



Sex terapeuters kamp mot tröttheten.

En hermeneutisk fenomenologisk studie.

Göran Johansson & Eva Malmstein

Psykoterapeutexamensuppsats, vt-2015

Handledare Gudrun Olsson

Examinator: Per Johansson

Abstract

The thesis is a qualitative study of how therapists experience facing their patients when being tired of their work, due to the increasing workload at our job. Six therapists at a psychiatric open day care center were interviewed. The interviews were rigorously transcribed and we analysed the texts several times, approaching each interview hermeneutically (interpreting) and phenomenologically (describing), trying to understand what happens between the therapist and the patient when the therapist is tired of his or her work. The theory used for this understanding is mainly psychodynamic, using concepts like countertransference, object relations, mentalizing and defence mechanisms. We found elements influencing the therapists coming from outside the therapy room, like the organization, stress, or having too many assignments, and from within the therapy room, like patients not responding to therapy or being too dependent on the therapist, and we tried to describe how they interact.

Key words: Countertransference, Transference, Tiredness, Work load, Encounter, Social development, hermeneutics, phenomenology

Sammanfattning

Studiens syfte var att ta reda på hur mötet med patienterna påverkas när terapeuterna är trötta på sina arbeten. Det är en kvalitativ studie med sex öppet riktade intervjuer som underlag. Informanterna var anställda på den allmänpsykiatriska mottagning där även författarna arbetar. Materialet transkriberades ordagrant och texterna granskades och analyserades. I studiens huvudsakliga slutsats framkom flera olika faktorer som påverkar terapeuterna i sina arbeten. Arbetsmiljö, organisatoriska faktorer samt personliga omständigheter i terapeuternas liv. Orsakerna var dels kommande utifrån terapirummet och dels inifrån terapirummet och dessa verkar samverka.

Nyckelord: Motöverföring, Överföring, Trötthet, Arbetsbelastning, Möte, Samhällsutveckling, Hermeneutik, Fenomenologi

Who will do the hard thing?

Those who can.

Who will do the impossible thing?

Those who care.

Japanskt ordspråk

Tack!

Vi vill tacka våra informanter som har ställt upp i intervjuerna och delat med sig av sina erfarenheter. Utan er hade denna studie inte varit möjlig att genomföra. Ett stort tack också till vår handledare Gudrun Olsson och examinator Per Johnsson som gett oss hopp och stöd när vi känt oss missmodiga.

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Introduktion..... | 1 |
| Teori..... | 1 |
| Syfte..... | 10 |
| Metod..... | 10 |
| Vetenskapsteoretisk bakgrund..... | 11 |
| Berättelserna..... | 13 |
| <i>En känsla av otillräcklighet.....</i> | 13 |
| <i>Intervjuprocessen.....</i> | 13 |
| <i>Vad beror terapeutens trötthet på?.....</i> | 14 |
| <i>Terapeuten som soptunna i dålig miljö.....</i> | 15 |
| <i>Intervjuprocessen.....</i> | 15 |
| <i>Vad beror terapeutens trötthet på?.....</i> | 17 |
| <i>Ingen lyssnar.....</i> | 18 |
| <i>Intervjuprocessen.....</i> | 18 |
| <i>Vad beror terapeutens trötthet på?.....</i> | 19 |
| <i>En tefloninställning.....</i> | 20 |
| <i>Intervjuprocessen.....</i> | 20 |
| <i>Vad beror terapeutens trötthet på?.....</i> | 23 |
| <i>”Fan, jag måste bort härifrån!”.....</i> | 24 |
| <i>Intervjuprocessen.....</i> | 24 |
| <i>Vad beror terapeutens trötthet på?.....</i> | 26 |
| <i>Att lyfta både sig själv och patienten.....</i> | 27 |
| <i>Intervjuprocessen.....</i> | 27 |
| <i>Vad beror terapeutens trötthet på?.....</i> | 30 |
| Diskussion..... | 31 |
| Metoddiskussion..... | 33 |
| Etiska aspekter..... | 36 |
| Framtida studier..... | 37 |
| Referenser..... | 39 |

Introduktion

Uppsattsskrivarna arbetar båda på en allmänpsykiatrisk mottagning. Eva har en bakgrund som socionom med magisterutbildning i socialt arbete och en grundläggande psykoterapeutisk utbildning i familjeterapi. Hon har arbetat både inom socialtjänsten och den somatiska hälso- och sjukvården samt psykiatrin. Göran är legitimerad specialistsjuksköterska i psykiatri och har en grundläggande psykoterapeutisk utbildning inom den psykodynamiska traditionen. Han är även certifierad transaktionsanalytiker och har arbetat inom psykosklinik och allmänpsykiatrisk klinik.

Idén till uppsatsen uppstod då vi talade om hur pressen på vår arbetsplats har ökat. Administrativa möten, teamkonferenser, ett ökat inflöde av remisser, dokumentation, bokningar, avbokningar, ombokningar och inte minst ökat antal möten med mer eller mindre krävande patienter är några av de aspekter man som medarbetare har att hantera. Vi hade en gemensam upplevelse av att våra kollegor uttryckte att de i perioder var trötta på sitt arbete p.g.a. den ökade pressen. Vi kom in på att denna trötthet borde visa sig även i mötet med patienterna, men att det är något man helst inte pratar om. Den underförstådda normen är att man ska vara till hands i mötet med patienterna och att det skulle äventyras på något sätt av hur man själv mår är inte riktigt okej. Vi kom överens om att försöka undersöka detta genom att intervjua kollegor.

Förvisso har man undersökt utbrändhet allmänt sett (Emery, McLean & Wade, 2009; An, Callueng, Lee, Puig & Yoon, 2014), men man har i betydligt mindre omfattning studerat hur trötthet hos psykoterapeuter påverkar mötet med patienterna.

Med terapeutens trötthet menar författarna känslan av att tillfälligt eller under en längre tid tappa lusten för sitt jobb p.g.a. orsaker som t.ex. stress, övervägande negativa känslor i mötet med kollegor och/eller patienter och maktlöshet inför att kunna påverka sin arbetssituation.

Teori

Trötthet och stress

Olika tidsepoker har haft sina typsjukdomar och så har även 2000-talet. Han (2009) menar att vi idag har en neuralt präglad tidsålder som innebär ”depressioner, uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet (ADHD), borderline personlighetsstörning (BPS) och burnoutsyndrom (BS)” Han (2009, sid. 5). Vidare menar han att vi har ett övermått av positivitet som utvecklas i ett ”tillåtande och pacificerat samhälle, där det inte sker någon

polarisering mellan fiende och vän, mellan inre och yttre eller mellan eget och främmande” (Han, 2009, sid. 14).

Han (2009) beskriver att både ADHD, depression och BS tyder på ett övermått av positivitet. ”BS är en härdsmläta hos jaget på grund av överhettning när det blivit för mycket av det lika. Liksom han menar att hyper i hyperaktivitet inte är immunologisk kategori utan bara åsyftar en massproduktion av det positiva” (Han, 2009 sid. 15).

Vi tror att den ökade pressen på vår arbetsplats speglar samhällsutvecklingen i stort. Vi har gått från det som Foucault i Han (2009) kallade disciplinsamhälle till prestationssamhälle. Foucault talade om att fängelsesystemets disciplinering trängde ut i samhället och att den var en viktig del i processen mot att skapa den ”moderna människan”. Man ville närma sig en punkt där största möjliga snabbhet sammanföll med största möjliga effektivitet. Han (2009) skriver att dagens samhälle är ett prestationssamhälle som består av fitnessstudior, banker, kontorshotell, flygplatser och shoppinggallerior, etc., där människor snarare är prestationsobjekt än lydnadssubjekt. Disciplinsamhället var negativt med förbud och tvång och skapade galningar och förbrytare medan prestationssamhället har en positivitetskaraktär och skapar deprimerade och misslyckade människor. Den växande arbetsbelastningen gör det nödvändigt att använda en särskild tids- och uppmärksamhetsteknik som kallas multitasking. Detta innebär inte några framsteg för civilisationen utan handlar snarare om en regression, Han (2009).

”Depressionen är sjukdomen hos ett samhälle som lider av övermåttet av positivitet. Den återspeglar en mänsklighet som bekrigar sig själv” (Han, 2009, sid 20). Psykiska sjukdomar i ett prestationssamhälle är de patologiska manifestationerna av den paradoxala känslan av frihet i ett samhälle där förövare och offer inte är skiljbara. I brist på lugn och ro leds vår civilisation in i ett nytt barbari.

Han (2009) menar att strukturomvandlingen har fått människor att närma sig tillståndet hos vilda djur som alltid måste vara uppmärksamma för sin överlevnad. För att klara kraven på konstant uppmärksamhet och hela tiden växla fokus mellan olika uppgifter har vi utvecklat något som Han (2009) kallar hyperattention. Vi förlorar då förmågan till den djupa kontemplation som är nödvändig för att kunna uppleva det sköna och fullkomliga. Prestationssamhället leder till trötthet och utmattning.

Författarna tror att det ställs allt högre krav på medarbetarna på vår arbetsplats vad gäller multitasking och hyperattention. Exempelvis måste man flera gånger om dagen hålla sig ajour med inkommande e-mail, postfacken, facken i receptionen och bevaka kollegor i den datoriserade journalen. Dessutom finns en rutin där man turas om att gå igenom, prioritera

och fördela inkommande remisser och meddelanden i "teamvagnen" inför teammöten två gånger i veckan.

Währborg (2002) skriver i sin bok att det är oroande att allt fler personer mellan 16-44 år anser sig ha dålig hälsa, även om folkhälsan för övrigt har förbättrats under de senaste 20 åren. I ovan nämnda åldersgrupp är det stressrelaterade besvär som dominerar så som trötthet, depression, oro samt ångest. Dessa hälsobesvär tycks också skilja sig mellan olika sociala klasser. Långtidssjukskrivningarna har ökat liksom förtidspensioner. Währborg (2002) menar att informationssamhällets speciella påfrestningar börjar avspeglade sig i "nya" sjukdomar och vi måste öppna oss för nya gränsöverskridande perspektiv för att få kunskap om den nya ohälsan. Sannolikt är stressrelaterade tillstånd/sjukdomar mer ett uttryck för flera faktorer som har betydelse för att utveckla sjukdom. Idag kan man allt oftare höra beskrivningar om stress eller stressrelaterade sjukdomar i systemteoretiska termer som beskrivs som en uppsättning variabler i relation (interaktion) till varandra och som befinner sig i ständig förändring (process) (Währborg, 2002).

Währborg (2002) visar i sin bok en modell Alexanders "heliga septett" som ett exempel på en kausal modell för uppkomst av psykosomatisk sjukdom:

För liten moderskontakt - Astma

Önskan att vinna uppmärksamhet och kärlek (exhibitionism) – Eksem och klåda

Undertryckande av rebelliska tendenser- kronisk ledgångsreumatism

Undertryckande av aggressiva impulser- Förhöjt blodtryck

Dödsrädsla och fobi mot denna egna dödsrädsla – Förhöjd produktion av sköldkörtelhormon

Frustrerade beroendebestöv (uppfostran till passivitet och beroende med en livssituation som kräver aktivitet och oberoende) – Sår på tolvfingertarmen

Irriterad fientlighet – Inflammation i tjocktarmen

Ordet stress är inte en egentlig diagnos i sig själv och i medicinskt diagnostiska sammanhang använder man benämningar som t.ex. utbrändhet, depression och utmattning för att beskriva vad man menar. "Vad som orsakar stress är inte en bestämd faktor utan snarare betraktas individen, hennes varseblivning, tolkning och motivation, som avgörande hur den slutliga reaktionen blir" (Währborg, 2002. sid. 39). De andra begreppen, så som utbrändhet, beskrivs i boken som emotionell utmattning, dränering av känslor, negativa tankar om och känslor för sina patienter och en slags professionell identitetskris. Utmattningsdepression har fokus på arbetslivet där man förleds att tro att detta skulle vara enda anledningen till ohälsa och stressrelaterad sjukdom. Währborg (2002) menar att de symtom som uppträder till följd

av stress är av både social, psykisk och somatisk natur. Vidare använder han benämningen funktionell stress för sådan stress som inte ger upphov till skador eller sjukdom medan dysfunktionell stress är benämningen på den skadliga aspekten av de fysiologiska reaktioner som utgör stress. Währborg (2002) menar också att sårbarheten är olika från person till person beroende på olikheter i biologi och livssituation. Währborg, som är hjärtläkare och stressmedicinare med grundlig utbildning i psykologi, kan med säkerhet kallas expert inom området stress och stress relaterade sjukdomar, har gjort en modell som delas in i fyra olika nivåer och som följer här i en mycket kort och förenklad återgivning:

I den *externa miljön* förekommer stimuli som ger upphov till stress hos alla men också andra stimuli som kan ge stress hos enskilda personer. Den externa miljöns stimuli är svåra att komma åt vetenskapligt, då de är svåra att mäta, fånga eller beskriva på ett tillförlitligt sätt. Då det är svårt att fånga enskilda stressorer brukar man tala om den *totala stressbördan*, vilket innebär den gemensamma stressbördan i den externa miljön som tillsammans ger upphov till dysfunktionell stress. Som exempel på stressorer tar han upp mobiltelefoner som genom sin behändighet suddar ut gränsen mellan arbete och fritid. Andra exempel han tar upp han vara nöjesaktiviteter, TV, internet, sms-meddelanden, m.m., som gör tillfällena till vila, avskildhet, kontemplation och mental vila alltmer sällsynt (Währborg, 2002).

Vidare talar Währborg om hjärnan. Utan hjärnan hade stress inte funnits. I hjärnans olika vinklar och vrår är den indelad i *däggdjurshjärnan – neokortex*, där de stora tankarna återfinns, *fågelhjärnan - paleokortex*, som även kallas känslorhjärnan (här återfinns också det *limbiska systemet*), och sist men inte minst *hjärnstammen*, varifrån kroppens grundläggande funktioner styrs. Dessa ovanstående nivåer påverkar på olika sätt förutsättningarna för utveckling av stress. Det handlar om en process under en längre eller kortare tidsintervall och kallas *patogenes*. Det har under senare år också riktats uppmärksamhet kring hur man kan förbättra sin hälsa och till och med läka den från begynnande sjukdomsprocess. Denna process betecknas *salutogenes* och begreppet myntades av Aaron Antonovsky (1923-1994).

Relationer har en stor betydelse för människors liv. Vi har relationer till familj, vänner, arbetskamrater, etc. och till oss själva. Relationer utgör en central del av vårt mentala liv då de ligger till grund för hela vår personlighetsutveckling. Därmed är även relationsstörningar en orsak till stress, men relationer som är goda kan leda till dess motsats, vilket innebär ett skydd för oss. Inom kognitiv terapi kallas det för *Coping*, en besmättningsstrategi som är ett begrepp som används vid behandling av stress och dess relaterade sjukdomar. Det finns problemfokuserad coping vilket innebär att individen försöker undanröja hotet och emotionsfokuserad coping som innebär att individen förändrar sitt

förhållningssätt eller värderingar. Det finns många olika orsaker till stress och stressrelaterade sjukdomar.

Aaron Antonovsky (1923-1994) använde begreppet KASAM som står för känsla av sammanhang som är viktigt för att bli aktörer istället för offer i våra liv. ”*Begriplighet*- kan man förstå sin kropp, dess reaktioner och dess samspel med omvärlden? *Hanterbarhet*- kan kroppen påverkas, dess välbefinnande och lidanden? Vad kan jag göra? *Meningsfullhet*- Hur hänger det ihop- vardagen, själen och kroppen. Varför är det så? Vad gagnar det för syften? Vilken mening har det?” (Währborg, 2002. sid. 272).

Motöverföring

Ett begrepp som är centralt i studien är motöverföring. Det föregås av begreppet överföring som härstammar från psykoanalysen. Enligt Gabbard, Litowitz & Williams (2012) finns det antagligen lika många definitioner på överföring som det finns praktiserande analytiker, delvis för att fenomenet är något som man definierar på ett personligt plan under sitt yrkesliv som terapeut. Fenomenet överföring uppstår från aspekter av oss själva och formas av vår unika historia (Gabbard et al., 2012). Det implicerar bland annat att vi lever i nuet och i det förflutna och i det medvetna och i det omedvetna samtidigt. Gabbard et al., (2012) ger på sidan 66 en definition av överföring som fritt översatt lyder: Ett universellt mänskligt relaterande där tidiga erfarenheter med viktiga personer och dess intrapsykiska bearbetning, tillsammans med arkaiskt tänkande och kännande, bevaras, transformeras och frambringas i interaktioner i aktuella relationer. Förenklat uttryckt skulle man kunna säga att vår aktuella upplevelse av andra färgas av våra tidiga erfarenheter av viktiga relationer. Inom området psykoterapi kan överföring ses som att patienten upplever att terapeuten påminner om någon viktig person i patientens tidigare liv. Om terapeuten upptäcker överföringen kan den användas som en informationskälla till patientens inre liv och om patienten görs medveten om den kan han eller hon få ökad förmåga att uppleva andra som de är utan påverkan från det förflutna.

Motöverföring används för att beskriva de känslor som väcks hos terapeuten som en reaktion på patientens interpersonella mönster. Freud myntade begreppet 1910 för att referera till terapeutens omedvetna reaktion på patientens överföring (Gabbard et al., 2012). Freuds uppfattning var att motöverföring var störande för analysen och rekommenderade analytiker att själva gå i analys för att inte påverkas av privata reaktioner på patienternas problem. Robert Fliess förändrade synen på motöverföring med sin artikel ”The Metapsychology of the Analyst” från 1940. Han framförde idén om att istället se fenomenet som ett instrument i

psykoanalysen eftersom det ger terapeuten möjlighet att identifiera sig med patienten och på så sätt förstå dennes inre värld.

Melanie Klein introducerade 1946 termen projektiv identifikation för att beskriva en process som består av att patienten omedvetet projicerar attribut av egna inre aspekter ”in i” terapeuten och sedan identifierar sig med dessa aspekter hos terapeuten (Gabbard et al., 2012). Patienten agerar därefter utifrån hans eller hennes inre upplevelse av terapeuten. Klein såg projektiv identifikation som ett sätt att förklara motöverföring då det kan skapa terapeutens subjektiva reaktioner på patienten. Projektiv identifikation påverkar alltså inte bara patientens subjektiva upplevelse av terapeuten, utan även terapeutens känslor. Enligt Gabbard et al., 2012, utökade Bion i slutet av 50-talet definitionen av projektiv identifikation till att se den som en kommunikation mellan två psyken och Joseph Sandler bidrog 1976 med ytterligare förståelse genom att anta att patienten pressar terapeuten till att inta och ”bli” en roll i patientens inre värld och även att agera enligt den rollen. Genom denna ”rollresponsivitet” får terapeuten kunskap om patientens inre värld (Gabbard et al., 2012). Ett begrepp som nämns i studien är det som Baranger & Baranger kallar ”The bastion” (Gabbard et al., 2012, s. 110), vilket innebär att terapeuten och patienten omedvetet ger varandra roller som inte är terapeut/patient utan t.ex. förälder/barn och att dessa utspelas i terapirummet. För att terapiprocessen ska kunna utvecklas är det nödvändig att terapeuten gör sig själv och patienten medvetna om ”The bastion” och definierar och benämner den. Igra (2003) skriver att terapeuten kan ha en känsla av att vilja avvärja mötet med en patient som kan bli smärtsamt för terapeuten själv. Detta för oss till gränslandet mellan medveten och omedveten kommunikation och vad som utspelar sig däremellan är alltid en tolkning.

Idag tenderar man att lägga motöverföring under det övergripande begreppet intersubjektivitet, där man tonar ner synen på terapeuten som ”experten” som ska leverera ”sanningen” om patienten och istället betonar terapeutens och patientens gemensamma skapelse av den terapeutiska processen (Gabbard et al., 2012). Man menar från ett psykoanalytiskt perspektiv att det i relationen mellan terapeut och patient inte är möjligt att urskilja om känslan har sitt upphov hos terapeut eller patient (Philips & Holmqvist, 2008).

Objektrelationer

Objektrelationer är en term från psykoanalysen som beskriver hur människor interagerar med varandra och inom sig själva. Objektrelationsteorin ser relationer som det primära behovet hos människan (Gabbard et al., 2012). Man tänker sig att aspekter av viktiga personer i ens liv introjiceras och blir till inre representationer och dessa kallas inre objekt.

Dessa interagerar med inre strukturer som härstammar från en själv, självobjekt. Detta sker mestadels på ett omedvetet plan och det speglas bland annat i ens sätt att uppfatta sig själv och andra och hur man relaterar till omgivningen.

Försvarsmekanismer

Psykologiska försvar definieras av Gabbard et al., (2012) som de medel som psyket använder omedvetet för att skydda sig mot fara utifrån och inifrån. Inom ramen för psykoanalysen definieras begreppet motstånd av hur dessa försvar opererar i den analytiska situationen.

Freud framförde 1894 idén att psyket omedvetet klyvs när det konfronteras med upplevelser, känslor eller tankar som är oroande och oförenliga med jaget (Gabbard et al., 2012). För att försvara sig mot dessa element tvingar jaget dem ut ur medvetandet. 1936 kategoriserade Anna Freud nio olika sätt för jaget att försvara sig mot dessa hot och kallade dem försvarsmekanismer. Av dessa försvarsmekanismer nämns i studien förskjutning som innebär att man låter ilskan gå ut över någon annan/annat än den/det som är den egentliga anledningen till känslan. Den andra är reaktionsbildning som betyder att en känsla eller impuls vänds till sin motsats (Gabbard et al., 2012). Även projektiv identifikation (som beskrivs närmare under rubriken motöverföring) ses som en försvarsmekanism, då den ger individen möjlighet att slippa outhärdliga känslor.

Anknytningsteorin

Rydén & Wallroth (2008) hänvisar till John Bowlby (1969) som grundaren av anknytningsteorin. Den utgår från att människan har ett medfött beteendesystem som har utvecklats med evolutionen. Detta beteendesystem finns även hos vissa djur, som t.ex. chimpanser. Det handlar om att överleva genom att hålla sig till anknytningspersonen, d.v.s. föräldern i de flesta fall, eller att skynda tillbaka till honom eller henne vid fara. I Rydén & Wallroth (2008) hänvisar man till Bowlbys (1969) beskrivning av anknytningens funktioner: Att söka, läsa av och upprätthålla närhet till anknytningspersonen, att använda anknytningspersonen som en ”trygg bas” att hålla sig till och som en ”trygg hamn” att fly till i farliga situationer.

Människor beter sig på olika sätt när de känner sig otrygga och man har identifierat olika anknytningsmönster genom att studera hur små barn reagerar på separation från modern.

Man har funnit fyra kategorier av olika anknytningsmönster; tryggt, otryggt undvikande, otryggt ambivalent och otryggt desorganiserat. I studien nämns otryggt,

ambivalent anknytningsmönster som i korthet betyder att föräldern ibland är avvisande och ibland tillgänglig utan att barnet förstår varför. Resultatet blir att barnet klänger sig fast vid föräldern eftersom det inte vet när han eller hon är i kontakt. Barnets känslor blir motstridiga då det är beroende av föräldern och samtidigt känner ilska för att föräldern håller inne med det som barnet behöver (Rydén & Wallroth, 2008). Även desorganiserat anknytningsmönster nämns i studien och i detta uppstår en konflikt i barnet mellan behovet av närhet och trygghet och rädsla för en oberäknelig och skrämmande förälder. Anknytningsystemet aktiveras alltså mot en person som barnet samtidigt inte vågar närma sig. Detta resulterar i ett märkligt och motsägelsefullt beteende hos barnet (Rydén & Wallroth, 2008).

Mentalisering

Karterud & Bateman (2011, s. 10), definierar mentalisering på följande sätt: ”Mentalisering innebär att göra egna och andras upplevelser och handlingar begripliga i termer av mentala fenomen, det vill säga sådant som antaganden, känslor, hållningar, önskningar, förhoppningar, kunskap, intentioner, planer, drömmar, falska övertygelser, lögn.” Det handlar alltså om att förstå sitt eget och andras inre. ”Teorin kring mentalisering har inslag från evolutionsteori, anknytningsteori, utvecklingspsykologi, psykoanalys, neurobiologi, gruppdynamik och psykopatologi” (Karterud & Bateman (2011), s. 10).

Karterud & Bateman (2011) hänvisar till Fonagy och medarbetare (2002) som har utvidgat begreppet anknytningsrelation från att handla om barnets överlevnad och att undvika faror till självets utveckling och förmågan till mentalisering.

Tidigare forskning

Vi har tittat på en del forskning som tangerar vår frågeställning:

Arbetsmiljöverkets Arbetsmiljöstatistik Rapport (2014) om arbetsorsakade besvär uppger att den vanligaste orsaken till besvär i arbetet är stress eller andra psykiska påfrestningar och att det gäller såväl kvinnor som män. Sedan 2012 har andelen för kvinnor ökat från omkring 10 till knappt 15 procent och andelen män har ökat från omkring 6 till 8 procent. Andelen som angav stress eller andra psykiska påfrestningar som orsaken till besvären ökade under perioden 1998 till 2003 både hos kvinnor och män, Sedan vände trenden nedåt i stort sett fram till 2010.

Lindgren (2005) skriver i sin rapport ”Psykoterapeuters berättelser om arbetets personliga konsekvenser” att den professionella hållningen styrs av patientens legitima behov, inte av terapeutens egna känslomässiga behov eller impulser. Man ska med andra ord som

terapeut avstå från egna behov och impulser och fokusera på patienten. Lindgren hänvisar i sin rapport till Lenneér-Axelsson (1991) och hennes enkätundersökning som redovisar olika behandlares arbetssituation och deras reaktioner på den. Den handlar om yrkespåverkan inom arbetsgrupper så som socionomer, psykologer och psykoterapeuter. Hon tar upp allmän stress, avskärmning, distansering, avtrubning, överanalysering, övertolkning och ett specialiserat språk som några av de yrkesskador ovanstående kategorier kan råka ut för. Enligt Lindgren (2005) lär man sig som terapeut med åren att utveckla sina egna gränser och strategier och kan på så vis hålla isär det privata och det professionella. Något som är speciellt med terapeutyrket är att ingen kan vikariera för en. Att terapeuten skulle vara utbytbar ingår inte i det psykoterapeutiska paradigmet.

Olsson (2005) tar upp frågor som t.ex. hur psykoterapeuter ska kunna bibehålla sin självaktning då de ser sina egna brister, upplever att de inte har presterat tillräckligt bra eller inte förstår eller vet.

(Puig et al., 2014) skriver att utbrändhet är vanligt hos psykoterapeuter. De använde skattningsskalor som innehöll frågor om värderingar, utmattning, försämrat privatliv, inkompetens och negativ arbetsmiljö. Psykoterapeuter är utsatta för allvarlig stress i patientarbetet p.g.a. indragningar av ekonomiska resurser och ökad arbetsbelastning med fler patienter/klienter.

(Radeke et al., 2000) har studerat skillnaden avseende oro, depressioner och känslomässig utmattning hos psykologer som arbetar med forskning och psykoterapeuter som arbetar kliniskt. Att vara psykoterapeut är en komplicerad utmaning. Forskning tyder på att terapeuter förändras genom sitt arbete. Även om psykoterapeuter rapporterade mer oro, depressioner och emotionell utmattning, var de också mer tillfredsställda med sina liv och trodde att deras arbete påverkade dem på ett positivt sätt.

Tudor-Sandahl (1990) menar att terapeuternas personliga liv påverkas av mötet med patienterna och av alla yrkesutövare är det de som har vårdande yrken som är mest tillfredsställda, men också de som är mest emotionellt utarmade.

Emery, Wade & McLean (2009) beskriver individuella faktorer för utbrändhet. De indikerar fyra terapistrelaterade övertygelser hos terapeuter som är ohjälpsamma i psykoterapeutiska sammanhang:

1) Låg empati med patientens oro och smärta, vilket relateras till oro och smärta hos terapeuten och tankar som: ”Om jag låter patientens oro beröra mig har jag misslyckats” och ”Jag måste skydda klienten från att uppleva smärtsamma händelser.”

2) Terapeuten är rigid i användandet av terapeutiska modeller då de tror att bara en behandlingsmodell ska användas i terapin. Detta orsakar oro hos terapeuten som kan tänka att det är oprofessionellt att använda ett eklektisk tillvägagångsätt i terapi.

3) Terapeuten känner oro om behandlingen inte lyckas och det är dennes ansvar om patienten inte gör framsteg. Detta relateras till perfektionistiska ideal och förväntningar avseende genomförandet och behandlingsresultat.

4) Behovet av kontroll i terapin reflekterar terapeutens övertygelse om att fullständig förståelse för vad som händer i terapin är nödvändig för en lyckad behandling. Behovet av emotionell och terapeutisk kontroll har associerats med oro hos terapeuten.

Syfte

Vår frågeställning är hur mötet med patienten i terapeutiskt arbete påverkas när terapeuten är trött på sitt jobb. Vår förhoppning är att intervjuerna ska ge en tydligare bild av hur detta kan visa sig. Vår frågeställning kanske kan vara av intresse för arbetsgivare och väcka intresse för vidare forskning inom området.

Metod

Studien är kvalitativ med sex intervjuer som underlag. Urvalet gjordes på den allmänpsykiatriska mottagningen där vi själva arbetar. Informanterna var anställda som kuratorer och psykologer och var inom åldrarna 40-64 år. De arbetade terapeutiskt och hade minst grundläggande utbildning i psykoterapi.

Vi kom överens om att fråga tre kollegor var och de tillfrågade gav sitt muntliga samtycke till att bli intervjuade om när man är trött på sitt arbete. Intervjuerna gjordes på den allmänpsykiatriska mottagningen, antingen på författarnas eller informanternas rum och de spelades in med filmkamera med linsen riktad från den intervjuade så att bara ljudet uppfattades.

Någon intervjuguide användes inte då vi ville utgå så förutsättningslöst som möjligt för att få berättelser om situationer i det konkreta mötet med patienterna. Vi förberedde intervjuerna genom att boka tid med informanterna och avsatte en timme. Intervjuerna transkriberades ordagrant och texterna granskades och analyserades. I texten med de intervjuade benämner vi oss själva som ”intervjuaren”, terapeuten som ”T” och patienten som ”P”.

Under arbetet med intervjusammanfattningarna har vi läst de transkriberade texterna åtskilliga gånger och växlat mellan att se helheten och detaljer och tolkat dem utifrån att skapa

förståelse och mening i enlighet med den hermeneutiska cirkeln (se nästa kapitel, Vetenskapsteoretisk bakgrund). Den fenomenologiska ansatsen har varit att förstå hur tröttheten visar sig hos terapeuterna och hur detta i sin tur kan påverka patienterna och förstå hur detta visar sig i mötet dem emellan. Vi har växlat mellan att empatiskt försöka förstå båda parter tankar, känslor och intentioner och att kritiskt granska aspekter som t.ex. intervjuarens egen hållning och intentioner, vad som händer mellan intervjuaren och informanten och mellan informanten och patienten. Vi har försökt att tolka terapeuternas tolkningar av patienterna, alltså att tolka det som redan har tolkats, det som Giddens kallar dubbel hermeneutik (Månson, P. (Red.), 1998). Vi utelämnade uppgifter som skulle kunna avslöja terapeuternas eller patienternas identitet och även vissa delar av intervjuerna som vi bedömde irrelevanta för frågeställningen. Intervjuerna redigerades även för att göra texten mer lätthanterlig, som t.ex. att samla anamnestiska uppgifter om patienterna till ett stycke. Vår teoretiska bas i detta arbete har varit psykodynamisk och systemisk.

Vetenskapsteoretisk bakgrund

Hermeneutik är läran om tolkning och förståelse. Man försöker undersöka vad det är som visar sig och vad det betyder. Det finns ingen absolut sanning och vår egen subjektivitet är oundviklig i tolkandet av berättelserna. Det är det skrivna och inte det talade som är tolkningsobjektet (Olsson, 2008). Vårt arbete med intervjuerna har utförts på ett sätt som kan beskrivas med "den hermeneutiska cirkeln", i vilken utgångspunkten är att upplevelser och beskrivningar alltid utgår från antaganden och förförståelse, vilket styr hur och vad som upplevs och hur det sker. Förståelse växer fram i en cirkulär rörelse mellan ens förförståelse och möten med nya erfarenheter, vilket leder till ny förståelse som i sin tur blir förförståelse i fortsatt läsning. Gadamer (1997) skriver: "Förståelse är i grunden alltid en cirkelrörelse, som väsentligen består av upprepade vändningar från helheten till delarna och omvänt. Därtill kommer, att denna cirkel ständigt vidgas, eftersom helhetens begrepp är relativt och förståelsen av det enskilda alltid påverkas av dess inplacering i allt större sammanhang" (s. 128).

Olsson (2008) skriver om misstankens hermeneutik där man kan söka efter motsägelser och fokusera på det utsagda. Olsson (2008) hänvisar till Ricoeur som presenterar två olika sätt att tolka texter varav den ena syftar till förklaring som bygger på ett strukturellt tillvägagångssätt och den andra syftar till förståelse och tolkning. Vi har växlat

mellan att empatiskt försöka förstå de intervjuade, tillitens hermeneutik, och att kritiskt granska vad som sägs och vad som inte sägs, misstankens hermeneutik.

Vi försöker inte bara förstå och tolka texten i intervjuerna, utan försöker även tolka vad som pågår i informanternas och patienternas inre och hur detta visar sig. Det är här fenomenologin kommer in. Ordet fenomenologi, från grekiskans *phainomenon*, som betyder *det som visar sig*, och *logos*, som betyder *lära*, alltså läran om det som visar sig (Olsson, 2008). Månson (Red.) och Wiklund (2004) citerar Thomas Kuckmann; ”Fenomenologins målsättning är att beskriva den subjektiva orienteringens universella strukturer, inte att förklara den objektiva världens generella grunddrag” (sidan 70). Det är hur subjektet upplever olika fenomen som är det centrala.

Den moderna fenomenologins grundare, Edmund Husserl, beskrev det som han kallade för livsvärlden som den verklighet vi uppfattar och lever i. Han menade att man skulle kunna förstå livsvärlden ”rent” och helt förutsättningslöst genom att bortkoppla eller sätta sin egen förförståelse inom parentes (Husserl, 1913). Detta har senare kritiserats av bl.a. Heidegger och Gadamer. Gadamer (1997) menar att det inte är möjligt att koppla bort den påverkan som historien och traditionen har, hur mycket man än vill. Denna inställning ansluter författarna sig till.

I mötet med terapeuten har patienten sin förförståelse och uppfattning om vad problemet är och som representerar en horisont (Olsson, 2008), medan terapeuten med sina kunskaper och förförståelse representerar en annan horisont. Ur dialogen där terapeuten försöker förstå och tolka patienten måste det rymmas ett nyskapande av patientens förförståelse, vilket erbjuder nya tolkningsramar så att en självförståelse skapas. Författarnas egna förförståelser, antaganden och tolkningar leder slutligen till den text som beskrivs i denna uppsats.

Vi är ödmjuka inför att vi påverkas på olika sätt som vi inte är medvetna om. Det går till exempel inte att bortse från att författarna som studenter på psykoterapeutprogrammet har en förförståelse för psykoterapeutiskt arbete och som kollegor till de intervjuade en förförståelse för arbetet på den allmänpsykiatriska mottagningen. Detta kan även ses som en fördel, eftersom det öppnar möjligheter för fördjupad förståelse. Vi har ändå försökt att studera materialet så öppet och fördomsfritt som möjligt.

Berättelserna

En känsla av otillräcklighet

Intervjuprocessen.

Intervjuaren frågar Annika om hon kan berätta om något tillfälle då hon har tappat lusten i sitt arbete som terapeut. T svarar att hon hade tänkt berätta om ett ärende som hon upplevt som jobbigt och intervjuaren accepterar detta önskemål. En tanke intervjuaren får är att T kanske värjer sig inför det obehag som frågeställningen kan väcka, (d.v.s. att tala om egna tillkortakommanden) och väljer istället att fokusera på patienten.

T berättar att hon i detta ärende känt sig otillräcklig som terapeut. Det handlar om en man i 35- års ålder som p.g.a. ett allvarligt suicidförsök lades in på psykiatrisk klinik och sedan remitterades till öppenvården. T upplevde mannen som mycket ensam, utan vänner eller flickvän. Han hade sporadisk kontakt med pappan och brodern och verkade inte ha förmåga att etablera andra kontakter. T upplevde honom som udda och kände medlidande.

P hade många fysiska handikapp, bl.a. en mindre puckel på ryggen. Detta säger T med lite vemod och sorg i rösten och det framkommer att hon tyckte synd om den här mannen. Han hade även problem med sköldkörteln och hjärtat och hade opererat kroppspulsådern som riskerade att brista.

P hade vuxit upp i ett hem med begränsad känslomässig närhet. Han hade mest suttit på sitt rum, hade få kompisar och blev retad för sitt utseende. Han menade att det inte fanns någonting att leva för eftersom han inte hade några vänner och ingen partner och att suicidförsöket var allvarligt menat. ”Han klarade sig mirakulöst”, säger T.

P: s situation fick T att känna sig hjälplös. Hur skulle hon kunna hjälpa honom att få kontakt med en kvinna eller få fler vänner? Dessutom arbetade han som chaufför och hade inga arbetskamrater. T kände sig ansvarig för att få in P i ett socialt sammanhang och hade föreslagit honom att gå på en målarkurs, vilket han faktiskt gjorde, men slöt sig i sin blygsel och tillbakadragenhet och slutade efter ett tag. Intervjuaren kan höra besvikelsen i T:s röst. Kände hon sig själv misslyckad då hon inte lyckades med P?

T kände att P kom till henne med önskan om en meningsfull tillvaro. T kommer i intervjuögonblicket att tänka på en av de viktigaste anledningarna till P:s suicidförsök; hans spelberoende som ledde till att han spelade bort 200 000 kr. T menade att spelandet var till följd av att han inte hade något annat att göra på sin fritid.

T jobbade för att P skulle bli mer aktiv och få fler sociala kontakter men säger: ”Jag klarade det inte”. Intervjuaren uppfattar här smärta och skuld hos T. Vilka krav har T på sig själv som terapeut och var kommer P:s eget ansvar in? T berättar vidare att P hatade jularna

och försökte alltid jobba den tiden på året för att slippa känna sig ännu mer ensam. T tyckte synd om honom men medger att hon även kände ilska över hans hjälplöshet. Kanske väckte han någonting hos T som hon inte själv vill veta av? Hjälplöshet? Vanmakt?

Efter att T förgäves hade försökt ingjuta hopp i P, trodde hon inte själv på det längre och avslutade terapin efter ett år. Var det T:s egen besvikelse över sina tillkortakommanden och kravet på sig själv att lyckas som egentligen blev den stora besvikelsen? T frågar sig själv om hon skulle ha gett P ett år till och om hon skulle ha jobbat mer med anknytningen. Hon hade i avslutningssamtalet sagt att P kunde höra av sig för ett uppföljningssamtal men det gjorde han aldrig och hon tänker fortfarande på honom ibland och undrar hur han har det.

På intervjuarens fråga om hur mötet med P har påverkat henne svarar hon: ”Terapi är nog bra för många, men om man inte kan applicera det på någonting, och det kunde inte P, varken i sitt arbete eller privat. Tanken med terapi är väl att man skall kunna använda det i sitt dagliga liv men det kunde inte P.”

Intervjuaren undrar om det finns något annat som får henne att känna sig trött. T menar att arbetsmiljön är otroligt tuff med många tunga ärenden, att organisationen påverkar och att patienterna med sin problematik och sitt lidande sliter på behandlarna. T undrar hur hon skall räkna till för alla eller om hon bara ska räkna till för vissa. Det är en etiskt svår fråga. T tillägger att det gäller att ha ett bra privatliv och inte tänka på sina patienter på fritiden. Det är hon bra på.

Vad beror terapeutens trötthet på?

T känner sig maktlös, hjälplös och otillräcklig som terapeut i relation till P. Intervjuaren tänker här på motöverföring: T känner sig ansvarig för att få P in i ett socialt sammanhang och är besviken över att inte klara det. P:s upplevelser i familjen återspeglar sig kanske i relationen med T genom att T känner sig misslyckad så som P förmodligen gjorde.

T verkar som en följd av detta agera som om hon vill bli av med P. Är detta ett resultat av tröttheten? Hon liksom knuffar ut honom till en målarkurs, försöker få honom mer aktiv och skaffa sig fler sociala kontakter. Men P slöt sig i sin blygsel och tillbakadragenhet istället. Var det så att P egentligen, kanske omedvetet, önskade något annat av terapin? Kanske det hade hjälpt att få dela svåra känslor och upplevelser med någon som lyssnar respektfullt och förstår? Vad hindrar T från att erbjuda P detta? Hon tycker synd om honom och för intervjuaren framstår T som en empatisk terapeut som känner både sorg och omsorg för P. Har T svårt för att stå ut med sorgen och därför vill bli av med P? Eller är hon rädd för att

känslan av att vilja skydda och ta hand om P ska göra honom så beroende att hon aldrig blir av med honom? Eller kanske både och?

T undrar hur hon skall räcka till för alla eller om hon bara ska räcka till för vissa. Ett sådant uttalande kommer enligt intervjuaren från en människa som troligen känner sig pressad och otillräcklig. Kanske kan uttalandet kopplas till T: s kommentar om att hon kanske skulle ha arbetat längre med P? Skulle hon räcka till för P eller skulle hon avsluta honom för att räcka till för någon annan? Intervjuarens tolkning är att T känner skuld och tvivlar på sin egen bedömningsförmåga. Att förgäves försöka ingjuta hopp i en annan människa i ett års tid måste ta på krafterna och till slut kanske det blir så svårt att stå ut med de egna känslorna att avslutning blir enda lösningen.

Terapeuten som soptunna i dålig miljö

Intervjuprocessen

Då intervjuaren frågar Mona om det funnits något tillfälle i patientarbetet där hon har varit trött eller känt olust svarar T att hon inte känt olust men maktlöshet. T menar att hon många gånger möter patienter med en social och ekonomisk situation som hindrar dem från att komma vidare. De kan inte fokusera på personlig utveckling i terapin då de är upptagna av sin besvärliga livssituation. T säger att hon kan känna maktlöshet och ilska över att ”de” inte förstår hur de mest utsatta har det. Intervjuaren antar här att T menar makthavarna och/eller ledningen. Kanske talar T även om sig själv, att makthavarna/ledningen inte heller förstår hur hon har det?

T börjar berätta om en P hon haft i olika omgångar som lider av kronisk depression. Ju mer hon pratade med P desto tydligare blev det hur svår hans livssituation var. Han såg bara meningslöshet i allting och var fullkomlig uppgiven. Hon försökte ”starta saker” för honom men han svarade inte an på detta. Intervjuaren tänker förundrat: ”Vad försökte hon starta för P och var går gränsen för hennes ansvar?” De pratade om P: s bakgrund men kom inte vidare och T undrade hur hon skulle fortskrida. Hon bedömde att det fanns en stor suicidrisk och kände en tyngd som var svår att släppa. Sedan börjar T plötsligt prata om en annan P och hans kompis som varit påverkade i terapirummet. Intervjuaren blir förvånad över detta byte av ämne. Kanske T kom i kontakt med tyngden hon nämnde och på detta sätt försökte undvika den?

På intervjuarens initiativ återgår T till att tala om den första P och säger att hon inte kan erinra sig någon trötthet eller olust men att hon känner uppgivenhet. T har försökt avsluta terapin eftersom den inte leder någonstans men P har protesterat. Enligt T tar han inte in vad

hon säger och om det inte sker någon förändring blir hon bara en soptunna som han lastar av sig i. Då intervjuaren frågar vad som händer med henne då svarar T att hon blir trött men att det är en känsla mer för stunden och ingenting hon fördjupar sig i.

Intervjuaren uppfattar T som motsägelsefull. Hon förnekar först känslan av trötthet och säger sedan att hon blir trött. Hon talar om en tyngd som är svår att släppa och säger sedan att tröttheten hon känner är mer för stunden. Intervjuaren tänker sig att tyngden och tröttheten tangerar varandra i detta fall.

Det är som om T för en inre kamp mellan å ena sidan en känsla av uppgivenhet, trötthet och tyngd och å andra sidan kritiserar sig för att hon känner så. Hon verkar på ett rationellt plan hantera detta med att intala sig att det inte berör henne så mycket. Intervjuaren tänker att genom att förneka den påverkan P har på henne riskerar T att fortsätta att tyngas ner, eftersom känslorna inte försvinner. Detta borde bidra till T: s trötthet.

Intervjuaren frågar T om hon minns något tillfälle med en annan patient och hon erinrar sig en P som hon har haft i flera år och som nyligen hört av sig igen. Det är en osjälvständig, ensamstående mamma med en svår uppväxt som är deprimerad och har ångest. Även denna P har svårt att ta in T: s interventioner. Efter att föräldrarna skildes fick P stanna hos modern medan systemen flyttade till fadern. Modern behandlade sedan P som en docka medan hon smutskastade systemen. Idag får P hjälp av modern på olika sätt, vilket irriterar henne, samtidigt som hon behöver sin mamma. Kan det vara så, tänker intervjuaren, att modern fortsätter att behandla P som en hjälplös docka och att P måste anpassa sig efter det för att inte avvisas och smutskastas som systemen? Kanske är P:s relaterande till T i så fall exempel på en överföring; P verkar enligt intervjuaren vara beroende av T eftersom de har haft kontakt i flera år och att hon nu hör av sig igen. Samtidigt lyssnar hon inte på T, vilket enligt intervjuaren borde vara ett uttryck för ilska. Detta scenario påminner om P:s behov av sin mamma, vilket samtidigt irriterar henne.

P säger att hon känner sig ensam och T: s kommentar till detta är att hon inte kan lösa P:s kompisrelationer. Vad motiverar T till detta uttalande som egentligen är självklart? Kan det vara så att hon trots allt faktiskt tvivlar på det självklara och behöver övertyga sig om att det faktiskt inte är hennes ansvar? Det är som om T har svårt att se gränsen för hur långt det egna ansvaret sträcker sig när det gäller att hjälpa P. Även detta borde bidra till T: s trötthet i så fall.

Intervjuaren undrar om T har något mer att tillägga som svarar att hon har arbetat inom psykiatrin i 20 år och har lärt sig att det tar längre tid att arbeta med en patient än vad man tror. Idag skall det gå så fort. De patienter hon har lyckats bäst med är de som har fått tid

att bygga upp en anknytning där de börjat lita på T. Det är då det börjar det hända saker, menar hon.

Vad beror terapeutens trötthet på?

T vill inte använda ordet trött från början av berättelsen utan anger maktlöshet och ilska för att beskriva hur hon känner sig. Vill T inte framstå som någon som kan vara trött på sitt jobb? Skulle det för T kanske avslöja en svaghet som hon inte vill veta av? Hon verkar i alla fall inte vilja ha att göra med de känslor hon får i mötet med den första patienten. Hon kommer in på sin uppgivenhet då P:s psykosociala problem hindrar honom från att må bättre. Kanske T menar att det inte är lönt att tala om de psykosociala problemen inom ramen för en terapi? Om det förhåller sig så, är kanske hennes känsla inför terapin negativ redan från början. Kan T i så fall förmedla en negativ hållning och en trötthet i mötet med P?

Intervjuaren spekulerar om ett motstridigt scenario: T framstår som en empatisk terapeut som står på de svagas sida. Kan det finnas en risk att T, i sin känsla av maktlöshet och ilska mot makthavarna/ledningen, tenderar att se både P och sig själv som reella offer? Att det är lönlöst att ens försöka ändra på något? Kan det i så fall ytterligare bidra till T: s trötthet och uppgivenhet? Det är samtidigt rimligt att anta en ilska hos T mot P som uppgivet lämnar över sina psykosociala problem till T. Men det kan vara svårt att acceptera ilskan hos sig själv när den riktas mot någon man värnar om. Kanske T i så fall använder försvarsmekanismen förskjutning som en lösning på dilemmat och överför ilskan till makthavarna/ledningen som representerar en gemensam fiende för henne och P. I så fall kan man befara en omedveten icke-konstruktiv allians mellan T och P som handlar om att det inte är lönt att försöka ändra något så länge makthavarna/ledningen inte förstår. T: s känsla av att vara som en soptunna blir förstaelig om det enda som återstår för P är att tala om hur eländigt allt är.

T berättar om en annan P, den osjälvständiga, ensamstående mamman. T har försökt lasta över henne till andra terapeuter men hon återkommer alltid. Detta får intervjuaren att associera till ett otryggt, ambivalent anknytningsmönster. Kanske kan man se det som händer mellan P och T i ljuset av detta. T: s motöverföring på P: s ovan nämnda överföring motsvarar moderns försök att få P att anpassa sig. P hoppas och längtar efter att få det hon behöver av T, samtidigt som hon är arg och inte lyssnar, oavsett vad T säger. Om det ligger något i detta, borde det ytterligare förstärka T: s trötthet.

Ingen lyssnar

Intervjuprocessen

Intervjuaren frågar Lisa om hon kan berätta om något tillfälle då hon har tappat lusten eller känt olust i mötet med någon patient. T uppger att hon kan det och att det ligger ganska nära i tiden. P är en osjälvständig tjej i 30-års ålder utan barn. De har träffats 6-7 gånger. P har varit sjukskriven sedan 1½ – 2 år tillbaka, medicinerar och har varit inlagd. Hela hennes tillvaro handlar om att vara med sin pojkvän, men samtidigt bråkar hon och drar igång konflikter med honom, så det är dubbelbottnat. P glömmer att äta och kan inte vara ensam utan hänger sig kring halsen på sin pojkvän och säger att om han lämnar henne kan hon inte leva. Intervjuaren tänker att P:s problematik handlar om beroende/självständighet och att detta borde visa sig i terapin på något sätt.

Ett problem i terapin, säger T, är att P inte lyssnar på vad hon säger. ”Det verkar som det går in genom ena örat och ut genom det andra”, säger T. Hon känner sig frustrerad då hon verkligen försöker fånga P:s intresse utan att lyckas. Det är som om P är inte närvarande i rummet. Intervjuaren undrar hur hon märker detta och T svarar att P tittar sig runt i rummet och ut genom fönstret och säger saker som inte har med samtalet att göra. Hon kan plötsligt ställa sig upp, titta sig i spegeln, rätta till sin frisyra och sedan växla in på ett helt annat spår. Det hänger liksom inte ihop, säger T. Hon har börjat undra om P har någon hjärnskada eller är retarderad, men eftersom hon har haft en chefsposition på sitt arbete så kan det inte stämma.

T säger att ingenting biter på P och ingenting fungerar. Avdelningen på den psykiatriska kliniken anser att P:s passivitet bara ökar under vistelsen och skriver ut henne så fort som möjligt, vilket resulterar i att hon åker in och ut på sjukhuset flera gånger. Det t.o.m. anges i journalen att P inte är behandlingsbar. För att något över huvud taget skulle hända, föreslog T att P skulle få ECT (Elektrokonvulsiv behandling), men då hon inte har fått något gehör för detta, har T:s frustration ökat ytterligare. Intervjuaren får intryck av att T har svårt att stå ut med de känslor P väcker. Motöverföringen verkar handla om att bli av med P. Kanske visar sig P:s eventuella inre konflikt rörande beroende/självständighet här? Intervjuaren tänker sig att P:s beteende i terapirummet kanske kan tolkas inom ramen för ett desorganiserat anknytningsmönster, enligt Rydén & Wallroth (2008).

T frågar sig vilket uppdrag hon har i det här och tror inte att P själv vet varför de träffas. P har inget mål eller någon agenda och tar inte upp något problem. Hon är mer oroad över att hennes kille ska göra slut. T säger återigen att hon känner sig arg och frustrerad och undrar vad hon skall göra åt detta. Vid ett tillfälle hade P en tid till T samma dag som hon skrevs ut från sjukhuset. T bedömde då att P mådde lika dåligt som före inskrivningen och uppmanade henne att återvända till avdelningen. P menade att man inte ville ha henne där och

hon kunde inte heller bo i sin lägenhet för att pojkvännen tyckte att hon var för jobbig. Intervjuaren nästan häpnar inför det som utspelas; det är som om P: s inre objektrelationer, enligt Gabbard et al. (2012), externaliseras och blir verkliga personer; P är skräckslagen för att bli lämnad och samtidigt resulterar hennes beteende i att ingen står ut med att vara i hennes närhet.

På frågan hur T känner sig så återupprepar hon frustration och ilska. P kom inte på den senaste bokade tiden och T bestämde då att hon själv skulle få höra av sig. P hade sedan lämnat flera meddelande på T:s telefonsvarare innan T till slut ringde upp. T uppmanade P att boka en ny tid och fundera på vad hon behövde och ville ha hjälp med, skriva ner detta och ta det med sig till nästa session. Intervjuarens reflektion är att T verkar straffa P. Varför inte bara prata med P om det när de träffas istället? P har sagt att hon inte vet vad hon vill ha hjälp med och troligen vet hon inte vad hon behöver heller. Det mest troliga motivet till T: s agerande är enligt intervjuaren att bli av med P. Om detta antagande är riktigt så lyckades T: P bokade ingen ny tid.

Intervjuaren undrar om T har påverkats av P och om det är något hon tar med sig hem. T säger att hon hade behov av att prata av sig efteråt och kände sig frustrerad och arg över att inte nå fram till P, oavsett vad hon gjorde. Hon hade ju ett uppdrag att uppfylla. T menar att P är en av dem som kommer att finnas kvar i hennes huvud. Det har varit omöjligt att uppnå någonting och hon har kämpat så mycket med P. Hon har varit flexibel med tider och gett P 90 minuter varje gång, ringt till vårdavdelningen, försökt få med pojkvännen och mamman till terapin men inte lyckats med någonting. Intervjuarens reflektion är att det framkommer en annan sida hos T här. Hon har gjort flera avsteg från de vanliga ramarna och kanske har T omedvetet känt av P:s desperata behov och försökt tillgodose dem genom dessa rambrott?

Vad beror terapeutens trötthet på?

Utan att påstå att T är utbränd kan intervjuaren ändå relatera ovanstående faktorer till T: s agerande utifrån hypotesen att hon känner sig mycket pressad:

Vad gäller första faktorn verkar T inte försöka förstå det som händer i terapin utifrån ett psykologiskt perspektiv, utan relaterar P: s beteende till hjärnskada eller utvecklingsstörning, trots den rationella övertygelsen om att detta inte kan stämma. Detta kan ses som ett försök att skydda både P och sig själv från oro; som hjärnskadad eller

utvecklingsstörd förstår man inte sin situation fullt ut och kan rimligtvis inte bli så orolig och T behöver inte försöka förstå något hos P som kan väcka hennes egen oro.

Enligt intervjuaren kan den andra faktorn relateras till att T förefaller provocerad av P:s obegripliga beteende och under inflytande av sin frustration och maktlöshet blir hon rigid i sitt tänkande. Det är också som om hon överväldigas av det känslomässiga material som P förmedlar och som att hon i motöverföringen förlorar en del av sin reflektionsförmåga. För att undvika sin egen oro verkar T leta efter förklaringar och lösningar utanför terapirelationen, istället för att fundera över alternativa förhållningssätt i terapin.

Faktor tre handlar om terapeutens ansvar för en lyckad terapi. Intervjuaren tycker sig se T försvara sig mot oro genom att ge P diagnoser som indikerar att psykologisk behandling inte är möjlig. Att behandlingen inte fungerar kan ju inte vara T:s ansvar eftersom P inte kan tillgodogöra sig terapi.

Den fjärde faktorn relaterar till behovet av kontroll i terapin som i sin tur indikerar oro hos terapeuten. T ger flera exempel på behovet av kontroll; hon försöker få P att ta med sig mamman och pojkvännen till terapin, hon dirigerar P tillbaka till avdelningen på sjukhuset, hon vill att P ska få ECT och hon ger P alltför avancerade instruktioner. Intervjuarens reflektion är att T verkar kämpa med att försöka kontrollera P för att undvika sin egen oro och kanske även ett överjag som hotar med straff om hon misslyckas.

En tefloninställning

Intervjuprocessen

Intervjuaren frågar Anna om hon kan vara trött på sitt arbete ibland och hon känner väl igen det. Hon var det till och från under hela förra året. Det är sällan patienterna som är orsaken, även om en och annan kan göra en trött. Inte heller kollegorna bidrar till känslan. De flesta kämpar på och försöker samarbeta och hjälpa varandra. Hon ser orsakerna i för mycket stress och att det är organisationens fel.

Intervjuaren undrar om hon har upplevt att denna trötthet har påverkat mötet med patienterna. ”Absolut”, säger T. Om hon känner sig trött, less och full av stress och frustration blir hon lättirriterad och tappar lusten och inspirationen. Även inlevelseförmågan och fantasin påverkas negativt. Det går ut över terapiarbetet också. Hon varken hinner, orkar eller vill läsa på i journalen inför mötet med patienterna och orkar inte heller engagera sig lika mycket.

T menar att det sker en ansvarsförskjutning i teamet som ökar arbetsbördan och som liknar hela samhällsutvecklingen där mer och mer ansvar läggs på sköra och trasiga människor. Detta har även smugit sig in i terapirummet. Dessutom har chefen blivit mer och

mer pressad av det som händer och om dennes engagemang och förståelse för sina anställda minskar, påverkas kanske också empatin gentemot patienterna negativt. Intervjuaren ber inte T att konkretisera vad hon menar med ansvarsförskjutningen på teamet men tänker att hon beskriver en generell tendens hos människor att svära sig fria från visst ansvar och överlämna detta till den som står direkt under i statusstegen. Om man översätter detta till ett psykiatriskt team skulle det kunna innebära att de som har högst lön överlämnar en del av sitt ansvar till den yrkeskategori som tjänar näst mest, o.s.v. Som terapeut tar man med sig det ökade ansvaret och lägger över det på patienten, som oavlönad av sjukvården logiskt sett står lägst i hierarkin.

T berättar om en P, en fritänkare, lite av en nomad, som en modern luffare som inte vill inrätta sig i samhället. Han är i 30-års-åldern med ett litet barn och har precis fått sjukpension. Han kom till mottagningen för ständig ångest som berodde på att han var väldigt negativistisk. De skulle jobba i terapin med detta, så P fick en hemuppgift som handlade om att fokusera på hans starka sidor. När P kom tillbaka, hade han inte gjort någonting och sa: ”Ja, nej, men jag visste att det skulle bli så här. Jag pallar inte göra sådana uppgifter för jag tror inte på meningen med dem när jag väl sitter där hemma och ska göra dem.” Då sa T ”ganska kärvt”, som hon uttrycker det, att ”terapin bygger på att det är så här man jobbar och om man inte känner att man kan leva upp till det eller klarar av den utmaningen som det innebär så finns det kanske inte några förutsättningar för att bedriva den här terapin. Då är det kanske bättre att gå i någon mer kravlös terapi utan några hemuppgifter och lite mer förutsättningslöst eller villkorslöst reda ut sina bekymmer och sedan kan man komma tillbaka när man känner mer motivation eller förmåga att jobba på det här sättet.” Det tyckte P var en bra idé och så avslutades kontakten. T säger att hon nog hade jobbat mycket mer med att försöka motivera P för ett år sedan och upplever en ganska besvärande inställning hos sig själv: ”Det är på något sätt upp till patienten. Take it or leave it.”

Intervjuarens reflektioner går i följande riktning: T är insiktsfull och ser skillnaden i sitt sätt att hantera P: s motstånd beroende på hur trött hon är på sitt arbete. Men kan man ana en föreställning om att den behandling hon bedriver är bättre än andra? I alla fall verkar hon mena att den är mer krävande. Men när P mer förutsättningslöst eller villkorslöst har rätt ut sina bekymmer i en mer ”kravlös terapi”, som T kallar det, har inte P uppnått sitt mål då? Att reda ut sina bekymmer innebär väl att de bekymmer man har reds ut och vad kan man då tänkas ha kvar att göra i en terapi? Intervjuaren antar att T menar något annat men det framgår inte och intervjuaren missade att be henne utveckla sin tankegång.

Intervjuaren undrar vad T kände när P inte hade gjort sin hemuppgift. Hon kände ”den här tröttheten” och här krävdes ytterligare någon form av energiuttag från henne och det kände hon sig inte speciellt road av. ”Det var nästan en lättnad att avsluta P”, säger T. ”Det är det som händer med en. Den energi som man borde ha finns inte där och det är ju så i den här organisationen, att det är en lättnad att avsluta patienter, oavsett om de är färdiga eller inte, man har alltid en väntelista. Så det finns en inbyggd vinstkänsla av att avsluta någon och det är ju inte heller bra. Det som driver ska ju vara patientens tillfrisknande.”

Hur reagerade P då? ”Han var nog själv lite lättad”, säger T, ”och han var väl positiv i och med att jag inte bara slängde ut honom utan tog fram namn på terapeuter på stan med vårdavtal. Så fanns det ju alternativ för honom.” Eftersom P inte har hört av sig, antar T att han har etablerat kontakt med någon av dom. ”Så P blev också lättad?”, frågar intervjuaren. ”Både och”, tror T. ”Du vet, patienter blir ju kortsiktigt lättade när kravbilden går ner. Men långsiktigt vet han väl med sig att det är det här han behöver.”

Men det är en lite komplicerad arbetsplats, menar T, för att å ena sidan är alla kollegor väldigt lojala, men det är å andra sidan en mer gnällig arbetsplats idag än tidigare. ”Det är alltid den här läkarbristen hit och det är läkarbristen dit och vårdkvalitet och patienterna. Det nöter ner en lite, för det är ingen konstruktiv diskussion. Och kan man inte göra någonting åt det, kan man lika gärna försöka göra det bästa av situationen.” T kommer på att man kunde ha som en punkt på arbetsplatsträffen: ”Kan vi inte ha lunchrummet som en fredad zon?”

Intervjuaren undrar om T kan komma på ytterligare något exempel på ett möte med en patient? Jo, hon hade en P som samtidigt hade en stödkontakt i sin stadsdel i kommunen. Hon uttryckte sin tveksamhet om det var någon idé att parallellt gå i terapi hos T. En sådan idé finns ju, menar T; stödkontakten i kommunen kanske arbetar mer med praktiska saker och det T gör är terapi. Men i detta fall tyckte T att det var lika bra att P blev klar med stödkontakten i kommunen först och när hon kände sig redo kunde hon höra av sig till T. I vanliga fall hade T nog föreslagit att de skulle prata om för- och nackdelar med att trots allt fortsätta terapin hos T.

Trots allt ser T en positiv utveckling nu. Hon har en annan P som har en ganska svår självskadeproblematik i anamnesen samt personlighetsstörning. Hon mailade att hon ville ha ett uppehåll men då svarade T att hon inte tyckte det var en bra idé och att de kunde träffas för att hitta olika sätt att jobba vidare.

T fortsätter berätta att hon har blivit medveten om hur hon har påverkats av stämningen på arbetet. Hon har träffat färre patienter än tidigare och har en ”tefloninställning” till läkare som kommer och går och om de sjukskriver sig. Hon går inte in i det längre, eller i

diskussioner om hur eländigt saker och ting är. ”Alternativet skulle vara att man fortsätter att bara ”köra på” och blir alltmer sur och vresig, allt sämre terapeut och kanske t.o.m. behöver sjukskriva sig. Man har ett ansvar”, tycker T, ”att styra upp sitt liv. För mig har det vänt mycket nu. Känner mycket mer glädje eller inspiration av att träffa patienterna igen och det är ju kul för det är därför man är här.”

T beskriver först en period då hon bl.a. var lättirriterad och hade tappat lusten till arbetet p.g.a. stress. Hon kände sig oinspirerad och oengagerad i mötet med patienterna men lyckades sedan vända detta genom att göra sig medveten om hur hon har påverkats av den ”gnälliga” stämningen och sluta gå in i diskussioner om hur eländigt allt är. T bestämde sig för att minska arbetsbördan genom att träffa färre patienter per dag och skaffade sig en ”tefloninställning” till läkarnas görande. Intervjuaren tänker att ”tefloninställningen” kanske inte bara gäller läkarna utan representerar en mer generell förändring av förhållningssättet till arbetet i stort. Kanske kan det liknas vid det som händer när en terapeut skiftar fokus från innehållet i det patienten säger till vad som händer på det känslomässiga planet. Man lyfter blicken och ser inte bara träden utan hela skogen. Man ser mer än bara ett perspektiv och ser även fler valmöjligheter. T såg möjligheten att ändra sitt förhållningssätt och den förändringen har gett henne glädjen och inspirationen tillbaka.

Vad beror terapeutens trötthet på?

För T är orsakerna stress och organisationen, ansvarsförskjutningen på teamet som ökar arbetsbördan, chefens minskade engagemang och förståelse för sina anställda och att det är en ”gnällig arbetsplats.”

Hur är det som patient att träffa en terapeut som T beskriver när hon är trött på sitt arbete? En terapeut som är lättirriterad, har tappat lusten och inspirationen, orkar inte engagera sig riktigt lika mycket och vars inlevelseförmåga och fantasi tryter? Kanske känner P sig oviktig. Kanske P själv tar på sig skulden och tänker att man är en tråkig, dålig P som har gjort något fel. Kanske känner P sig förolämpad och blir arg, eller känner av T: s irritation, blir rädd för att väcka den och blir till lags eller drar sig tillbaka? I exemplet med P, fritänkaren, utsätts T för en patient som är motsträvig och som ser hemuppgiften som meningslös. T reagerar med att avsluta kontakten ganska omedelbart. Detta hade hon inte gjort om hon inte var trött på sitt arbete.

T. säger själv vid ett tillfälle att hon uttrycker sig ganska kärvt mot P och intervjuarens intryck är att T behandlar P lika okänsligt som hon själv känner sig behandlad av organisationen. T: s överjag förefaller strängt och under inflytande av tröttheten faller T sin

dom över P: ”Terapin bygger på att det är så här man jobbar och om man inte känner att man kan leva upp till det eller klarar av den utmaningen som det innebär så finns det kanske inte några förutsättningar för att bedriva den här terapin!” P har inte gjort sin hemläxa och kan därför inte leva upp till och klarar inte den utmaning som denna ”elitterapi” innebär. Han är en dålig patient och straffet blir hårt; han hänvisas till en kravlös ”amatörterapi”. Där kan han sitta och förutsättningslöst eller villkorslöst försöka reda ut sina bekymmer! Sedan får vi se hur det går, för T är nämligen inte helt oresonlig; om P arbetar tillräckligt hårt i ”amatörterapi”, reder ut sina bekymmer och lyckas bli mer motiverad kan han få komma tillbaka.

Det är som om T förmedlar att det bara är i ”elitterapi” som man kan bli botad på riktigt. P tar emot straffet utan protester. Intervjuaren tänker att P nog måste ha en god självkänsla för att överklaga domen. Han har ju fått veta att han inte har förmågan att gå i elitterapi. Nej, nu handlar det om att ta sitt straff och göra allt man kan för att reda ut sina bekymmer så fort som möjligt. Om han lyckas, får han be om att få komma tillbaka för att bli botad.

”Fan, jag måste bort härifrån!”

Intervjuprocessen

Intervjuaren frågar om Cecilia har känt sig trött på sitt arbete. ”Jo, det har jag upplevt”, säger hon. ”Det är ganska sällan jag är trött på mitt arbete. Det är nästan så att det blir ett problem, att man kanske är lite väl okritisk. Man ska kanske inte alltid trivas med vad som helst. ”

”Men de tillfällen när du inte trivs med ditt jobb?”, undrar intervjuaren? ”Dels kan det väl handla om yttre omständigheter”, svarar T. ”Man har varit uppe med ett barn en natt eller man är allmänt krasslig. Det påverkar ju ganska snabbt arbetsupplevelsen. Men annars så är det väl stress. När man känner att man inte riktigt reder ut det man ska göra. Att man ligger efter med journalskrivningen är ju en typisk grej. Eller om man känner sig otillräcklig i det man gör, vilket sällan inträffar”, inflikar T snabbt. Medger hon först att hon kan känna sig otillräcklig för att sedan ta tillbaka det? Är det kanske inte tillåtet för henne att känna sig otillräcklig?

T försöker tänka efter om intervjuarens fråga. Hon säger att det kan vara med vissa tunga depressionspatienter som hon får ta ett ganska stort ansvar. Intervjuaren frågar om hon kan komma på något konkret exempel. ”Jo, jag har en ganska tuff P som säger i princip att han lever för min skull ibland. Att det är därför han inte avslutar livet och där kan jag stå

ganska ensam”. T menar att när man inte har kontinuitet när det gäller läkare och ett ganska stort team så känns det ibland som att det inte hjälper att ta upp ärendet. Hon sitter ändå med det själv. Den här P träffade precis en läkare och T fick bekräftelse när läkaren kom in och ganska bekymrat undrade vad de skulle göra med P. Då fanns det plötsligt ytterligare en som kunde se allvaret i detta.

Intervjuaren frågar om T minns någon specifik situation med P. ”Ja, det är ju hela tiden. Ett exempel är då jag var ute med Mobila Teamet och skrek in genom brevinkastet för att se om P levde”. Här missar intervjuaren att fråga vidare och sitter fast i tanken att mötet med P skulle vara på mottagningen. I alla fall var detta intervjuarens första tanke under transkriberingen av intervjun. Men vid närmare eftertanke, kan det vara så att intervjuaren överrumplas av det starka känslomässiga innehållet? Intervjuaren resonerar så här: P har sagt att T är orsaken till att han lever och man kan då tänka sig att det var ångestfyllt för T att P kanske har tagit livet av sig. Att få ansvaret för en annan människas liv överlämpat på sig sättet måste vara tungt. Om T på ett känslomässigt plan faktiskt känner detta ansvar vore det enligt intervjuaren exempel på en stark motöverföring. Kanske förmedlade T denna ångest och intervjuaren omedvetet undvek att gå vidare för att undvika obehaget?

Intervjuaren frågar istället: ”Har det funnits tillfälle där det har varit en kombination av att du har varit trött på ditt arbete, träffat P och att detta har blivit jobbigt för dig?” ”Ja, nu har det lättat lite, men under hösten var det ganska pressat”, svarar T. Hon var den enda i sin yrkeskategori och dessutom var det ett tag fem läkare i teamet. Då kunde det kännas pressat för hon blev involverad överallt, hamnade efter och kände sig otillräcklig. Då hade hon känslan av att ”fan, jag måste bort härifrån.”

När intervjuaren ber om konkreta exempel på hur pressen på jobbet kan visa sig i mötet med P tvekar T. ”Det är ju det sista och nästan det yttersta steget. Och då frågar du om...” T verkar förundrad över frågan, som om hon aldrig har tänkt på detta tidigare. Hon ger ett exempel där P var orolig för att inte få en tid till läkare, men, nej det var inte det som var frågan. Hon funderar och säger att det kanske ändå påverkar och att det verkar rimligt. Men hon vill helst inte tro det. Intervjuaren undrar för sig själv om det kan vara förbjudet för T att vara i ett tillstånd av att inte ha 100 % uppmärksamhet på patienten. Men T verkar återigen nudda vid tanken: ”Det är lustigt, att när det gäller patienterna vill man ju inte tillåta sig att bli påverkad. Men det kanske man blir ändå”.

I ett försök att förmedla att det är okej att prata om misstag i mötet med P gör intervjuaren avsteg från en mer neutral roll genom att ge ett eget exempel: Intervjuaren kände sig arg i en situation och gick sedan direkt till att träffa en patient. Ilskan dröjde kvar en bit in

i sessionen, vilket störde intervjuarens kontakt med patienten. T: s kommentar till detta är att hon sällan blir arg. Hon kan känna sig frustrerad över obligatoriska deltaganden på arbetet, men att det skulle påverka mötet med patienten? Nej, hon tillåter det inte.

Intervjuaren får känslan av att T har bestämt sig för att det otänkbara inte får hända. Hon menar att hon kan välja att fokusera på patienten. Men så överraskar T ännu en gång med att säga att hon inte påstår sig vara så professionell så att hon fullständigt kan hålla isär mellan det egna måendet och mötet med patienten. ”Det är klart att man kan missa något som patienten säger, men då är det bara att be dem ta det en gång till så är det reparerat”. Intervjuaren tänker att det omedvetna kanske inte finns för T, eller att det som händer i terapin kan vara komplext och motstridigt. Intervjuaren säger lite ironiskt att det kanske kan finnas situationer då hon zoomar ut en sekund eller två. T replikerar omedelbart: ”Ja, en halv sekund!” En reflektion intervjuaren gör är att dialogen i detta stycke kan ses som en kamp mellan impulser och kontrollen av dessa. Kanske speglar detta en kamp inom T? T avslutar intervjun med ett erkännande; hon kan faktiskt inte se sig själv agera ut i kontakten med patienten.

Vad beror terapeutens trötthet på?

För T är orsakerna yttre omständigheter, som att man har varit uppe på natten med barn eller man är allmänt krasslig. Men det är även stress och när saker kör ihop sig. Vissa tunga patienter får hon ta ett ganska stort ansvar för och en period under hösten kunde det kännas pressat för hon blev involverad överallt och hamnade efter och kände sig otillräcklig. Då hade hon t.o.m. känslan av ”fan, jag måste bort härifrån!” Och när det inte finns någon kontinuitet på läkarsidan i ett ganska stort team känns det ibland ensamt.

T ger inte några exempel på hur tröttheten på arbetet påverkar mötet med P. Hon vill inte tro att hon låter sig påverkas på det sättet och ser det som att hon väljer att fokusera på P. Det är kanske möjligt att T faktiskt har den förmågan men intervjuaren antar att hon i så fall är ovanlig i det avseendet. Det kanske man kan sluta sig till då de andra fem intervjuade ger exempel på hur de påverkas, trots sina försök att minimera det. Intervjuaren får en bild av en person med höga, kanske till och med orimliga krav på sig själv.

När man har känslan av att man måste bort från sin arbetsplats, som T hade under en period, borde det enligt intervjuaren påverka mötet med P. Vad händer t.ex. med T: s tankar om det fortsatta arbetet med P? Är det svårt att bibehålla känslan av att man kommer att följa P: s process framåt? Vad förmedlar man i så fall som terapeut? Kan P möjligtvis känna att T inte inger hopp inför framtiden eller inte förmedlar att hon tänker vara med hela vägen? T

nämner ett par gånger känslan av att vara otillräcklig. Kan det visa sig i mötet med P? I så fall kanske T försöker kompensera känslan av otillräcklighet genom att bli överengagerad eller uppgiven inför att hjälpa P. Möjligen finns i T: s närmast desperata ”Fan, jag måste bort härifrån!” ett inslag av att hon även måste bort ifrån P, som väcker den förbjudna och outhärdliga känslan av att inte räcka till.

Att lyfta både sig själv och patienten

Intervjuprocessen

Intervjuaren frågar Hanna om hon kan känna sig trött på sitt arbete. T Svarar att hon var lite trött på sitt jobb när hon kom tillbaka från semestern. Då hade hon 3-4 patienter som hon upplevde krävande. ”Det finns ju de patienter som ger en energi och de som kan ta energi ifrån en”, säger T. Hon kunde märka att hon fick svårare att lyssna och hänga med. Redan inför mötet med dessa patienter kunde hon känna lite motstånd och trötthet. ”Det handlar ju om att kunna fokusera”, säger T. Hon kunde märka att hon inte var helt och fullt närvarande.

Intervjuaren undrar om hon kan komma på något konkret exempel? T säger att hon försöker men det är svårt att minnas. Hon känner sig mindre trött på sitt jobb nu men medger att det går upp och ner beroende på belastningen. Hur teamet fungerar kan påverka henne och då kan hon vara väldigt trött ibland, särskilt när folk är mycket i affekt och ärenden dras i långbänk.

Hon kan även känna frustration när det gäller patienterna. Intervjuaren säger att det kan vara så att man är trött just på grund av patienterna. ”Ja”, säger T, ”och samtidigt märker jag att det är en skillnad; när jag inte är så trött och har mer energi så kan jag sätta mig utanför det, känna mer empati med patienten och har lättare att vända på det.” Intervjuaren frågar inte vad T har lättare att vända på, men kanske syftar hon på känslan av att påverkas av tunga, negativa känslor från patienterna? T ger exempel på en P, en kvinna med mycket somatiska besvär och som alltid väcker en frustration hos T eftersom hon inte kan bota henne. Är T dessutom lite trött på arbetet har hon svårare att lyfta sig själv. Då kan hon hamna i en hopplöshetskänsla som även P kan känna och hon blir irriterad på klagandet och ältandet.

Intervjuaren frågar om T har något exempel. T svarar: ”Det som kan vara svårt att minnas, det är att jag känner det, men sedan agerar jag inte ut det.” Intervjuaren säger att hur T upplever det kan i sin tur kan påverka P. ”Det gör det nog”, säger T. ”Det blir mindre energi och då blir det svårare för mig att lyfta P. Samtidigt är det inte är så stor skillnad mellan interventionerna, beroende på om jag är trött eller inte. Det handlar mer om min kraftfullhet när det gäller att hjälpa P att se det på ett annat sätt. Eller bara att validera P i sina svårigheter.

Men också att se det som ”okej, det är som det är, så vad behöver du nu för att du ska kunna hantera det som är så svårt för dig?” Jag blir mer passiv som terapeut när jag blir trött på annat, sämre på att planera långsiktigt i behandlingen och på att göra allt det andra runtomkring. Och den här tröttheten på jobbet, det är när jag får för mycket att göra. Långsiktiga vårdplaner och veta vart vi är på väg och att utvärdera. Detta försvinner lätt och jag hinner inte heller uppdatera mig så mycket när det gäller ”Vad gjorde vi förra gången och hur ska vi närma oss vårt mål idag?” Kanske hinner jag inte heller titta igenom anteckningar och missar lite, eller har glömt vad vi gjorde förra gången.”

T berättar om en situation då det blev lite rörigt för att det var mycket att göra. För att hinna med bad hon P att komma tidigare. På grund av stressen hade hon glömt vad P hade i hemuppgift och de hade inte skrivit ner det. P kunde inte heller komma ihåg det, vilket T tolkade som att hon inte hade förankrat det hos P. Mötet blev väldigt förvirrat. T var inte riktigt närvarande. Hon fick be om ursäkt och ”försökte hämta upp situationen”. En tanke intervjuaren får är att T förekommer P här. Det är som att T, genom att be om ursäkt och själv försöka ”hämta upp situationen”, berövar P möjligheten att uttrycka sina känslor och tankar om situationen. Kanske är T rädd för den eventuella kritiken?

P brukade skriva dagbok och det hade gjort även denna gång. T frågade: ”Ska du läsa vad du har skrivit?” P hade tagit upp boken men sa: ”Nej.” P hade aldrig backat från detta tidigare. T tror att P inte kände sig viktig just då, eller att det blev känsligt när T inte var fullt närvarande och att hon därför inte ville visa sig sårbar. Nästa gång hade P med sig boken och T frågade: ”Vill du att vi ska börja med det idag, för idag har vi gott om tid?” Det ville P och de pratade sedan om hur det hade varit förra gången och hur det hade påverkat P. ”Vad sade hon då?” frågar intervjuaren. T svarar att P nog var lite överslätande. ”Hon tyckte ju att det hade varit lite jobbigt, men sa: ”Så kan det vara ibland” och tyckte att det var okej ändå.”

T: s tanke om att P inte kände sig viktig i situationen eller att det blev känsligt för henne är tänkbara hypoteser. Intervjuaren tänker vidare på så sätt att P verkar ha en bra mentaliseringsförmåga, enligt Rydén och Wallroth, (2008). Man kan därför ana att P förstod hur stressad T var och hänsynsfullt besparade henne högläsningen. En annan hypotes skulle kunna vara att P kände sig avvisad, sårad och arg och genom reaktionsbildning, enligt Gabbard et al. (2012), blev överslätande istället.

T kommer in på en annan situation med en P som bl.a. har skadat sina tänder efter en olycka och nu går igenom tandjusteringar. Detta har varat under en längre tid och det är plågsamt och smärtsamt för P. Under denna tid har terapin blivit mer av stödjande karaktär. T stöttar P så att hon orkar stå ut med smärtan, tröttheten och svårigheterna att äta

ordentligt. T säger: "Det tar aldrig slut och varje gång är det en ny tand som går sönder". P litar inte på att tandläkarna gör sitt jobb ordentligt och T förstår P: s frustration. Samtidigt kan hon inte göra så mycket åt det, utan bara finnas där och stötta. Men när hon är trött på jobbet kan hon knappt stå ut. Hon blir sömnig, får svårt att koncentrera sig och orkar inte lyssna.

Intervjuaren försöker utforska detta med att fråga om T blir arg på P också. "Ja, det blir jag ju, inuti." Även om hon tycker synd om P så har hon lust att säga "Ja, nu är det som det är! Jag orkar inte lyssna! Nu får vi försöka hitta något trevligt att prata om!" Då är det svårt att vara genuint empatisk. Hon försöker, men det kräver oerhört mycket kraft från henne.

Intervjuaren frågar vad P gör som resulterar i att T knappt står ut. T svarar: "Hon känner ju antagligen frustration och hopplöshet. Det drar ju ut på tiden. Hon vill att jag ska hjälpa och lindra. Det är inte det hon säger, men det finns någonstans i rummet. När man känner mycket smärta vill ju personen ha hjälp med det." T menar att hon inte kan ta bort smärtan, självklart, men det är alltid svårt. Intervjuaren undrar om T menar att det som är svårt är att acceptera att hon inte kan ta bort smärtan? "Det är lättare med de som har något psykiskt", säger T, "för då kan jag göra mer." T känner att hon måste nå fram till P genom ältandet och det är också svårt. Ältandet hjälper inte, utan P behöver hitta någonting för att kunna stå ut och se vad det finns för annat, vad hon behöver, så att hon inte börjar isolera sig mer eller stannar i sängen. "Smärtan får inte styra hela hennes liv, så att hon också får en depression på köpet."

T verkar brottas med det faktum att hon inte kan ta bort P: s kroppsliga smärta, trots att hon vet att det inte går. Kan det vara så att det ger henne skuld känslor? Det skulle i så fall kunna vara ytterligare en förklaring till att det blir outhärdligt för T; vem vill hela tiden bli påmind om sin otillräcklighet? Då vill man kanske be P att sluta ältä och prata om något trevligt istället!

T fattar inte att tandläkarna aldrig bli klara med P. De skulle ha varit klara för länge sedan. Blir det en bidragande orsak till T: s ilska, att ju mer det drar ut på tiden ju längre tid måste hon stå ut med P: s ältande?

Intervjuaren frågar hur ett samtal kan se ut med denna patient. "Ältar hon om smärtan och tänderna?" "Ja", säger T och citerar P: "Jag orkar inte och nu gick det sönder ännu en tand!" Och då utropar T: "Ännu en? Det är ju inte sant! Det händer gång på gång och det tar aldrig slut! Åh, de måste byta ut den!" T citerar P igen: "Jag orkar inte och det gör så ont! Jag kan inte äta och nu börjar jag få huvudvärk också för det är så mycket!"

Det var denna P som T refererade till när hon tidigare pratade om att lyfta patienten. Intervjuaren säger att det låter som en ansträngning och det håller T med om. Vad är det då

hon konkret måste göra för att kunna lyfta P, undrar intervjuaren? ”Jo”, säger T, ”när P kommer så är hon ofta undanlidande i kontakten, så jag måste visa att jag är närvarande för att nå fram. Därför måste jag först och främst lyssna på vad P har upplevt, på hennes sorg och frustration, och sedan spegla det; ”Oj! Så här är det för dig!” Det handlar också om att få P att hämta upp lite av sin ilska och frustration, eftersom hon faller ihop lite. Därefter försöker jag normalisera och säger att det är jättetufft att gå igenom något sådant. Sedan gäller det att tillsammans med P försöka hitta vad som kan hjälpa henne att stå ut bättre så att hon inte blir psykiskt sämre. Det här tar så mycket på P: s krafter att hon har svårt att lyfta sig själv och då kommer också hopplösheten och hon riskerar att falla in i en depression.” För intervjuaren står det klart att det arbete T gör måste ta på hennes krafter. Hon kräver av sig själv att stå ut med outhärdliga känslor och samtidigt lyfta både sig själv och P ur ett slags trask av klagande, ältande, ilska och hopplöshet!

När intervjuaren lyssnar på inspelningen verkar intervjuaren avsluta ganska abrupt. Det är som om intervjuaren har svårt att stå ut med de känslor T förmedlar, liknande det som händer mellan T och P.

Vad beror terapeutens trötthet på?

För T är det patienter som tar energi ifrån henne, ärenden som dras i långbänk, kollegor som är i affekt på teamet och när hon får för mycket att göra.

I det första exemplet blev mötet mellan T och P inte som det brukade p.g.a. att T var stressad. Det blev väldigt förvirrat och T var inte riktigt närvarande. Både T och P hade glömt hemuppgiften. T ser olika orsaker till detta. För hennes egen del berodde det på stress, men när det gäller P är anledningen att T inte hade förankrat hemuppgiften hos henne. Intervjuaren menar att T lägger ett alltför stort ansvar på sig själv i detta resonemang, men också att P: s kompetens nedvärderas. Det är som om P är oförmögen att själv skriva ner hemuppgiften om inte T gör henne uppmärksam på det. Att axla ett sådant ansvar borde bidra till en tyngdkänsla, en trötthet.

T säger att hon försökte hämta upp situationen och intervjuaren undrar vad hon menar med detta. Kan det vara för att rädda ansiktet och komma ur situationen med någorlunda värdighet och/eller att försöka ge P en upplevelse av att mötet ändå gav någonting? Intervjuaren känner empati med T som kämpar. Det är som om en katastrof hotar om hon misslyckas. Kanske är T i ögonblicket upptagen av en egen inre dialog där hon hukar under ett mäktigt överjag som dundrar: ”Det är ditt ansvar och bara ditt ansvar!” I så fall blir det nästan omöjligt för T att slappna av och tillsammans med P se hur tokigt det blev

I det andra exemplet beskriver T väldigt utförligt stegen i processen i syfte att lyfta P. T verkar vara en omsorgsfull, noggrann, uppmärksam och medkännande terapeut. Hon arbetar hårt för att hjälpa P och använder sin egen känslighet för att förstå henne. Man får en bild av att T bokstavligen bär P i sina armar. För intervjuaren är det som om T glömmer bort P: s eget ansvar. T gör allt för att P inte ska ”falla in i en depression” men var finns P: s ansvar? Kanske hade det varit hjälpsamt för P att förstå att hon själv kastar sig utför stupet mot en depression sitt ältande? Det hade säkert varit smärtsamt för henne att inse detta i så fall och kanske skyddar T henne från ytterligare smärta genom att inte tala om det. Men att undvika att tala om något kan betyda att det verkligen är farligt.

När T är trött på jobbet kan hon knappt stå ut i rummet med P. Hon blir sömning, får svårt att koncentrera sig och orkar inte lyssna. Intervjuaren tänker att man kan se detta som en projektiv identifikation. Det kanske kan vara något sådant T refererar till med yttrandet: ”Hon vill att jag ska hjälpa och lindra. Det är inte det hon säger, men det finns någonstans i rummet.” Kan detta vara ännu en del av förklaringen till varför T har svårt att stå ut i rummet?

I teorin talas om att terapeuten så småningom kan ”lämna tillbaka” de outhärdliga känslorna till patienten i en bearbetad, verbaliserad, ”smält” form som patienten klarar av att ta in. För intervjuaren framkommer det inte riktigt om detta sker. Om inte, finns risken att patienten blir beroende av att terapeuten fortsätter att bära de outhärdliga känslorna istället för att gradvis bli medveten om dem och öka förmågan att tolerera dem och därmed blir mer självständig. T blir då låst i att fortsätta att bära det outhärdliga, vilket självklart måste vara tröttande.

Diskussion

Hur påverkas då mötet med patienten när terapeuten är trött på sitt jobb? Vi börjar med informanternas beskrivningar av hur de själva påverkades: Annika berättade att hon kände sig otillräcklig som terapeut och att P fick henne att känna sig hjälplös. Hon försökte ingjuta hopp i P, men trodde inte själv på det till slut och avslutade terapin. Mona kände uppgivenhet, maktlöshet och ilska och blev trött. Hon kom inte vidare med P och undrade hur hon skulle fortskrida. Hon kände sig som en soptunna och försökte avsluta terapin eftersom den inte ledde någonstans. Lisa kände sig arg och frustrerad över att inte nå fram till P, oavsett vad hon gjorde. Hon bestämde sig för inte höra av sig utan lämnade över detta till P. Hon kämpade med P men lyckades inte med någonting. Anna blev trött, less, full av stress, frustrerad, lättirriterad och tappade lusten och inspirationen. Även hennes inlevelseförmåga och fantasi påverkades negativt. Hon orkade inte heller engagera sig lika mycket och kände

att det var upp till patienten; ”take it or leave it”. Den energi som borde ha funnits fanns inte där och det var nästan en lättnad att avsluta P. Cecilia kände sig otillräcklig i det hon gjorde och stod ganska ensam. Ett tag kände hon t.o.m. att hon ”måste bort härifrån”. Hanna fick svårare att lyssna, var inte helt och fullt närvarande och kände frustration när det gällde patienterna. Redan inför mötet med patienter kunde hon känna motstånd och trötthet. Hon hamnade i en hopplöshetskänsla och blev irriterad på P: s klagande och ältande. Hon fick mindre energi och hade svårare att lyfta P. Hon blev mer passiv som terapeut när och sämre på att planera långsiktigt i behandlingen. Hon hann inte heller uppdatera sig så när det gällde ”Vad gjorde vi förra gången och hur ska vi närma oss vårt mål idag?” eller hade glömt vad de gjorde förra gången eller vad P hade i hemuppgift. När hon var trött på jobbet kunde hon knappt stå ut i rummet med P. Hon blev sömning, fick svårt att koncentrera sig och orkade inte lyssna. Hon blev även arg och hade svårt att vara genuint empatisk.

Informanterna har också beskrivit följande orsaker till sin trötthet som kommande utifrån terapirummet: Att makthavare/ledning inte ser patienternas (och kanske även terapeuternas) behov, att ärenden dras i långbänk på teamet, att kollegor är i affekt, stress, privata orsaker, att saker kör ihop sig eller att inte hinna förbereda sig inför mötet med patienterna, organisationen, chefens minskade engagemang och en ”gnällig” arbetsplats.

En viktig aspekt i denna studie har varit att försöka förstå motöverföringens betydelse för terapeuternas trötthet. Här gör vi ett försök att förstå hur terapeuternas trötthet påverkade interaktionerna mellan dem och patienterna: Förutom Anna, som berättade om två patienter där en terapeutisk relation inte verkar ha hunnit utvecklas, gav de övriga informanterna tillsammans sju berättelser som enligt författarna har som gemensam nämnare att terapeuterna var indragna i relationsmönster med patienterna som gjorde dem trötta, arga, oroliga, maktlösa och uppgivna. De verkade låsta i dessa mönster och deras förmåga att reflektera och se alternativa sätt att förhålla sig i terapin försämrades. Terapeuterna föreföll även osäkra på var gränsen gick för deras eget ansvar i terapierna och tenderade att förlora perspektivet av att patienterna också hade ett ansvar.

Detta fenomen liknar ”The bastion”, enligt Gabbard et al. (2012). Det verkar som att patienterna (vars omedvetna motiv bl.a. är att känna sig trygga genom att återupprepa tidigare relationer) utövade känslomässig påtryckning på terapeuterna för att få dem att stanna kvar i sina roller och att terapeuterna i sin trötthet inte orkade ge sig det reflektionsutrymme som behövs för att kunna göra sig medveten om den tilldelade rollen.

Några informanter uttryckte att de hade agerat på ett annat sätt gentemot patienterna om de inte var trötta på sitt jobb och författarna antar att detta gäller även de övriga med tanke

på att de berättar om situationer där de inte är nöjda med sitt agerande som terapeuter, möjligtvis med undantag för Cecilia, som författarna antar är ett ovanligt undantag i så fall.

Enligt författarna kan man av ovanstående resonemang sluta sig till att terapeuternas trötthet ökar risken att hamna i ovan beskrivna låsning och att denna i sig orsakar ytterligare trötthet. Orsakerna kommande utifrån terapirummet och de som kommer inifrån terapirummet verkar samverka. Terapeuterna tar med sig den ökade pressen på arbetsplatsen in i terapirummet med bl.a. mindre effektiva terapier som resultat. Kanske kan man även undra om terapeuternas trötthet och försämrade reflektionsförmåga speglar trötthet och bristande utrymme för reflektion i organisationen?

Metoddiskussion

Författarna har valt att presentera intervjuerna som en helhet med två underrubriker. Ett alternativt angreppssätt skulle kunna vara att t.ex. använda IPA (Interpretative phenomenological analysis), en kvalitativ metod med hermeneutisk fenomenologisk ansats. Den går mycket enkelt uttryckt ut på att finna likheter och skillnader mellan temakluster och underteman som framträder i intervjuerna och som sedan resulterar i en beskrivning av kärnan i de intervjuades upplevelser (Smith & Osborn, 2007). En fördel med denna metod är enligt författarna att den kan ge en tydlig, översiktlig bild av det som studeras, men att man samtidigt förlorar i detaljrikedom. Vårt tillvägagångssätt har nackdelarna att överblicken lätt kan gå förlorad och att det kan vara svårt att dra ut det väsentliga ur det omfattande materialet. Vi hoppas att detta kompenseras av att läsaren får en inblick i komplexiteten och detaljrikedomen i materialet som vi menar är viktig för studien. Vi har försökt fånga intervjuerna som en process där man får följa hur samtalet växer fram och hur intervjuaren reflekterar under tiden och även efteråt. Man kan märka av känsliga ögonblick, som t.ex. när terapeuten vill byta ämne och man får bevittna när intervjuaren motöverföringsmässigt dras in i terapeutens berättelse och kanske även i patientens scenarier. Ibland förmedlas intervjuarens känslor och stämningslägen, som goda informationskällor om vad som kan tänkas pågå.

Metodvalet i denna studie gör den enligt författarna svår att replikera och det får ses som en svaghet. Att inte använda någon metod som kategoriserar och begränsar materialet öppnar för författarnas godtycke och personligheter att bestämma vad som ska och inte ska tolkas och hur det tolkas. Studien kan ses som ett försök att ge en bild av hur mötet mellan terapeuten och patienten påverkas när terapeuten är trött på sitt arbete på en specifik mottagning med specifika informanter och specifika undersökare vid ett specifikt tillfälle. Om

intervjuerna t.ex. hade inkluderat även personal på mottagningen som har samtal med patienter men utan terapeutisk utbildning, hade intervjuerna kanske blivit mindre teoretiskt ”tillrättalagda” men kanske med mer direkta, spontana uttryck för hur man upplever mötet med patienterna. Om studien hade utförts på till exempel en psykosmottagning istället, hade resultatet troligen varit annorlunda avseende orsaker till tröttheten hos terapeuten med tanke på det både tankemässiga och känslomässiga förvirrande och kaotiska inre som personer med psykosdiagnos förmedlar. Om intervjuerna t.ex. hade haft KBT som teoretisk bas hade resultatet blivit annorlunda, exempelvis p.g.a. teorins mindre betoning på det omedvetna.

Vad gäller studiens validitet hänvisas till Alvesson & Sköldberg (2008) och deras resonemang om vad som kännetecknar god kvalitativ forskning. Alvesson & Sköldberg (2008) lägger mer betoning på tolkning och reflektion i kvalitativ forskning än på insamling och bearbetning av data som speglar ”verkligheten”. Man försöker ge ett bidrag till vad författarna kallar ”reflekterande empirisk forskning” och med hänsyn till främst kritiken från postmodernismen skapa en methodsyn som bygger på de centrala delarna av fyra vetenskapsfilosofiska/metodologiska inriktningar; empirinära metod (i denna bok främst grundad teori), hermeneutik, nämnda postmodernism och kritisk teori. Man menar att god forskning präglas av reflektion och mångfald. Alvesson & Sköldberg (2008) skriver att reflektion, eller reflexivitet, brukar ”handla om att fundera kring förutsättningarna för sin aktivitet, att undersöka hur personlig och intellektuell involvering påverkar interaktionen med vad som beforskas” (Alvesson & Sköldberg, 2008, sid. 486). Man förespråkar det som författarna kallar kvadrohermeneutik, d.v.s. att utifrån ovanstående områden omfatta fyra element eller tolkningsområden för reflexiv tolkning:

- 1) Interaktion med empiriskt material med fokus på utsagor, egna observationer, m.m. Alvesson & Sköldberg (2008) menar att man i kvalitativ forskning bör vara genomtänkt logisk i arbetet med det empiriska materialet och tekniskt noggrann i databearbetningen. Författarna av denna studie har försökt leva upp till detta med att hantera alla intervjuerna på samma sätt; att först transkribera dem ordagrant, att läsa dem åtskilliga gånger för att sedan redigera dem utifrån det etiska perspektivet, ta bort material som inte kopplas till frågeställningen och göra texterna hanterliga för läsaren och författarna vad gäller omfång och disposition.
- 2) Tolkning med fokus på bakomliggande innebörder. Det handlar enligt Alvesson & Sköldberg (2008) tolkningens företräde och att nyckeln till en kvalificerad methodsyn är att vara medveten om att ”allt forskningsarbete inkluderar och drivs av en uttolkare – som dessutom inom samhällsvetenskapen ofta interagerar med

och studerar andra uttolkare (de människor som studeras)” (Alvesson & Sköldberg, 2008, sid. 22). Författarna av denna studie hänvisar till kapitlet ”Vetenskapsteoretisk grund” för vårt resonemang om detta.

- 3) Kritisk tolkning med fokus på ideologi, politik, social reproduktion. Att vara medveten om ”forskningens politisk-ideologiska maktrelaterade karaktär” (Alvesson & Sköldberg, 2008, sid. 22). Det man forskar om antingen stödjer eller provocerar de sociala förhållanden och intressen som redan finns. Kunskap och makt hör ihop, ett perspektiv som lyfts fram av bl.a. Foucault, feminism och kritisk teori. Ett försök att tillföra ytterligare tankar till denna studie inom detta område skulle kunna vara att om det finns en allmän, underförstådd värdering att mötet med patienten inte får påverkas av terapeutens trötthet, eller att man i alla fall helst inte pratar om det öppet i så fall (vilket författarna av denna studie tror), skulle det kunna vara i maktavarnas intresse att inte ändra på detta. Om det skulle ”avslöjas” och tas upp på en formell nivå skulle kanske det innebära krav på mer resurser. En tänkbar orsak till att denna eventuella värdering bibehålls kan vara att patienten är lojal mot terapeuten och tar inte upp detta utanför terapirummet och att terapeuten skäms för sin ”svaghet” att låta sig påverkas på det sättet och behåller det för sig själv. På så sätt kan detta fenomen behållas ”under jorden”. Tankar om maktförhållanden inom ramen för denna studie kan vara att intervjuaren är i en maktposition i relation till informanten. Den senare hamnar i en utsatt situation och avslöjar sina ”misslyckanden” i mötet med patienten inför intervjuaren och utsätts troligen även för sin egen inre kritik och skam. Kanske försöker informanten frisera berättelsen till sin fördel eller utesluta något för att lindra den inre och yttre kritiken, något som väl får anses som ett högst mänskligt normalt agerande. Detta maktförhållande liknar det mellan terapeuten och patienten och det känns väl även igen i relationen mellan chefen och den underställda och kanske ända upp till den högsta psykiatriska klinikkens ledningsrelation till politikerna.
- 4) ”Självkritisk och språklig reflektion med fokus på egen text, auktoritetsanspråk, selektivitet” (Alvesson & Sköldberg, 2008, sid. 492). Postmodernismen ser texter som helt kopplade från verkligheten och att de bara påverkar varandra. De är i sig fragmentariska och splittrade och saknar referenser till något annat än sig själva och därmed menar man att författare och även forskare inte kan göra anspråk på att spegla verkligheten i sina texter. Denna inställning menar Alvesson &

Sköldberg är att gå för långt och föreslår istället synen att texter i viss mån ändå speglar verkligheten. Den postmodernistiska synen ger ändå ett perspektiv som har sitt värde. Under avsnittet om postmodernism beskriver Alvesson & Sköldberg (2008) diskursanalys, en teoretisk och metodologisk inriktning som tar upp en aspekt som har viss relevans för denna studie. Diskursanalys antar liksom postmodernismen att människan är osammanhängande och att språket inte kan reflektera verkligheten eller inre mentala tillstånd. Den visar följaktligen på svårigheterna att använda intervjuer i kvalitativa studier om man har en intention om att få ”verkligheten” beskriven. Man menar att utsagor är kontextberoende, d.v.s. att man uttalar sig om olika saker på olika sätt beroende på situationen (t.ex. privat eller på arbetet eller som förälder eller make) och att uttalanden om inre föreställningar eller om världen är osammanhängande, d.v.s. att de kan se helt olika ut beroende på t.ex. sinnesstämning. Så i en intervjusituation, t.ex., får man bara den intervjuades tillfälliga, för stunden rådande uppfattningar. Sett ur detta perspektiv får intervjuerna i denna studie mer karaktär av begränsade, slumpartade ögonblicksbilder av informanternas upplevda värld än en sammanhängande bild av vad de verkligen upplever, tycker och känner.

Etiska aspekter

När människor söker hjälp eller behandling är de i en beroendeställning som ställer särskilt stora krav på yrkesutövarens empati, omdöme och kunskaper. Eftersom patienten är i beroendeställning till behandlaren eller andra yrkesutövare ska vården eller behandlingen så långt så möjligt utformas i samråd med patienten. En av de etiska grundprinciperna är således att information om personliga förhållanden om dennes tillstånd inte får föras vidare till någon annan. ”Sekretessen är numera ingående reglerad i olika lagar” (Sverne Arvill, Hjelm, Johansson & Sääf, 2012, s. 87).

Psykologiska och psykoterapeutiska behandlingar skall bygga på psykologiska kunskaper och färdigheter. De yrkesetiska principerna bygger på respekt för individens rättigheter och värdighet, yrkesmässig kompetens, ansvar och yrkesmässig integritet. En psykoterapeut är alltid själva ”instrumentet” i sin verksamhet även om hon eller han använder olika metodik, skattningsskalor etc., oavsett om man arbetar som konsult, handledare, utbildare eller liknande. Psykoterapeuten måste ha psykologiska kunskaper som är väl integrerade i praktisk erfarenhet samt kunna sätta sig in i andra människors situationer, tankar och känslor. Psykoterapeuter ska även ha förmågan att förstå problem och konflikter samtidigt

som han/hon bibehåller en professionell hållning. ”Psyko-terapeuten får inte heller låta sig påverkas av personliga värderingar rörande aspekter som etnisk tillhörighet, ras, språk eller samhällsställning. Psyko-terapeuter bör eftersträva en professionell hållning som innebär empati, respekt och intresse för människor och deras problem” (Sverne Arvill et al., 2012, s.24).

Informanterna gav sitt muntliga samtycke till intervjuerna. Muntliga avtal gjordes också om att intervjuerna spelades in. Vi informerade de medverkande om att intervjuerna skulle handla om hur det är när man är trött på sitt jobb och att de skulle användas i vår uppsats. Vår ambition är att varken de intervjuade terapeuterna eller patienterna skall kunna identifieras i de intervjuer som denna uppsats innefattar. Vi vill även uttrycka vår förståelse för att informanterna utsattes för att prata om ”misslyckanden” i terapierna, vilket kan ge känslor av utsatthet och sårbarhet och att informanterna berättade om patienter vars identitet de själva var noga med att inte avslöja.

Åtgärder utförda av författarna av studien för att undvika identifikation av informanterna och deras patienter har varit att ”byta kön” på några av informanterna samt på några anhöriga till patienterna som nämns. Även symtom och handikapp hos någon patient ändrades. Författarna har den största respekt för de medverkande och har inte namngett någon och uteslutit uppgifter som direkt kan kopplas till informanterna eller patienterna.

Framtida studier

Vad gäller framtida studier så har resultatet i denna uppsats väckt nya tankar och ideér om dels hur det ser ut inom stressforskning och att stress är ett problem som alltid har funnits men som i dagsläget verkar ha ökat och blivit allvarligare. Om terapeuterna själv lider av trötthetssyndrom på grund av utmattning hur bra blir då behandlingen av patienter som själva kommer med depressioner och stressyndrom? Kan vi ändra arbetsmiljön så den blir mindre stressig? Det har tidigare talats om att man skulle kunna ha minskad arbetstid som skulle skapa arbetstillfällen för fler människor samtidigt värnar politikerna om kvinnors rätt till heltidsarbete. Kanske politikerna måste tänka om då det har ett pris att arbeta full tid. Resultat visar ökad sjukskrivning och utmattningssyndrom. Währborg (2002) ställer frågan om vi behöver ett nytt synsätt på sjukdom och ohälsa, som idag beskrivs som en biomedicinsk modell som är baserad på den logiska empirismens vetenskapsideal.

Währborg (2002) menar att all tillgänglig information ökar stressrelaterade sjukdomar och drabbar oss allt tidigare i livet med högre frekvens och intensitet. Vi har tidigare nämnt begreppet coping- att kunna hantera olika situationer i våra liv, kanske behöver många av oss

lära sig strategier för hur man kan hantera olika situationer utan att få stressrelaterade sjukdomar. Währborg (2002) talar om två olika sorters stress aggressiv stress och uppgivenhetsstress vilka skapar olika symtom hos de drabbade. Den aggressiva stressen skapar irritation, fientlighet och aggression medan uppgivenhetsstressen skapar trötthet, oföretagsamhet och nedstämdhet. Det som tidigare nämnt om begriplighet, hanterbarhet och känsla av sammanhang måste kanske få mer utrymme i våra liv. Vi måste få tid för vila och återhämtning för att hålla oss friska både fysiskt och psykiskt.

Währborg (2002) talar om det systemteoretiska synsättet där *helheten är mer än summan av delarna*. I ett system så påverkar alla delar i systemet varandra och påverkas ömsesidigt av varandra. System strävar efter ett balanserat tillstånd som betecknas homeostas. Inom systemet sker en ömsesidig påverkan som sker cirkulärt. System befinner sig i ständig rörelse och är uppbyggda i hierarkiska strukturer. Währborgs (2002) modell är världsomfattande eftersom hela systemet påverkar varandra.

Referenser

- Alvesson & Sköldbberg. (2008). *Tolkning och reflektion*. Författarna och Studentlitteratur 2008.
- Arbetsmiljöverkets Arbetsmiljöstatistik Rapport (2014:4) *Arbetsorsakade besvär*. Hämtad 8 juni 2015 från: [Http://www.google.se](http://www.google.se)
- Emery, S., Wade, T.D., & McLean, S. (2009). Associations among therapist beliefs, personal resources and bournout in clinical psychologists. *Behaviour change* Vol.26.Number 2. (2009). pp. 83-96. Doi:[http://dx. Doi.org/10.1375/bech.26.2.83](http://dx.doi.org/10.1375/bech.26.2.83) (About DOI), Published online: 22 february, 2012.
- Gabbard, G.O., Litowitz,B.E, & Williams, P. (2012). *Textbook of Psychoanalysis*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Gadamer, H.G., (1997) . *Sanning och metod (i urval)*. Göteborg: Daidalos AB.
- Han, B. (2013). *Trötthetssamhället*. Stockholm: Ersatz
- Husserl, E.(1913). *Ideér*. Stockholm: Thales.
- Igra, L. (2003). *På liv och död: Om destruktivitet och dödsvilja*. Stockholm: Bokförlaget Mareld.
- Karterud, S., & Bateman, A (2011). *Mentaliseringsbaserad terapi*. Stockholm: Sigmund Karterud och Anthony Bateman och Liber AB.
- Lenneér-Axelsson, B., & Thylefors; I.(1991). *Arbetsgruppens psykologi: Om den psykosociala arbetsmiljön-gruppdynamik, relationer, arbetsroller, ledarskap, konflikter, förändring och personliga olikheter* Stockholm: Natur och Kultur.
- Lindgren, O. (2005). *Psykoterauters berättelser om arbetets personliga konsekvenser*. Rapport 1/05. Forskning och folkhälsa. Landstinget Värmland.
- Månson, P. (red.). (1998). *Moderna samhällsteorier: traditioner, riktningar, teoretiker*. Stockholm: Prisma.
- Olsson,G. (2008). *Berättelsen som utgångspunkt: Psykoterapi i praktik och forskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Olsson, G. (2005). Grus i maskineriet-dåliga ögonblick i psykoterapi. *Psyke och Logos*, 26, 681-698.
- Osborn, M. & Smith, J.A. (2007). *Interpretative Phenomenological Analysis*. Hämtad 3 juni 2014 från: [Http://www.google.se](http://www.google.se)
- Philips, B., & Holmqvist, R. (red.). (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber AB.

- Puig, A., Yoon, E., Callueng, C., An, S., & Lee, M. S. (2004). Burnout syndrome in psychotherapists: A comparative analysis of five Nations. *Psychologists service*. Vol.11, No1, 87-96. Doi: 10.1037/a0035285.
- Radeke, J. T., Mahoney, & Michael, J. (2000). Comparing the personal lives of psychotherapists and research psychologists. *Professional psychology: research and practice*: 2000. Vol.31, No 1, (2-84. Doi: 10.1037//0735-7028.31.1.82.
- Rydén, G., & Wallroth, P. (2008). *Menatlisering: Att leka med verkligheten*. Wahlström och Widstrand.
- Sverne Arvill, E., Hjelm, Å., Johansson, L. Å., & Sääf, K. (2012). *Etik och juridik: för psykologer och psykoterapeuter*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Tudor-Sandahl, P. (1991). *Det omöjliga yrket: Om psykoterapi och terapeuter*. Stockholm: Wadström och Widstrand.
- Wärborg, P. (2002). *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur och Kultur.