2002). *The Alliance*. Ur J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Hovarth, A. & Symonds, B. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A metaanalysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Hubble, M., Duncan, B., Scott, D. & Miller, S. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.

- Lundblad, A-M. (2005). *Kärlek och hälsa*. Doctor dissertation, Göteborg Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap, Göteborg.
- Magnusson, E. (2006). *Hon, han och hemmet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Magnusson, E. (2002). *Psykologi och kön från könsskillnader till genusperspektiv*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Martin, D., Gaske, J., & Davis K.. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Norcross, J. & Lampert, M. (2006). *Evidence-based practices in mental health, Debate and dialogue on the fundamental question*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 208-218
- Olsson, H. & Petitt, B., (1999). *Familjeterapilexikon*. Göteborg: Korpen
- Petitt, B. & Olson, H., (1999). *Om svar anhålles*. Smedjebacken: Mareld.
- Philips, B. & Holmqvist, R., (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi*. Stockholm: Liber AB.
- Pörtfors, J. & Wallhed, S. (2006). Bakom terapirummens stängda dörrar. Psykoterapeuters förståelser av kvinnor, män, kön och könstillhörighet. Psykologexamensuppsats, Umeå universitet.
- Pörtfors, J. & Wallhed, S. (2011). Onyanserat tänkande om kön i terapirummet. *Psykologtidningen 2011/07*, 16.
- Smith, M., Glass, G. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*. 32, 752-60.
- Stainton-Rogers, W., & Stainton-Rogers, R. (2001). *Genuspsykologi Kön och sexualitet*. Lund: Studentlitteratur.
- Svenska Akademien, (1998). *Svenska Akademiens Ordlista (SAOL)*. Norge: NordBook.

Vi är två studenter som går psykoterapiprogrammet vid Lunds Universitet. Som en del av utbildningen genomför vi en studie. Vi är intresserade av att undersöka klienters upplevda samtalstid under en terapisesession.

Dina uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt och förvaras sekretesskyddat .

Du får självklart avbryta din medverkan i studien när som helst.

---

Datum

Underskrift

Vänligen

Johan Hagström och Helene Niklasson



**LUNDS**  
**UNIVERSITET**

Institutionen för Psykologi



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för Psykologi

**Hur mycket samtalstid upplevde du att du själv, din partner respektive terapeuten fick under terapisessionen?**

Vänligen markera i respektive tabell det antal minuter du upplevde att **du** själv, din **partner** och **terapeuten** fick prata under er terapisession. Den totala samtalstiden var 90 minuter. Fyll i formuläret så att den sammanlagda samtalstiden blir 90 minuter.

	<b>Tid</b>
Du	
Partner	
Terapeut	
<b>Totalt</b>	<b>= 90 min</b>

Tack för din medverkan!

Johan Hagström & Helene Niklasson

## Session Rating Scale (SRS) – Skattning av samtal.

Namn _____	Ålder(År): _____
Kön _____	
Möte # _____	Datum _____

Var vänlig och skatta dagens samtal genom att sätta en markering på linjen- sätt markeringen i det läge som bäst stämmer med din upplevelse.

Jag kände mig inte  
hörd, förstådd och  
respekterad

**Relation**

|-----|

Jag kände mig hörd,  
förstådd och  
respekterad

Vi arbetade inte  
med eller pratade  
inte om det som jag  
ville arbeta med och  
prata om.

**Mål och Ämnen:**

|-----|

Vi arbetade med och  
pratade om det som  
jag ville arbeta med  
och prata om.

Terapeutens sätt att  
arbeta passar mig  
inte.

**Sätt att arbeta eller Metod:**

|-----|

Terapeutens sätt att  
arbeta passar mig .

Det var något som  
saknades i dagens  
samtal.

**Allmänt:**

|-----|

Dagens samtal passade  
mig helt.

Copyright 2000, Scott D Miller & Barry L Duncan  
Institute for the Study of Therapeutic Change

Licensed for personal use only



**LUNDS**  
**UNIVERSITET**  
Institutionen för Psykologi

**Kvinna:**

**Man:**

**Yrke/sysselsättning:**

**Ålder:**

**Etniskt ursprung**

Svensk medborgare:

Annat etniskt ursprung:

Kommentar:

**Har Ni tackat "ja" eller "nej"  
till fortsatt behandling:**

**Tack för din medverkan!**  
/ Helene o Johan

