



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Att vara medkännande med sig själv och andra

- En kvalitativ studie om vad arbetet med (själv)medkänsla tillför psykologen som yrkesperson och privatperson.

Viktoria Bäck & Maria Svensson

Psykologexamensuppsats. 2015

Handledare: Lars-Gunnar Lundh

Examinator: Per Johnsson

Abstract

The aim of this study was to investigate how psychologists working with (self)compassion defined and understood the concept of (self)compassion and how they experienced the benefits both as professionals and as private individuals. Seven psychologists were interviewed and the data analyzed using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), yielding six main themes: *Being compassionate with yourself; Common humanity; Effects in patients; Selfcare strategy; Facilitated stress handling; Integration into one's personality*. The results indicated that the methods used were of great benefit for all seven psychologists in professional as well as in private life. Results were discussed in relation to the theory. After adopting (self)compassion strategies, the psychologists expressed improved therapy results, even in clients who earlier had not been sufficiently helped by therapy. The methods were also deemed a selfcare strategy by the psychologists, through creating improved stress management and reducing the risk for fatigue and burnout. Although there were some personal variations, the psychologists' descriptions of their views of (self)compassion were relatively consistent. All psychologists emphasized the importance of personal experience when working with (self)compassion. Several of the psychologists expressed views that (self)compassion had brought about major positive changes in their lives, both as professionals and private individuals.

Keywords: Self-Compassion, compassion, Compassion Focused Therapy (CFT), Compassion Mind Training (CMT), Mindful Self-Compassion (MSC), psychologists, client, selfcare, IPA.

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka hur psykologer som arbetar med (själv)medkänsla definierar och förstår begreppet (själv)medkänsla och hur de upplever nyttan av detta arbete som yrkespersoner och privatpersoner. Sju psykologer intervjuades och datamaterialet analyserades med Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), vilket gav sex huvudteman: *Att vara medkännande med sig själv; Common humanity; Effekter hos patienter; Självmohändertagande strategi; Lättare att hantera påfrestningar; Integrerad i personligheten*. Resultatet gav stöd för att arbetet med (själv)medkänsla var till stor nytta för samtliga psykologer så väl i yrkeslivet som i privatlivet. Resultatet diskuterades i relation till teorin. Psykologerna gav uttryck för förbättrade terapieresultat, även hos patienter som tidigare inte blivit tillräckligt hjälpta av terapi. Arbetet sågs även som en självomhändertagande strategi, då det upplevdes ha bidragit till förbättrad stresshantering och minskat risken för utmattning och utbrändhet. Psykologernas beskrivningar av hur de såg på (själv)medkänsla var relativt samstämmiga, även om det framkom viss variation i (själv)medkänslans betydelse för dem personligen. Samtliga psykologer underströk vikten av egen erfarenhet av att använda sig av kunskaper och förhållningssätt utifrån metoden som användes i patientarbetet. Flera psykologer gav uttryck för att arbetet med (själv)medkänsla hade inneburit stora positiva förändringar för dem, såväl som yrkesperson som privatperson.

Nyckelord: självmedkänsla, medkänsla, Compassion Focused Therapy (CFT), Compassion Mind Training (CMT), Mindful Self-Compassion (MSC), psykolog, patient, självomhändertagande strategi, IPA.

Tack

Vi vill framföra ett varmt tack till psykologerna som medverkat och möjliggjort vår uppsats. Vi vill även rikta ett varmt tack till vår handledare Lars- Gunnar Lundh som med stort engagemang, gedigen kunskap och kloka tankar väglett och uppmuntrat oss i denna process.

Introduktion

Under de senaste årtiondena har förhållningssätt och tekniker hämtade från österländska traditioner allt mer kommit att användas i sekulärt bruk inom den västerländska hälso- och sjukvården. Exempel på detta är terapimetoder och program som Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 2013), Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002) och Dialektisk beteendeterapi (DBT; Linehan, 1993) där mindfulness är en gemensam nämnare. Den österländska filosofin anses kunna bidra med en djupare förståelse för det opåverkbara och en förmåga till ett större helhetstänkande gällande tillvarons komplexitet. De nya inslagen betonar det meningsfulla och det friska i tillvaron (Kåver, 2009). Inom buddhismen finns fyra för människan gynnsamma sinnestillstånd; Brahmaviharas. Meditation är en central del i att närma sig dessa tillstånd: Maitri (kärleksfull vänlighet), Karuna (medkänsla), Mudita (medglädje) och Upeksha (jämnmod/ jämvikt) (Hanh, 2007). Enligt Dalai Lama ska människan, om den vill att andra ska vara lyckliga, fokusera på medkänsla och om individen själv vill vara lycklig fokusera på medkänsla (Dalai Lama, 2001). Dalai Lama skriver: “Compassion is a sensitivity to the suffering of self and others with a deep commitment to try to relieve it.” (Gilbert, 2010a, s. 3).

Enligt Neff (2003a) och Shapiro (2007) med flera har den västerländska definitionen av medkänsla fokus på medkänsla med andra medan medkänsla i den österländska definitionen även innebär att ha medkänsla med sig själv. Neff hänvisar till den buddhistiske munken Thich Nhat Hanh: “To give compassion to others but not the self, in fact, is seen drawing artificial distinctions between self and others that misrepresent our essential interconnectedness” (Neff & Pommier, 2012, s. 1). Begreppet medkänsla har således varit en central del i buddhistiska traditioner i århundraden medan det relativt nyligen har introducerats inom västerländsk psykologi (Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007). På svenska finns ännu ingen etablerad terminologi för dessa begrepp, vilket medförde att det vid studiens början rådde en viss tveksamhet kring huruvida engelska eller svenska begrepp skulle användas. Vi valde att använda oss av begreppet “självmedkänsla” då vår uppfattning var att självmedkänsla var ett begrepp som allt mer kommit att användas i Sverige. Under intervjuerna utgick vi således från begreppet självmedkänsla. Flera psykologer gav dock uttryck för att självmedkänsla och medkänsla var svåra att åtskilja. Efter intervjuerna valde vi därför att använda oss av (själv)medkänsla. Idag finns det olika terapiformer som arbetar med (själv)medkänsla och begreppen självmedkänsla och medkänsla har allt mer väckt

forskarvärldens intresse. Självmedkänsla har i flera studier visat sig ha en negativ korrelation med bland annat ångest och depression (Neff, 2003b; Raes, 2010) och enligt bland annat en meta-analys en positiv korrelation ($r= 0.62$) med psykologiskt välmående (Zessin, Dickhauser & Garbade, 2015). Den buddhistiska synen på medkänsla har inspirerat Paul Gilbert och Kristin Neff i deras forskning på (själv)medkänsla och dess betydelse för människans välmående (Gilbert, 2014; Neff, 2003a). Gilbert (2009a) har utvecklat Compassion Focused Therapy (CFT) samt Compassion Mind Training (CMT) och Christopher Germer och Kristin Neff (2013) har utformat Mindfulness Self-compassion (MSC).

Gilbert observerade att människor med mycket skam och självkritik kunde ha svårt för att känna medkänsla både i relation till sig själv och andra och ha svårt att känna belåtenhet, trygghet och värme (Gilbert, 2009a). I Gilberts teori finns antagandet att hjärnan är anpassad att leva i urtiden där regleringsprocesser av emotioner har som syfte att öka överlevnaden. Medkänsla är en av nyckelprocesserna i CFT och övningar i CFT kan påverka både tankar, beteende och känslor och har som syfte att få klienten att upptäcka olika psykiska mönster hos sig själv (Gilbert, 2014). Att träna på att rikta medkänsla mot andra och mot sig själv med hjälp av visualiseringsövningar är en del i CFT. I dessa övningar är ett förhållningssätt präglat av mindfulness centralt, vilket hjälper klienten att uppmärksamma sitt inre (Gilbert, 2009b). CFT är en multimodal terapiform och enligt Gilbert (2009a) är ambitionen att skapa medkännande mönster i hjärnan.

Enligt Gilbert finns det hos människan tre huvudsakliga system som reglerar tankar, känslor och beteenden: hotsystemet, strävandesystemet samt trygghets- omsorgssystemet. Hotsystemets funktion är att uppmärksamma hot snabbt så att människan kan försvara sig eller sätta sig i säkerhet. Hos många patienter är hotsystemet överaktivt och CFT möjliggör att patienten i lägre grad styrs av detta system då det inte fyller en funktion (Gilbert, 2014). Strävandesystemet är drivkraften för ambitioner och för att uppmärksamma och uppnå mål, vilket efterföljs av en känsla av upphetsning och tillfredsställelse. Trygghets- omsorgssystemet möjliggör omhändertagande och vänlighet då individen upplever positiva affekter och välmående (Gilbert, 2009a). När detta system reglerar tankar, känslor och beteenden är individen inte utsatt för hot eller strävar efter att uppnå mål. Enligt CFT är patienters trygghets- omsorgssystem ofta underutvecklat och kan vara svårt att aktivera. Vissa patienter kan till och med reagera på medkänsla som vore det ett hot (Gilbert, 2009b). Modellen med dessa tre system är användbar i CFT då den skapar en grund för att diskutera varför medkänsla och vänlighet potentiellt är användbara och läkande, samt ökar förståelsen

för svårigheter i att känna medkänsla. Ett av målen i CFT är att balansera de tre systemen (Gilbert, 2014).

I Gilberts teori finns även begreppet ”sociala mentaliteter”, som handlar om att olika mönster av tankar, känslor och beteenden aktiveras hos en individ i en social kontext, beroende på kontexten i sig, gener och uppväxtförhållanden. De tidiga relationerna är enligt Gilbert ursprunget till många problem (Gilbert, 2014). Att klienten valideras i tidigare upplevelser och strategier och utvecklar ett reflektionssätt med medkänsla med sig själv och andra är viktiga delar i terapin (Gilbert, 2009a). Av största vikt i CFT är att klienten upplever att terapeuten är medkännande och att övningarna är motiverande och har ett medkännande fokus. Att även terapeuten kan bemöta sina egna behov av lindring, empatisk förståelse och stöd är en viktig förutsättning för att kunna fortsätta fungera som en anknytningsperson för andra behövande (Gilbert, 2005).

Återkommande i forskning på CFT är att terapin förknippas med minskad depression (Gilbert & Procter, 2006; Judge, Cleghorn, McEwan & Gilbert, 2012; Laithwaite et al., 2009; Lucre & Corten, 2013) och ångest (Gilbert & Procter, 2006; Judge et al., 2012) hos patienter. Enligt en nygjord översiktsartikel är CFT idag inte en evidensbaserad terapiform (Leaviss & Uttley, 2015). Enbart en randomiserad studie på en klinisk population inkluderades i artikeln och denna visade på minskad depression hos psykospatienter efter ökad medkänsla (Braehler et al., 2013). Compassion Mind Training (CMT) är en benämning som används för övningar och beteende-experiment som ingår i CFT. Det kan handla om visuella övningar där psykologen först tydliggör för patienten att visualisering av och tankar på något aktiverar samma psykologiska komponenter som när vi ser och upplever något (Gilbert, 2009b).

En annan terapiform med syfte att hjälpa deltagarna att öka sin förmåga till självmedkänsla är MSC, som riktar sig såväl till en klinisk population som till allmänheten (Germer & Neff, 2013). Deltagarna träffas 2,5 timmar i veckan under 8 veckors tid och deltar också i en halvdags tyst meditationsretreat. Deltagarna får vägledning i att utveckla självmedkänsla genom meditationer, upplevelsebaserade övningar samt hemuppgifter. De uppmuntras att dagligen öva på de tekniker som lärs ut. Varje grupptillfälle har formen av ett seminarium snarare än en gruppterapi då det i huvudsak handlar om att utveckla nya självmedkännande vanor. Deltagarna uppmuntras i att förstå vad som orsakar svårigheter i livet men fokus ligger på hur de relaterar till svårigheterna och mindre på livshistorien, vilket gör att MSC med fördel kan kombineras med individualterapi. Loving kindness-meditation är en av övningarna i MSC och innefattar att rikta medkännande och kärleksfulla tankar mot sig

själv och andra (Germer & Neff, 2013). Meditationer med fokus på kärlek och medkänsla har i forskning associerats med en ökning av positiva affekter och minskning av stress och ångest (Hofmann, Grossman & Hinton, 2011). I en randomiserad och kontrollerad pilotstudie påvisades hos deltagare i MSC- grupp en signifikant ökning av självmedkänsla och mindfulness i jämförelse med kontrollgruppen. Även en ökning av livstillfredsställelse samt minskning av depression, ångest, stress och känslomässigt undvikande påvisades och förändringarna kvarstod vid sexmånaders - och ettårsuppföljning. Vid ettårsuppföljningen hade livstillfredsställelse återigen ökat signifikant, vilket tyder på att fortsatt utövande av självmedkännande övningar ökar livskvaliteten över tid (Germer & Neff, 2013).

Neff har konceptualiserat den buddhistiska synen på självmedkänsla i sekulära termer utifrån den vetenskapliga litteraturen. Enligt Neff (2003a) innebär självmedkänsla:

Self- compassion (...) involves being touched by and open to one's own suffering, not avoiding or disconnecting from it, generating the desire to alleviate one's suffering, and to heal oneself with kindness. Self- compassion also involves offering nonjudgemental understanding to one's pain, inadequacies and failures, so that one's experiences is seen as part of the larger human experience. (s.87)

Enligt Neffs definition består självmedkänsla av tre komponenter vilka överlappar och interagerar med varandra: 1. Self-kindness, 2. Common humanity, 3. Mindfulness (Neff, 2003a).

Att vara vänlig mot sig själv omfattar att vara omhändertagande och förstående mot sig själv i stället för kritisk och dömande. Personliga brister och tillkortakommanden behandlas på ett varsamt och förstående sätt och den inre samtalstonen mot jaget är mjuk och stödjande. I stället för att kritisera oss själva för att vara otillräckliga innebär självmedkänsla att acceptera det faktum att ingen är perfekt. När livsomständigheterna är svåra kommer en självmedkännande person att vända sig inåt och ge sig själv tröst och omsorg, i stället för att hantera det smärtsamma genom att stålsätta sig och bita ihop (Neff, 2011).

Common humanity innebär att inse att alla människor misslyckas och understundom känner sig otillräckliga. Imperfektion är en del av det mänskliga tillståndet och svagheter betraktas utifrån ett brett och inkluderande perspektiv. Svåra livsomständigheter betraktas i ljuset av en delad mänsklig erfarenhet, så att personen vid lidande snarare upplever sig vara förenad med andra än isolerad. Det är vanligt att människor som lider upplever sig som

avstängda från andra, som om det vore onormalt att misslyckas, ha svagheter eller gå igenom svårigheter (Neff, 2011).

Mindfulness är den tredje komponenten i självmedkänsla. Neff refererar till Brown och Ryans (2003) definition och beskriver det som att vara medveten i det nuvarande ögonblicket på ett klarsynt och balanserat sätt utan att vara sig undvika eller älta oönskade delar av sig själv eller sin tillvaro. Det är nödvändigt att först bli varse sitt eget lidande innan det är möjligt att utveckla självmedkänsla. Det är vanligt att människor inte uppmärksammar sitt eget lidande då de i stället är upptagna av problemlösning eller av att döma sig själva. Mindfulness innebär att inta ett metaperspektiv på sina egna upplevelser, vilket underlättar i att se saker mer objektivt. Mindfulness gör det också lättare att inte bli insnärjd i sin egen smärtsamma upplevelse, något som kan beskrivas som överidentifikation. När människor fastnar i ett sådant tänkande tenderar de att bli överdrivet fixerade vid negativa tankar och känslor om sig själva, vilket gör att de inte kan se sig själva och sin situation klart (Neff, 2011).

Self-Compassion Scale (SCS) är ett instrument utformat av Neff i syfte att mäta grad av självmedkänsla. SCS gör det möjligt att studera sambandet mellan självmedkänsla och olika aspekter av såväl psykologiskt välbefinnande som psykologisk patologi på ett reliabelt och valitt sätt (Neff, 2003b). Merparten av den forskning som är gjord på självmedkänsla är baserad på detta instrument (Neff, 2011).

Återkommande i forskning med SCS är att självmedkänsla korrelerar positivt med hälsofrämjande faktorer som glädje, optimism och positiva affekter hos studenter (Neff et al., 2007; Neff & Vonk, 2009). Neff et al. (2007) visade även att en ökning av självmedkänsla över en månad associerades med ökat psykologiskt välmående och motsvarande minskning av självkritik och ångest. Sambandet mellan ökad självmedkänsla och tillfredsställelse i livet har Neff även påvisat i flera andra studier (Neff, 2003a,b) och att välmående signifikant associeras med självmedkänsla i flera kulturer som USA, Thailand och Taiwan (Neff, Pisitsungkagarn & Hseih, 2008). I en metastudie med 14 studier av MacBeth och Gumley (2012) undersöktes sambandet mellan självmedkänsla och psykopatologi. Metastudien visade på en stor effektstorlek ($r = -0.54$) och studien konkluderades med att självmedkänsla är av betydelse för att förstå och förklara psykisk hälsa och skydda mot psykisk ohälsa. Studien visade även att självmedkänsla kunde associeras med välmående hos vuxna (MacBeth & Gumley, 2012).

Forskning har visat samband mellan självmedkänsla och funktionella copingstrategier (Leary, Tate, Adams, Batts Allen, & Hancock, 2007; Neff, Ya-Ping & Dejitterat, 2005).

Personer med hög självmedkänsla har även visat sig ha mer perspektiv på sina problem, att de isolerar sig mindre (Leary et al., 2007) och personerna kunde även lättare handskas med negativa händelser i livet och reagera mer funktionellt (Leary et al., 2007; Neff & Vonk, 2009). Självmedkännande personer har även visat sig ha mindre rädsla för misslyckanden och vid misslyckanden avskräcks de i lägre grad från att försöka igen (Neely, Schallert, Mohammed, Roberts, & Chen, 2009). En signifikant negativ korrelation mellan neurotisk perfektionism och självmedkänsla har påvisats som indikerar att personer med hög självmedkänsla är mer accepterande och upplever mindre stress när de inte lever upp till sina egna krav. Detta innebär dock inte att de är passiva i bemärkelsen att de accepterar lägre krav på sig själva (Neff, 2003a), men när dessa personer blev mer självmedkännande upplevde de mer glädje, optimism, nyfikenhet, kreativitet och positiva emotioner som inspiration och entusiasm till skillnad mot de med högre grad av självkritik (Hollis-Walker & Colosimo, 2011, Neff, 2003a). Partners till personer med en god förmåga till självmedkänsla har beskrivit dem som varande mer emotionellt kontaktbara, accepterande samt autonomistödjande i jämförelse med de som saknar självmedkänsla (Neff & Beretvas, 2013).

Ett begrepp som ofta nämns i samband med självmedkänsla är självkänsla och mycket forskning har gjorts för att skilja dessa åt (Neff, 2003a). Neff (2011) beskriver självkänsla som en utvärdering av vårt eget värde som människor och menar att uppfattningen att hög självkänsla är centralt för god psykisk hälsa närapå blivit en truism i västvärlden. Hon hänvisar till Pyszczynski, Greenberg, Solomon, Arndt och Schimel (2004) som uppger att personer med hög självkänsla upplever större lycka, optimism, och motivation än de som har låg självkänsla så väl som att de skattar lägre på depression och ångest. Självkänsla är enligt Neff dock svår att förändra och verkar också vara effekten av att göra bra ifrån sig snarare än orsaken. Hög självkänsla associeras med att uppleva sig som bättre än genomsnittet. Behovet av att känna sig överlägsen andra för att vara nöjd med sig själv kan innebära att upprätthållandet av en god självkänsla kan involvera att sätta sig över andra människor. Neff menar att den stora tonvikten på hög självkänsla har lett till den oroande trenden att narcissism blivit allt mer vanligt förekommande. Neff framhåller fördelarna med att i stället fokusera på självmedkänsla och hänvisar till forskning som tyder på att självmedkänsla har likvärdiga fördelar gällande psykiskt välmående som självkänsla men har färre baksidor. Till skillnad från självkänsla innebär självmedkänsla inte en jämförelse av det egna värdet i förhållande till andra människors. Självmedkänsla innebär enligt Neff ett vänligt och klarsynt sätt att relatera till sig själv och detta även vid misslyckande, upplevd otillräcklighet och imperfektion (Neff, 2011). Gilbert (2009a) framhåller att självkänsla tenderar att öka när vi

lyckas, medan självmedkänslan även finns till för oss när vi inte har framgång. Den får oss att inse att många av våra livsomständigheter delas med andra då vi är en del av en större mänsklig helhet, "common humanity".

Medkänsla och empati diskuteras ofta i samma kontext. Figley (2002) anser att de tillsammans är en förutsättning för att kunna hjälpa en annan människa, samtidigt som de medför en risk för negativa konsekvenser för hjälparens eget psykiska välmående och kan leda till en form av utbrändhet, "compassion fatigue". Compassion fatigue anses vara en konsekvens av att ta del av andra människors lidande, en form av sekundär traumatisk stress som associeras till "the cost of caring" (Figley, 2002). Empati, att ta den andres perspektiv beskrivs av flera som en viktig aspekt i medkänslans emotionella del. (Figley, 2002; Kanov et al., 2004). Emotionsforskaren Goleman ser istället på medkänsla som en del i empati, då empati enligt honom består av tre delar: en kognitiv, en emotionell och en medkännande del. Den tredje delen av empati som innehåller medkänsla innebär förutom att förstå och känna med en person även att spontant kunna agera för att hjälpa andra vid behov (Goleman, 2007). Att medkänsla innehåller en aktiv handlingskomponent med syfte att minska lidande till skillnad mot empati betonas även av Kanov et al. (2004). Enligt Singer och Klimecki (2014) kan en emotionell reaktion på lidande ta sig två uttryck; empatisk/personlig stress eller medkänsla som beskrivs som empatisk oro eller sympati. I en studie där deltagarna först fick träna empati och därefter träna medkänsla påvisades att olika neurala nätverk aktiverades vid de olika övningarna, där empatiträning ökade självrapporterade negativa affekter medan medkänsla minskade upplevelsen av negativa affekter och ökade självrapporterade positiva affekter. Vid en regelbunden empatisk/personlig stress förelåg risk för negativa hälsoeffekter, medan en reaktion med medkänsla var baserad på positiva känslor riktade mot andra och aktiverade social motivation och socialt beteende (Singer & Klimecki, 2014).

Boellinghaus, Jones och Hutton (2012) refererar till Klimecki och Singer (2011) som utifrån sin forskning menar att utvecklande av medkänsla för andra kan vara ett skydd mot utbrändhet för professionella inom vårddyrken. De menar att om klinikern kan bemöta patientens lidande med medkänsla kan de empatisera med lidandet utan att identifiera sig med det. I och med denna distinktion föreslår Klimecki och Singer att det vore mer fruktbart att tänka på "compassion fatigue" som "empathetic distress fatigue" (Boellinghaus et al., 2012).

Huruvida mindfulness är en del av medkänsla såväl för sig själv som andra eller tvärtom råder det delade meningar om. Boellinghaus et al. (2012) gör skillnad på medkänsla och mindfulness. Kabat Zinn (2005) beskriver mindfulness: "Medveten närvaro innebär en

alldeles särskild sorts uppmärksamhet som är avsiktlig, opartisk och riktad mot nuet” (s. 22). Enligt Bishop, Lau och Shapiro (2004) innefattar detta två komponenter: en psykologisk process som reglerar uppmärksamheten att fokusera på pågående upplevelser samt en attityd av öppenhet, nyfikenhet och acceptans för samtliga erfarenheter. Enligt Boellinghaus et al. (2012) innebär mindfulness ett sätt att relatera till alla typer av upplevelser medan medkänsla är specifikt relaterat till lidandet. Medkänsla riktar sig mot det egna jaget eller andra människor, medan mindfulness riktar sig mot erfarenheter mer generellt. Medkänsla kan enligt Boellinghaus et al. (2012) också ses som mer aktiv till sin natur eftersom den rör sig förbi acceptans av det nuvarande ögonblicket genom en intention att engagera sig i och lindra lidandet.

Anställda inom vården har beskrivits vara särskilt utsatta för stress och utbrändhet (Coster & Schwebel, 1997; Moore & Cooper, 1996; Vredenburg, Carlozzi & Stein 1999) på grund av en emotionellt dränerande arbetsmiljö (Moore & Cooper, 1996). Arbetet som terapeut består ofta till en betydande del av emotionellt arbete vilket kan leda till “compassion fatigue” (Figley, 2002). Enligt en engelsk översiktsartikel med sju studier på stress hos psykologer upplevde 40% av psykologerna kliniskt signifikanta stressnivåer på arbetet (Hannigan, Edwards & Burnard, 2004). Även psykologer i Sverige är en utsatt yrkesgrupp när det gäller stressrelaterad psykisk ohälsa (Örn, 2015).

Strategier för självomhändertagande för terapeuter är ett viktigt forskningsområde då yrket kan innebära mycket stress och påfrestningar (Coster & Schwebel, 2009; Shapiro, 2007). Självmedkänsla har kommit att uppmärksammas som en potentiell motståndskraft mot stress, utbrändhet och emotionell utmattning (Raab, 2014). Intresset för dess betydelse för att minska stress och utbrändhet samt öka välmåendet hos vårdpersonal har på senare år blivit ämne för forskning (Irving, Dobkin, & Park, 2009). En studie gjord på australiensiska psykologer visade att självmedkänsla var en signifikant negativ prediktor för stressymtom. Självmedkänsla hade en indirekt påverkan på stressymtom genom att reducera svårigheter i att reglera känslor. Detta kan tyda på att individer som är mer självmedkännande har mindre svårt att identifiera egna känslor och också har lättare att acceptera svåra känslor. De är mindre benägna att uppleva svårigheter i att kontrollera impulsivt beteende i stressfyllda situationer och har lättare att ta till effektiva strategier för emotionsreglering och hanterar därmed stress på ett bättre sätt (Finlay- Jones, Rees & Kane, 2015).

Att ägna sig åt meditation och att utveckla självmedkänsla kan vara av betydelse för terapeuten som yrkesperson såväl som privatperson. Enligt Ringenbach (2009) skattade sig terapeuter som mediterade högre på självmedkänsla och lägre på utbrändhet än kollegor som

inte mediterade. En självmedkännande attityd kan minska skadeverkningar genom att minska individens reaktioner på stressorer såväl i det professionella arbetet som i det privata livet. Meditationsutövning kan vara ett sätt att understödja utvecklingen av självmedkänsla (Ringebach, 2009). Under de senaste årtiondena har träningsprogram baserade på mindfulnessmeditation för att utveckla medkänsla för sig själv och andra utformats varav ett är MBSR (Kabat-Zinn, 2013). Merparten av den forskning som gjorts på mindfulnessbaserade interventioner (MBI) för detta ändamål har gjorts på människor med medicinska eller psykiatriska problem. På senare år har dock intresset för att använda sig av MBI för att öka självmedkänsla och självomhändertagande för professionella inom vården ökat (Shapiro & Carlsson, 2009). Det finns stöd för att MBSR kan minska stress, öka livskvalité och öka självmedkänsla för professionella inom vården (Shapiro, 2005). Självmedkänsla har visat sig vara en nyckelmekanism när det gäller effektiviteten av MBI såsom MBSR (Germer & Neff, 2013). MBI för professionella inom vården, utformade för att utveckla självmedkänsla, kan enligt Boellinghaus et al. (2012) stärka deras relation till patienter, minska risken för att de drabbas av "empathetic distress fatigue" och utbrändhet, bibehålla deras välmående samt höja deras självmedkänsla.

Att utveckla självmedkänsla kan vara viktigt för att förhindra compassion fatigue och främja medkännande vård. Att lära sig att vara känslig och icke-dömande mot sig själv underlättade förmågan att vara känslig, icke-dömande och respektfull mot andra (Gilbert, 2005; Gustin & Wagner, 2013). Terapeuter med hög grad av självkritik har visat sig vara mer kritiska mot sina patienter (Henry, Schacht & Strupp, 1990), medan det finns ett växande stöd för att självmedkänsla har ett samband med att vara medkännande med andra. Detta medför att utveckling av självmedkänsla kan vara viktigt för psykologen (Neff & Pommier, 2012).

Då terapiformer/program som syftar till att öka självmedkänsla är ett relativt nytt fenomen är forskningen bara i sin början. Forskning på interventioner för att öka självmedkänsla har hittills visat på lovande resultat, dock råder det brist på randomiserade kontrollerade studier (RCT- studier) som kan visa på kausala samband. En ytterligare komplikation är att de relativt nya psykologiska begreppen självmedkänsla och medkänsla kan vara problematiska att forska på då de har många likheter med närliggande begrepp och kan vid studier vara svåra att skilja från varandra.

Vårdpersonals utsatthet för stress och utbrändhet är välkänd och behovet av preventiva åtgärder i syfte att minska denna blir alltmer påkallat. Intresset för att öka självmedkänsla i syfte att minska stress och utbrändhet hos vårdpersonal är stort, dock finns det få studier gjorda på självmedkänsla och psykologer. Då psykologer är en utsatt

yrkesgrupp och då forskning på självmedkänsla visat på positiva samband med psykiskt välmående, är forskning på självmedkänslans betydelse för psykologen som yrkesperson och privatperson ett område som är av stor vikt att undersöka. Vi har inte funnit någon kvalitativ studie som undersöker hur psykologer upplever nyttan av att arbeta med självmedkänsla.

Denna studie ämnar fylla kunskapsluckan.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur psykologer som arbetar med (själv)medkänsla definierar och förstår begreppet (själv)medkänsla samt hur de upplever att arbetet gagnar patienterna och dem själva. Eftersom det är vanligt med arbetsrelaterad stress hos psykologer är det av intresse att undersöka om kunskap om och arbete med (själv)medkänsla är till nytta för psykologen, inte bara som yrkesperson utan även som privatperson. Följande forskningsfrågor kommer att besvaras:

- Hur beskriver psykologen (själv)medkänsla?
- Vad är nyttan för psykologen som yrkesperson?
- Vad är nyttan för psykologen som privatperson?

Metod

Val av metod

Då det fenomen som studien syftar till att undersöka är psykologernas upplevelse och erfarenhet av (själv)medkänsla har studien en kvalitativ ansats. Den kvalitativa metoden ger en djupare förståelse kring (själv)medkänslans betydelse för psykologen på flera plan och konkreta exempel på vad terapiformerna kan bidra med. Som kvalitativ metod valde vi Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Intresset att förstå utifrån deltagarens eget perspektiv och beskriva världen som den upplevs av hen, är grunden i fenomenologin (Kvale, 2009). I IPA, som innehåller både en fenomenologisk del, där intervjupersonens erfarenheter uttrycks i egna termer och en hermeneutisk del där forskaren söker djupare förståelse och mening genom tolkning, är syftet att få en detaljerad bild av intervjupersonens subjektiva erfarenheter (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Då forskaren av nödvändighet utgår ifrån sin förförståelse och antaganden om världen för att få en djupare förståelse är resultatet en produkt av relationen mellan forskaren och tillgänglig data. Detta innebär inte att forskaren är biased, utan att tillgodogörandet av kunskap endast är möjligt genom applicering av kategorier som sedan modifieras under analysprocessen. Då IPA:s syfte är att undersöka deltagarens erfarenheter från hans perspektiv och då processen innehåller forskarens syn på världen samt interaktionen mellan forskare och deltagare är resultatet alltid en tolkning av

deltagarens erfarenhet. Enligt IPA:s grundare Jonathan Smith är forskaren en del i en dubbel hermeneutisk process där forskaren försöker skapa mening av deltagarens försök att skapa mening av sin upplevelse (Willig, 2013).

Med hjälp av IPA undersöktes, beskrevs och tolkades den mening deltagarna gav det psykologiska begreppet självmedkänsla. Beskrivningen i metoden är idiografisk då det personliga perspektivet uttrycks i enskild och specifik kontext utan syfte att generalisera. Den semistrukturerade intervjun ger deltagaren möjlighet att tänka, tala och höras (Smith et al., 2009).

Procedur

Vid rekrytering användes till en början ett "snöbollsurval" det vill säga att en person hänvisar till en ny person (Denscombe, 2009). Fem av psykologerna som arbetar med (själv)medkänsla kände vi till sedan tidigare och efter kontakt med dem gavs tips på ytterligare två psykologer verksamma inom området. För att ytterligare utforska förekomsten av psykologer som arbetar med (själv)medkänsla gjordes ett inlägg i den privata gruppen för psykologer på ett socialt forum på nätet, vilket dock inte gav resultat. Slutligen gjordes ett "bekvämlighetsurval" (Denscombe, 2009) utifrån geografisk lämplighet och studiens resurser gällande tid och ekonomi. Sammanlagt genomfördes sju intervjuer. Deltagarna informerades om studiens och intervjuens syfte samt att intervjun skulle ta mellan 45 minuter och en timme. De gav muntligt godkännande till att delta i studien, vilket innebar ljudupptagning samt en möjlighet att när som helst under studiens gång avbryta sin medverkan. Psykologerna fick bestämma tid och plats för intervjun. Intervjuerna genomfördes under vecka 38 och vecka 39 år 2015. Inklusionskriterium i studien var att deltagarna skulle vara psykologer som sade sig arbeta/ha arbetat med terapi med fokus på (själv)medkänsla.

Semistrukturerade intervjuer

Den semistrukturerade intervjun föregicks av skapandet av en intervjuguide i syfte att underlätta en detaljerad beskrivning av deltagarens upplevelse, samt skapa goda förutsättningar för en bekväm interaktion med deltagaren. Den semistrukturerade intervjun tillåter deltagaren och intervjuaren att delta i dialog och de tänkta frågorna modifieras i ljuset av deltagarens svar (Smith et al., 2009). Enligt Kvale (2009) bör en intervjufråga både ha en tematisk och en dynamisk dimension. Den tematiska dimensionen har som syfte att producera kunskap medan den dynamiska dimensionen syftar till att skapa god interaktion mellan intervjuare och deltagare.

Skapandet av studiens intervjuguide (se bilaga 1) utgick från forskningsfrågorna. Öppna frågor med fokus på deltagarens upplevelse konstruerades. Även följdfrågor i syfte att

facilitera mer uttömmande svar diskuterades och skrevs ned. Detta i syfte att skapa så stor samstämmighet som möjligt mellan de två intervjuarna.

Inledningsvis gjordes en gemensam pilotintervju med en av de sju psykologerna för att säkerställa att intervjuguiden i tillräckligt hög utsträckning besvarade syfte och frågeställningar. Då intervjuguiden bedömdes fånga och uttömma fenomenet för författarnas intresse gjordes inga ändringar i intervjuguiden. Därmed kom även pilotintervjun att användas i analysen vilket är praxis för IPA (Smith et al., 2009). Därefter genomförde intervjuarna tre intervjuer vardera. Sex intervjuer genomfördes på psykologernas respektive arbetsplatser och en intervju genomfördes i psykologens hem. Samtliga intervjuer varade mellan 45 och 60 minuter och spelades in med mobiltelefon.

Under intervjuerna ställdes samtliga frågor i intervjuguiden, men intervjuarna ställde ytterligare följdfrågor. Varje intervju avslutades med att psykologerna svarade på frågan om de ville tillägga något till intervjun i syfte att bidra med ytterligare information som de ansåg vara relevant. I enlighet med metoden transkriberades intervjuerna (Smith et al., 2009). Intervjuarna transkriberade de intervjuer de själva genomfört och den första intervjun som genomfördes gemensamt delades upp.

Analys

Analysmetoden som användes var IPA. Enligt riktlinjerna för IPA:s dataanalys ska varje intervju till en början analyseras var för sig (Smith et al., 2009). Inför analysdelen bytte författarna datamaterial så att varje intervjuare började med att analysera den andras transkriberade material. Den första och gemensamma intervjun analyserades till en början av en författare och genomgick sedan samma procedur som resterande intervjuer. Steg ett i analysdelen innebar att författarna satte sig in i originaldatan och enligt Smith, et al., 2009) kan detta förslagsvis innebära att författaren lyssnar på ljudupptagningen. På grund av praktiska skäl valde författarna att istället läsa igenom den transkriberade intervjun två gånger, vilket är inom ramen för IPA. Därefter skedde genomläsning där författarna skrev ned spontana noteringar i vänstermarginalen. Noteringarna kunde innehålla associationer, frågor, summeringar, språkliga kommentarer och hade som syfte att dokumentera författarens initiala idéer och tankar. Som nästa steg i analysen skapades tänkbara teman av datan som fångade essensen och som skrevs ned i högermarginalen (Willig, 2013). För att finna ytterligare mening i datan bytte författarna data efter steg två och kontrollerade om de noteringar och teman som den andra författaren skapat var förenliga med den egna tolkningen och marginalerna kompletterades då med ytterligare noteringar och teman. Tänkbara teman skrevs in i ett dokument för att underlätta kommande analyssteg. Steg tre innebar att skapa

struktur mellan tänkbara teman hos varje deltagare och här undersöktes teman i relation till varandra. Vissa teman skapade naturliga kluster medan andra skapade hierarkier. Klustrena namngavs och nyckelord i varje kluster dokumenterades. För att säkerställa att kluster/överteman var meningsbärande för deltagaren kontrollerades dessa mot det transkriberade materialet. Aktuella teman jämfördes därefter mellan deltagarna i syfte att finna teman som förekom i datamaterialet (Smith et al., 2009). Det som intresserade författarna och därför stod i fokus för analysen var psykologernas upplevelse, förståelse och erfarenhet av (själv)medkänsla.

Etik

Deltagaren informerades skriftligt (se bilaga 2) om syfte och upplägg med studien så att deltagaren kunde överväga konsekvenser av medverkan. Deltagaren informerades om att den när som helst kunde avbryta sitt deltagande och uppge om något i datamaterialet inte fick användas. Vid intervjutillfället gav deltagaren ett muntligt samtycke till att delta i studien och till att intervjun spelades in med hjälp av mobiltelefon. Psykologernas svar redovisades utifrån gemensamma teman, vilket medförde mindre risk att anonymiteten bröts jämfört med om svaren redovisats person för person. Data som riskerade att uppenbart identifiera en person uteslöts. Även data som ansågs vara alltför känslig eller personlig utelämnades. I resultatdelen framkom inte vilken deltagare som sagt vad och pronomet "hen" användes genomgående. I den mån det var möjligt genomfördes intervjuerna av den författare som inte tidigare hade träffat respektive psykolog.

Förförståelse

Studiens författare var två kvinnor på 33 respektive 34 år som studerade sista terminen på psykologprogrammet vid Lunds universitet. Författarna hade något varierande förkunskaper om det psykologiska begreppet (själv)medkänsla. En av författarna hade gått kurser om (själv)medkänsla samt deltagit i en workshop med Kristin Neff. Båda hade under de senaste åren intresserat sig för (själv)medkänslans betydelse för psykologiskt välmående. Författarna hade under de senaste åren haft österländskt influerade intressen såväl som att de allt mer intresserat sig för tredjeårets KBT, där österländska inslag är vanligt förekommande. Författarnas förförståelse och intresse påverkade resultatet så väl i skapandet av forskningsfrågor som i tolkningen av analysmaterialet, vilket var i linje med IPA som inte gör anspråk på att producera en definitiv sanning (Smith et al., 2009). Författarna har haft detta i åtanke och ansträngt sig för att ha en öppen inställning i studien, så väl vid skapandet av intervjuguide som vid tolkning av analysmaterialet. Utifrån den positiva förförståelsen hade vi dock förväntningar på studiens resultat. Förväntningarna var att psykologerna skulle

ge uttryck för att arbetet med (själv)medkänsla kunde innebära nyttoaspekter för psykologen som yrkesperson såväl som privatperson.

Deltagare

Samtliga deltagare var kliniskt verksamma psykologer i Sverige. Psykologerna hade i varierande grad fördjupat och utbildat sig i terapimetoder där arbete med (själv)medkänsla var centralt. De hade inhämtat kunskap från Paul Gilbert, Kristin Neff och Christoffer Germer så väl via undervisning som via litteratur. Det fanns en variation mellan deltagarna rörande kunskap och praktiserande av (själv)medkänsla för egen del, men majoriteten hade arbetat med terapimetoderna under minst fem år. Sex psykologer arbetade eller hade arbetat med CFT medan en arbetade med MSC. Samtliga psykologer hade erfarenhet av att arbeta med (själv)medkänsla i så väl gruppterapi som individualterapi. Alla var utbildade i KBT och tre psykologer hade även psykodynamisk grundutbildning. Utöver detta hade flera av psykologerna gått ytterligare utbildningar. Psykologerna arbetade inom öppenvårdspsykiatri, primärvård och privat verksamhet. Fem av psykologerna var kvinnor och två var män. Åldersspannet varierade mellan 35 och 53 år.

Resultat

Hur beskriver psykologen självmedkänsla?		Vad är nyttan för psykologen som yrkesperson?		Vad är nyttan för psykologen som privatperson?	
Att vara medkännande med sig själv	Common humanity	Effekter hos patienter	Självomhändertagande strategi	Lättare att hantera påfrestningar	Integrerad i personligheten
<ul style="list-style-type: none"> * Vänlighet och värme mot sig själv * Fysisk upplevelse * Att våga se alla sidor hos sig själv * Att vara närvarande i det som är svårt 	<ul style="list-style-type: none"> * Alla sitter i samma båt * Alla lider och behöver tröst * Egen erfarenhet viktig för att arbeta med andra 	<ul style="list-style-type: none"> * Nya perspektiv * Snabbförbättring * Verktyg för arbete med skam och självkritik * Alliansskapande 	<ul style="list-style-type: none"> * Ger energi och styrka * Mindre risk för utmattning och utbrändhet 	<ul style="list-style-type: none"> * Mindre rädsla * Ökat mod * Ett ökat ansvar för eget välmående * Ökad vänlighet mot sig själv 	

Figur 1. Huvudteman med respektive underteman kategoriserade utifrån studiens frågeställningar.

Resultaten presenteras utifrån de övergripande teman som framkom i analysen. Varje huvudtema är markerat med fetstil och varje undertema i fet kursiv stil. Teman redovisas utifrån forskningsfrågorna för att underlätta läsandet och tydliggöra sambanden mellan frågeställningar och resultat. I syfte att öka läsbarheten har vi tagit oss friheten att göra små justeringar i vissa citat. Vi har dock varit noga med att inte förändra citatens innebörd.

Hur beskriver psykologen självmedkänsla?

Att vara medkännande med sig själv. Majoriteten av psykologerna påtalade att de fått en mer medkännande inställning till sig själva. Flera psykologer påtalade även att de i högre grad än tidigare såg och accepterade alla sidor hos sig själva, efter att de fått kunskap och erfarenhet av att arbeta med (själv)medkänsla.

Vänlighet och värme mot sig själv. Att vara vänlig mot sig själv var något som majoriteten av psykologerna återkom till. När psykologerna beskrev vad (själv)medkänsla var för dem personligen var det flera psykologer som talade om ett förhållningssätt, en anda eller attityd genomsyrad av en varm vänlighet mot sig själv.

Attityden kan liksom ligga som ett lager utöver tankar och beteenden och självmedkänsla är liksom en attityd till mig själv...till sig själv som är vänlig, förstående, vänlig och varm, fånga den med sådana adjektiv, intentionen och attityden är självmedkänsla, välvillig attityd.

En annan psykolog talade om det nya förhållningssättet som:

Det är ju ett förhållningssätt som man bär med sig och när man har kommit åt den aspekten så blir det inte sig likt riktigt, tycker jag utan...att vara kritisk och dömande...då kan man till och med tänka på att vara mer omtänksam. Det blir en väldigt stor förändring i vårt sätt att... eller i mitt sätt att vara gentemot mig själv.

Fysisk upplevelse. Flera psykologer beskrev hur (själv)medkänsla inte bara handlade om det psykiska utan även kunde ta sig fysiska uttryck och hur de utförde fysiska övningar i syfte att vara mer självmedkännande. Enligt en psykolog var (själv)medkänsla en tydlig upplevelse i kroppen.

För mig är självmedkänsla en djup, en känslomässig upplevelse för mig som är tydlig. Jag känner det som något väldigt tydligt i kroppen, för mig känns det som att mitt

hjärta blir större hjärtat sväller. Jag känner värme och vänlighet, närhet men också en slags...lättnad, frihet, en slags vishet.

Tre psykologer beskrev hur de använde sig av fysisk beröring i syfte att vara självmedkännande. En psykolog berättade om hur hen i terapirummet lade en hand på sin mage vid upplevelse av ångest och "det märks inte ens men den här beröringen antingen från någon annan man tycker om eller sig själv frisätter oxytocin och det är en tröstande handling (...) ge sig själv vänlighet, fysiskt och mentalt".

Att våga se alla sidor hos sig själv. Flera psykologer påtalade vikten av att inte blunda för sina dåliga sidor, utan att se och acceptera dessa och bemöta dem med förståelse och ömhet.

Så för mig är självmedkänsla också att ha den uppriktigheten emot sig själv, att våga titta på sig själv på ett mer objektivet sätt, hur är det egentligen, är jag för hård mot mig själv, på ett objektivet sätt, har jag gjort fel här? Så lite så, att ta ett steg utanför sig själv.

Vissa compassion-övningar fokuserar bara på det varma och vänliga som vi definitivt har för lite av och definitivt behöver träna på, men vi behöver ha en annan del av medkänsla också som man tappar ibland därför att vi riskerar att bli oerhört självupptagna om vi bara tänker self-kindness.

Medan en annan psykolog påtalade att "jag tänker att vara självmedkännande med sina goda sidor är väl ingenting, det är en baggis, kanske är ett svar på din fråga att jag kan se på mig själv med ömhet när jag är som värst".

Att vara närvarande i det som är svårt. Flera psykologer lyfte att (själv)medkänslan hjälpte dem att vara mer närvarande i det som var svårt, samt hjälpte dem vara accepterande med saker som var svåra och som inte gick att förändra.

Att vara tillsammans med mig själv, att våga vara närvarande i det som är jobbigt men också att handla och våga lita på mig själv, det gör jag ju om jag vågar vara med mina känslor. Så för mig är nog den viktigaste delen i att våga vara, att kunna vara tillsammans med mig själv.

Det blir en utmaning att verkligen lyfta fram modkomponenten, det är liksom inte för fegisar att vara med sina känslor och det handlar inte om att sitta hemma på sin egen kammare och vara snäll med sig själv utan hela poängen i slutändan är att kunna gå ut i världen och närma mig det liv som jag vill leva.

Common humanity. Att självmedkänsla är en del av något större var centralt hos samtliga psykologer. Flera psykologer lyfte att erfarenheten av att arbeta med (själv)medkänsla hade påverkat deras syn på och upplevelse av omvärlden i positiv riktning, vilket också fyllde en tröstande funktion. Detta var centralt för psykologerna både som yrkespersoner och privatpersoner. En psykolog beskrev (själv)medkänsla som:

Jag är fullständigt övertygad att det stämmer att självmedkänsla och medkänsla är samma sak. Det går inte att säga att man visar medkänsla mot andra om man inte gör det mot sig själv, då har man missförstått hela common humanity-begreppet, därför att självmedkänsla springer ur en djup inre övertygelse om att vi är alla människor och om du behöver något och om jag inte behöver det, då har man missförstått allting ju. Så jag tror att i takt med att man blir snällare mot sig själv blir man även snällare mot andra, det går liksom inte att urskilja.

Vi sitter i samma båt. Flertalet psykologer nämnde en ökad insikt om likheterna i att vara människor och använde sig av uttrycket ”Vi sitter i samma båt”. Insikten var att det fanns något större som alla människor delade, vilket gav en känsla av gemenskap.

Det blir inte dem och vi på samma sätt. Vi är ingen skillnad mot klienterna, där tycker jag det finns ett förhållningssätt som är väldigt fint och det tycker jag har förändrats. Det är lätt att hamna i dom och vi även om man inte vill det, att klienter är något annat än det vi möter men det är det ju inte, vi sitter i samma båt, det är väldigt positivt tycker jag.

En psykolog beskrev det som att:

Det som tar tag i mig är särskilt det här begreppet med common humanity. Hur jag kan få en känslomässig upplevelse i kroppen, varför är ointressant, jag behöver inte förklara mig, våra psykologiska teorier, för det finns bara ett svar på frågan och det är

för att vi är människor och det räcker hur långt som helst. Det skapar en värme och lugn och en glädje.

Medan en annan psykolog uttalade att:

Risken är väl att om man blir väldigt inriktad på det här att jag måste ta hand om mig så missar man det lite vidare perspektivet (...) gör man det lite för mycket kan det bli egotrippat och generera nytt lidande (...) För mig ligger kraften mycket i att man på något sätt kommer förbi sig själv litegrann och ser att vi sitter alla i samma båt, vi har det alla svårt, vi har alla ungefär samma sorts lidande och samma sorts glädjeämnen och man är en del av det flödet på något sätt. Kan man förflytta sig till den positionen så blir allting mycket enklare, skamkänslor och kritiska känslor och irritation lägger sig lite grann.

Alla lider och behöver tröst. Majoriteten av psykologerna nämnde behovet av (själv)medkänsla eftersom vi alla lider och att det är en del i att vara människa. Inställningen till och hanteringen av lidandet var centralt i terapiformerna.

Medkänslan handlar om att förstå och vara öppen och känslig för sitt egna lidande eller för sitt egna och andras lidande och ha en önskan om att avhjälpa det och då tänker jag att utifrån det att självmedkänslan är att också förstå sitt egna lidande. Att förstå vad det är som blir svårt för mig och förhålla mig till det på olika sätt och också försöka göra något åt det.

En psykolog talade om lidandet och om hur man bemöter det med självmedkänsla som att:

Jo, vi vill undvika det men det kommer inte att gå, vi kommer stöta på det så i stället för att hamna i det här: varför hände det mig och varför blev det såhär nu och hur ska jag orka med detta så blir det snarare: Ok, nu hände detta, vad känner jag då? Jo nu blev jag jätteledsen, men vad behöver jag då? Lite tröst (...) Då blir det ju ett helt annat...än att hamna i det här ältandet.

Genomgående var att psykologerna upplevde att det blivit lättare att trösta sig själva i händelse av svårigheter. En psykolog beskrev att hen använde sig av kunskaper om (själv)medkänsla genom ”att trösta mig själv när jag lider, använder det till det, trösta mig

själv, försöker ta hand om mig själv, misslyckas med att ta hand om mig själv och tröstar mig för att jag misslyckas med att ta hand om mig själv”. Tre psykologer påtalade även att de i högre grad vände sig till andra för att be om hjälp samt uppsökte andra istället för att dra sig undan.

Egen erfarenhet viktig för att arbeta med andra. Samtliga psykologer underströk vikten av egen erfarenhet i att använda sig av kunskaper och förhållningssätt utifrån metoden som användes i patientarbetet. Att terapiarbetet med (själv)medkänsla krävde att psykologen var medkännande var samtliga psykologer tydliga med.

Jag tänker att ska man jobba med det här så är det precis som med mindfulness att jag tror att det är viktigt att man har egen erfarenhet av det och ju djupare den erfarenheten är desto bättre är det, desto mer förtroendeingivande är det såklart när du presenterar för patienten att det här faktiskt fungerar och det här är någonting som kommer förändra saker och ting. Så det är väl värt att lägga ner tid på.

Några psykologer nämnde att en del i att fördjupa den egna erfarenheten kunde vara att fördjupa sig i terapimetodernas buddhistiska inslag, att förkovra sig i buddhistisk filosofi, delta i retreat och meditera. En psykolog hävdade att:

Det blir väldigt svårt att förstå de här interventionerna på djupet om man inte har bakgrunden i buddhistisk filosofi och det kommer ju därifrån liksom såklart. Det har ju med karma att göra att rena sinnet i förlängningen för allt du gör under inflytande av negativa tendenser, det kommer få ringar på vattnet, på samma sätt, att agera utifrån mer gynnsamma sinnestillstånd som det här då med compassion, self-compassion så kommer konsekvenserna att bli annorlunda, så det har ju en väldigt stor del, det är ju väldigt centralt i buddhismen. Så det är dumt tror jag, att även om man inte tror eller är religiös i den bemärkelsen så är det dumt att inte ta det till sig.

Vad är nyttan för psykologen som yrkesperson?

Effekter hos patienterna. Samtliga psykologer berättade om att de i och med kunskaper i och arbetet med (själv)medkänsla såg det som att de utökat sin verktygslåda av terapeutiska interventioner, men att arbetet även innebar ett nytt förhållningssätt. De beskrev arbetet med (själv)medkänsla som positivt och att det fyllde ett tomrum, “Det är som att stoppa nyckeln i låset och vrida om och öppna dörren”.

Nya perspektiv. Alla psykologer beskrev positiva förändringar hos de patienter som

tog till sig terapiformen och att det kunde innebära en stor skillnad i form av ökad livskvalité och minskat lidande. En psykolog beskrev

Det är otroligt känslösamt när de kommer åt det och kan känna, det märks i hela rummet att de stannar upp och de får ett helt annat perspektiv på sig själva och sina problem och de blir ju också kanske mindre kritiska mot andra så det ökar ju inte bara medkänslan mot sig själv utan den ökar också mot andra.

En annan psykolog menade att:

Nej, men om jag lyckas som jag sa innan, jag tror det ofta är en kärnproblematik, det är en transdiagnostisk process som är rätt viktig för många patienter och kommer man åt det så är det lite som ett korthus att då kan många andra problem falla bort, som självdestruktivitet och självskada, känslighet för depressioner.

Det beror ju väldigt mycket på vad man har för problematik innan, som sagt tror jag att det kan vara en game-changer för vissa patienter om de verkligen tar det till sig. Livet, världen ser liksom annorlunda ut om man själv inte ständigt går och rackar ner på sig själv.

Snabb förbättring. Flera psykologer beskrev att arbetet med (själv)medkänsla kunde medföra en snabb förbättring i klientens mående och lyfte vikten av varsamhet hos psykologen i och med detta.

Man kan gå väldigt djupt väldigt snabbt för man kommer åt det innersta med en gång, man använder ju inte bara sin mentaliseringsförmåga och intellektualiserar och är uppe i huvudet som man lätt kan hamna i i samtal, utan man kommer i kontakt med känslorna och då kan det bli djupt väldigt snabbt så det är snarare att man får tänka på att ta det lite varligt.

Verktyg för arbete med skam och självkritik. Majoriteten av psykologerna beskrev att arbetet med (själv)medkänsla var ett nytt och viktigt verktyg för patienter med mycket skam och självkritik. Det poängterades även att skam och självkritik var något som kunde vara svårt att upptäcka och att det inte behövde vara en utpräglad problematik. Flera psykologer lyfte att den nya terapimetoden fyllde ett behov.

Jag blev lite frälst för att jag tyckte ...vad viktigt det här är. Det här måste vi ju prata med våra patienter om, det här diskuterar vi ju aldrig. Så för mig var det en känsla av att man fyllde ett tomrum genom att börja prata om det.

Enligt en annan psykolog innebar arbetet med (själv)medkänsla:

Det öppnar upp en arena för att berätta och prata om det här, för det har ju inte funnits. Skam har ju varit en känsla som alltid varit svår att adressera i terapi, men också att våga prata om de här sakerna när vi också tror att vi har ett sätt att hjälpa till.

En tredje psykolog påtalade självkritiken hos behandlaren och hur hen nu hade verktyg att arbeta med den, men att det var en utmaning ”den egna självkritiken och skammen och de egna inre processerna. Att jag tror verkligen inte att det går att jobba med medkänsla och nu tänker jag medkänsla igen, om jag inte integrerar det i mig själv”. Återkommande hos flera psykologer var att de beskrev att patienter med skamproblematik hade haft svårt att ta till sig andra terapiformer, då dessa kunde väcka såväl skam som självkritik.

Alliansskapande. Tre psykologer pratade framförallt om de positiva upplevelsorna, både för egen del och utifrån patientreaktioner, av att ge uttryck för egna känslor, “Att tillåta sig vara mänsklig inom en professionell ram.”, vilket uppfattades som befriande och salutogent. Att få ge uttryck för egna känslor kunde även enligt två psykologer vara alliansskapande och ge “en enorm skjuts i terapin”. En psykolog beskrev förändringar som yrkesperson efter att ha börjat arbeta med (själv)medkänsla som att ”Jag är mer närvarande i det jag gör med mina patienter, också känslomässigt och att jag får lov att vara det, jag tycker inte alls att jag blir lika trött och det där med relationer gäller ju såklart också arbetsrelationer”.

Självomhändertagande strategi. Flera psykologer lyfte att arbetet som psykolog kunde vara känslomässigt belastande och stressfyllt och att kunskaper om (själv)medkänsla kunde fungera som en självomhändertagande strategi.

Ger energi och styrka. Två av psykologerna betonade särskilt de energigivande aspekterna av att arbeta med (själv)medkänsla och att interventionerna kunde vara mycket kraftfulla. Enligt en av psykologerna kunde hen ha haft många patienter och vara trött inför en gruppterapi, men att hen var stärkt efteråt “ska man hålla i detta jobb måste man hitta energin för det är väldigt mycket att ge, det har nog gjort den största skillnaden”.

Den andra psykologen beskrev det som att arbetet inte tärde lika mycket längre då

hen tillämpade kunskaperna från terapiformen på sig själv och sitt eget liv, vilket gjorde att hen fick mer energi generellt. Hen beskrev det som att hen var mycket mer empati- eller relationstrött innan och att hen tidigare efter jobbet mest velat vara ensam men att hen nu fått mer energi. "Jag tycker det ska heta empatitrötthet och inte compassion fatigue för man blir pigg av compassion!".

Minskar risk för utmattning och utbrändhet. Flera psykologer beskrev (själv)medkänsla som en självomhändertagande strategi som var verksamt i själva terapiögonblicket. Det framkom att känslomässigt påfrestande terapier blev lättare att hantera med hjälp av (själv)medkänsla. Det underlättade för psykologen att hårdna ut lite mer och en psykolog exemplifierade detta med:

Det hindrar risken att drabbas av utbrändhet och utmattning på ett effektivt sätt för att det ger mig verktyg att använda mig av i rummet i samspel med patienten (...) där tycker jag compassion ger oss styrka och hjälp att gå igenom det svåraste (...) och så kan jag känna att det är svårt att bära för mycket ibland, som stort stöd, rikta självmedkänsla mot sig själv och göra övningar.

En annan psykolog beskrev vikten av att i själva terapiögonblicket vara öppen för sitt eget lidande och tillåta sig att vara det, alltså att vara självmedkännande. Detta i motsats till att försöka förtränga eller negligera sitt eget lidande vilket kan öka risken för utbrändhet. Flera psykologer beskrev också att de gjorde övningar för att öka självmedkänslan även utanför arbetet i syfte att vara självomhändertagande. En psykolog beskrev det som:

En mellanväg där mellan att ta slut helt och sätta upp en mur för att skydda sig är att bemöta det här tillbakadragandet, det lidandet som gör att man drar sig tillbaka med självmedkänsla. Försöka avsätta tid både under arbetsdagen men även hemma privat för att applicera samma övningar hos sig själv som man ber sina patienter göra...så på det sättet tycker jag att det hjälper för min del. Är till stor nytta, borde kanske ingå i psykologutbildningen att lära sig hantera andras lidande.

En psykolog beskrev betydelsen av (själv)medkänsla för att ha uthållighet i yrket:

Det handlar inte bara om att jag ska ta hand om mig själv, det handlar om att jag ska generera positiva sinnestillstånd helt enkelt, gynnsamma sinnestillstånd för mig själv

och där är ju självmedkänsla kanske ett men kanske mera medkänsla generellt, vänlighet, välvillighet, med...kunna dela andras glädje, kunna vara accepterande och okej med saker som är svåra och som kanske inte kommer att bli bättre heller. Det finns mycket som man behöver jobba med sig själv med för att hålla någon sorts mental balans, om du förstår hur jag menar. På det sättet så tycker jag det är viktigt för mig för att kunna hålla i det långa loppet och det är inte alltid man klarar det men jag tror att det är en bra intention i alla fall.

Vad är nyttan för psykologen som privatperson?

Lättare hantera påfrestningar. Gemensamt för majoriteten av psykologerna var att de upplevde det som att de hanterade stora påfrestningar i livet på ett bättre sätt efter att ha fått kunskaper om och börjat arbeta med (själv)medkänsla. En psykolog sade att det var ”lättare att hantera misslyckanden, svårigheter eller när jag är otillräcklig” medan en annan menade att hen blivit:

Lugnare och mer trygg tror jag och mer stabil, mer förmögen att hantera ganska jobbiga situationer och vara lite cool i det och inte svepas med av ångest eller vad det nu kan vara.

Mindre rädsla. Majoriteten av psykologerna påtalade att de upplevde mindre rädsla och kunde hantera den bättre, enligt en psykolog ”mindre rädd för att det kommer dyka upp problem. För det kommer det att göra, utan det är snarare hur man hanterar det”. Två psykologer påtalade att de vågade vara med sina känslor i högre grad nu. Den ena beskrev det på följande sätt:

Jag tror inte att jag är lika rädd längre, det blir så tve-eggat det här, för å andra sidan är jag mer medveten om min rädsla vilket gör det lite tve-eggat för innan har jag bara agerat på rädslan och inte varit särskilt medveten utan bara reagerat, jag tänker nu är jag medveten och agerar på det kanske på ett annat sätt.

medan den andra psykologen påtalade ”Ju mer jag vet mina alla jobbiga känslor och de största rädslorna desto mindre blir de inombords. Det låter helt bakvänt men jag ser mer vad det är som händer på min egen insida också och det gör mig lugnare”.

Ökat mod. Flera psykologer beskrev ett ökat mod i att våga utsätta sig för utmanande situationer eller mod i bemärkelsen att våga vara med sina känslor ”det inbegriper något

väldigt tillåtande och accepterande i det, så är det nog för mig, och det gör att jag vågar göra saker som du kan misslyckas med, alltså man får någon typ av mod”. En psykolog sa:

Att jag vågar mer saker tror jag antagligen för att man vet att man har en god vän till hands hela tiden och då antar man lättare...att för mig att anta saker som jag annars försökt backa på eller undvikit utmaningar eller situationer som varit för jobbiga.

Ett ökat ansvar för eget välmående. Flera av psykologerna beskrev ett ökat ansvar för sitt eget mående genom att i större utsträckning göra saker som var bra för dem själva, eller ”att be om hjälp” vid behov. ”Jag grejar det i mig själv när jag ska göra det på egen hand och när jag inte ska göra det på egen hand”. Flera psykologer beskrev att (själv)medkänsla hade lett till beteendeförändringar där en konsekvens var förbättrad stresshantering. En psykolog beskrev det som att:

Det är inte så att man blir mindre självkritisk, de tankarna ploppar ju upp hela tiden för alla. Jag tror att det lett till en ökad ansvars känsla, alltså att det handlar om att göra på ett sätt så att man mår bra. Jag tror det liksom motiverar till beteenden...Ja, jo för mig på ett personligt plan så handlar det om att det ökar motivationen att göra saker som är bra för mig.

Medan en annan psykolog påtalade att:

Så det är lättare att följa saker som man själv tycker är viktigt och göra livsförändringar som man själv tycker är viktiga och släppa saker som andra vill pracka på en. Det är ju också långsiktiga konsekvenser att man tar hand om sig själv bättre och får bättre hälsa och positiva bieffekter.

Ökad vänlighet mot sig själv. Majoriteten av psykologerna beskrev att de blivit vänligare mot sig själva. En av psykologerna märkte särskilt av den positiva förändringen som arbetet med (själv)medkänsla hade skänkt när hen jämförde sig med andra.

Mycket beröm och så gentemot mig själv utan att tänka på det utan att det blir överdrivet, men jag kan ju se att det gör det inte och hur otroligt stressande det är när man har en inre drivkraft att man aldrig är riktigt bra, att man aldrig duger (...) för det gör jättestor skillnad att se det man gör snarare än det man inte gör.

Medan en annan psykolog menade att:

Jag tycker att jag är snällare och lugnare. Jag tänker att man inte ska förminska sådana ord, att känna sig snäll är väldigt gött, eller hur? Så det är oftast inte en slump att man väljer att fördjupa sig i en sådan här inriktning. I mitt fall har jag haft höga prestationskrav och så, mycket självkritik så jag kan påtagligt känna att jag blivit snällare.

Integrerad i personligheten. Flera psykologer gav tydligt uttryck för att (själv)medkänsla är ett förhållningssätt som de bär med sig och att det medfört en stor förändring i sättet att vara mot sig själv. Tre psykologer beskrev att de efter ökad kunskap och praktisk erfarenhet av att ha arbetat med (själv)medkänsla idag upplevde att de formats och att det medkännande förhållningssättet blivit en naturlig del i deras sätt att vara, ”Att ha det förhållningssättet, det blir ju ett annat sätt att vara... man mår väldigt bra helt enkelt”.

Jag tror att det blivit en del av min inre miljö, så att säga blivit glasögon. De första åren gjorde jag alla övningar, ville förstå vad jag skulle förmedla, gick igenom min egenerapi själv och så, ville känna mig säker, men idag är det mer som en värderad riktning, integrerad i mitt liv.

En annan psykolog uttryckte angående (själv)medkänsla “Det har förändrat mitt liv och det har förändrat mig i grunden som person, jag förhåller mig väldigt annorlunda till saker idag än vad jag gjorde tidigare”.

Diskussion

I intervjuerna framkom att det huvudsakligen rörde en samsyn i hur psykologerna såg på begreppet (själv)medkänsla, även om det fanns en viss variation rörande huruvida de utgick från Neffs eller Gilberts definition. Gilbert (2009) utgår från medkänsla där självmedkänsla är en del, vilket betonades särskilt av några av de psykologer som arbetade med CFT. Det gavs i intervjuerna uttryck för att det var onödigt att lyfta ut självmedkänsla från medkänsla, men att detta förmodligen grundade sig i att det i den västerländska kulturen finns en ovana i att vara medkännande med det egna jaget. Det kan vara en anledning till att Neff såg ett behov av att tydliggöra och fokusera på denna aspekt i sin konceptualisering av begreppet. I diskussionerna om begreppen (själv)medkänsla blev det tydligt att dessa i västerlandet är relativt nya och komplexa begrepp som är under utveckling. Detta blir än mer komplicerat vid översättning till svenska då ingen direkt översättning finns. Idag översätts exempelvis det

psykologiska begreppet compassion ibland till självmedkänsla, vilket kan diskuteras då det lätt kan tolkas som att det bara handlar om medkänsla för sig själv. I Sverige pågår idag en diskussion kring dessa begrepp rörande förståelsen, betydelsen och de mest rättvisande översättningarna. Vi förstår det som att det finns något varierande åsikter, men att en öppenhet för olikheter och en gemensam grundsyn genomsyrar diskussionen. Det gavs under intervjuerna uttryck för uppfattningen att begreppen är under utveckling och att denna process kan ses som något naturligt och nödvändigt.

När psykologerna skulle beskriva vad (själv)medkänsla var för dem personligen lyfte de olika exempel färgade av egna erfarenheter och livsomständigheter. Vi fick intrycket att psykologerna i stort hade en gemensam syn på vad (själv)medkänsla innebar, men att de beskrev det på olika vis. Detta kan tolkas som att arbetet med (själv)medkänsla har påverkat dem på ett genomgripande sätt och att de utifrån erfarenheter och personlighet lagt fokus på olika aspekter. Att vara medkännande med sig själv kunde för flera av psykologerna innebära en komplexitet, där de exempelvis lyfte att det inte enbart handlade om att vara vänlig och varm mot sig själv, utan även om att våga se de mindre bra sidorna samt att acceptera och stå ut med dessa. Att acceptera och inte undvika kunde även handla om företeelser utanför dem själva som kanske inte gick att förändra och om att kunna förhålla sig till dessa, vilket är förenligt med mindfulness (Kabat-Zinn, 2005). Detta exemplifierar det nära förhållandet mellan (själv)medkänsla och mindfulness. Flera psykologer betonade den aktiva komponenten i medkänslan och utifrån deras uttalanden fick vi intrycket att de såg mindfulness och (själv)medkänsla som tätt förbundna, vilket överensstämmer med Neffs (2003a) definition.

Flera psykologer beskrev (själv)medkänsla som att vara mer närvarande i sina känslor, acceptera och inte i lika hög grad agera på dem. Den förbättrade hanteringen av känslor är i linje med tidigare forskning som har visat att (själv)medkänsla kan reducera svårigheter med att reglera känslor (Finlay- Jones et al., 2015). (Själv)medkänsla ansågs inte enbart handla om något psykiskt, vilket särskilt lyftes av några psykologer som regelbundet var medkännande med sig själva genom fysisk stimulering. Den fysiska stimuleringen kunde med fördel vara en del i en meditativ övning, där den psykiska och fysiska upplevelsen förstärkte varandra. Dessa två delar av individen påverkar varandra dynamiskt och helheten blir något mer än delarna. En meditativ övning som förenar österländskt influerad meditation med fysisk beröring, som västerländsk forskning visar frisätter oxytocin vid beröring (Uvnäs-Moberg, 2007), kan ses som en förening mellan öst och väst där de båda synsätten kompletterar varandra.

Samtliga psykologer lyfte att deras syn på sig själva och andra hade förändrats och att de efter att de tillgodogjort sig kunskaper om och arbete med (själv)medkänsla i högre grad än tidigare hade utvecklat ett synsätt där likheterna i vad det är att vara människa betonades. I mötet med patienten blev en tydlig konsekvens av detta att en större samhörighet upplevdes och att alliansen stärktes. Att vara medkännande med sig själv och patienten i mötet beskrev samtliga psykologer som en nödvändighet för en effektiv behandling, vilket är i linje med teorin (Germer & Neff, 2013; Gilbert, 2005). Förutsättningen för att arbeta med (själv)medkänsla med patienter var enligt samtliga psykologer att de själva hade personlig erfarenhet av att ha använt sig av kunskaper och förhållningssätt utifrån den metod de använde sig av. Det ansågs viktigt att psykologen var insatt i det som skulle förmedlas till patienten och att hen också upplevt fördelar av det nya förhållningssättet. Flera psykologer gav uttryck för att medkänsla med sig själv underlättar i att bli mer medkännande med andra (Gustin & Wagner, 2013).

Genomgående var att psykologerna såg (själv)medkänsla som ett nytt och viktigt förhållningssätt i patientarbetet, vilket lett till bättre terapieresultat och att de kunnat hjälpa fler patienter. Beskrivningarna av effekterna av terapiformerna var starkt positivt värdeladdade och beskrev stora förändringar hos patienterna. Vi hade utifrån vår förförståelse en förväntan om att psykologerna skulle uttrycka positiva upplevelser av att arbeta med (själv)medkänsla samt att vårt fokus i studien var på nyttoaspekter. Samtliga psykologer i studien hade valt att fördjupa sig inom detta område vilket föranledde oss att tro att detta val grundade sig i såväl personligt engagemang som intresse, något som borde spegla deras upplevelse av terapimetoderna på ett positivt sätt. Dock var deras beskrivningar rikare och mer omfattande än vad vi hade förväntat oss, då många belyste fler nyttoaspekter än vad vi kunnat förutse, med stora genomgripande förändringar såväl hos patienten som hos psykologen.

Terapiformerna upplevdes också innebära att psykologen var mer känslomässigt närvarande i mötet med patienten, vilket förutom att stärka alliansen även var något som uppfattades som positivt för psykologen för egen del. Enligt tidigare forskning har människor som arbetar med psykisk hälsa en emotionellt påfrestande arbetsmiljö (Moore & Cooper, 1996). Den förbättrade närvaron och hanteringen av känslor som psykologerna beskrev att arbetet med (själv)medkänsla medfört antogs motverka detta. Flera beskrev att arbetet med (själv)medkänsla kunde fungera som en självomhändertagande strategi. I resultatdelen redovisades att två psykologer beskrev att arbetet med (själv)medkänsla gav energi och styrka, men samtliga upplevdes under intervjuerna vara positiva och entusiastiska över vad arbetet med (själv)medkänsla hade tillfört. Psykologerna beskrev att arbetet kunde minska

riskerna för utmattning och utbrändhet. Detta är i linje med Singers och Klimeckis (2014) forskning där resultaten tydde på att medkänsla till skillnad från empati kunde vara ett skydd mot utbrändhet. (Själv)medkänsla kunde enligt psykologerna erbjuda en strategi i den psykiskt belastande situationen, det vill säga i terapiögonblicket till skillnad från andra självomhändertagande strategier såsom exempelvis motion och ordentlig sömn. Förutom att vara en strategi mot stress och utbrändhet i mötet med patienten beskrevs (själv)medkänsla även som en självomhändertagande strategi för livet i stort.

Tonvikten på att (själv)medkänsla var en självomhändertagande strategi varierade. Några fokuserade främst på nyttoaspekterna av terapiformerna med (själv)medkänsla för patienterna medan deras egna positiva upplevelser och förändringar beskrevs som något sekundärt, samtidigt som andra även lade stor vikt vid nyttoaspekter för egen del. Vårt intryck var att det sammanhang i vilket psykologen först kom i kontakt med begreppen var av betydelse. De som beskrev en primärt icke arbetsrelaterad ingång till (själv)medkänsla, såsom att ha kommit i kontakt med det via österländska intressen och upplevt positiva fördelar för egen del var kanske något mer benägna att lägga vikt vid den självomhändertagande aspekten. Även de som hade haft en arbetsrelaterad första kontakt upplevde dock nyttoaspekter för egen del av att arbeta med (själv)medkänsla.

När psykologerna skulle beskriva nyttan som privatpersoner var deras beskrivningar så omfattande att de överträffade våra förväntningar. Några beskrev bland annat att svåra livshändelser hade varit lättare att hantera tack vare (själv)medkänsla, beskrivningar av dessa har vi dock av etiska skäl valt att utelämna ur resultatdelen. Berättelserna berörde och det blev tydligt att (själv)medkänsla för vissa hade varit ett stort stöd i hanteringen av livskriser, vilket är i linje med tidigare forskning som visat på att självmedkännande individer lättare handskas med negativa händelser i livet och reagerar mer funktionellt (Leary et al., 2007). Psykologerna beskrev även ett samband mellan ökad (själv)medkänsla och mindre isolering, som även det är i enlighet med tidigare forskning (Leary et al., 2007). Några bekräftade också tidigare forskning genom att beskriva att ökad (själv)medkänsla ledde till att de var mindre rädda för misslyckanden (Neely et al., 2009). Det faktum att psykologen använder sig själv som arbetsredskap kan göra det svårt att skilja på psykologen som yrkesperson och privatperson, vilket blev tydligt under intervjuerna där beskrivningar av gränserna inte alltid var tydliga. Det kan ses som en stor vinning att arbetet möjliggjort dessa stora förändringar som inneburit att psykologerna fått verktyg att hantera påfrestningar bättre, blivit modigare, vänligare och tagit ett ökat ansvar för sitt eget mående.

Mellan psykologerna fanns en viss skillnad i hur de använde sig av (själv)medkänsla, såväl privat som i arbetet. Utifrån deras beskrivningar kunde vi uttyda att en fördjupning i buddhistiska tekniker som meditation och deltagande i retreatar kunde underlätta en integrering av (själv)medkänsla i individen. Detta är i linje med Ringenbachs studie (2009) som visar på samband mellan mediterande psykologer och ökad medkänsla. Några psykologer gav uttryck för att såväl tid som erfarenhet av arbete med (själv)medkänsla underlättade att det nya förhållningssättet automatiserades och blev en integrerad del av personligheten, snarare än en separat teknik att använda sig av.

Merparten av den forskning som hittills gjorts på (själv)medkänsla och vårdpersonal har varit kvantitativ. Resultaten i vår studie är generellt i linje med tidigare forskning och erbjuder en djupare förståelse för fenomenen genom konkreta exempel utifrån sju psykologers upplevelser och erfarenheter av att arbeta med (själv)medkänsla. IPA har inte som syfte att generalisera, men studiens resultat kan även antas vara relevant för psykologer utanför denna studie. Ett representativt urval i kombination med samstämmiga resultat som styrker tidigare forskning ligger till grund för detta antagande. Studiens resultat antas även ha betydelse för vårdpersonal i stort då den visar på hur de skulle kunna gagnas av kunskap om och arbete med (själv)medkänsla.

Metoddiskussion

Vår förförståelse och inställning till terapiformer med fokus på (själv)medkänsla har haft betydelse för såväl studiens upplägg som resultat. Under planeringen av studien var det tydligt att vi hade en positiv inställning till terapiformerna och att detta påverkade utformningen av studiens frågeställningar. Utan vår förförståelse hade förmodligen de olika nyttoaspekterna inte varit lika centrala. Även i intervjuguidens frågor som baserades på forskningsfrågorna blev vår förförståelse tydlig. Dock ser vi inte detta som en svaghet utan som ett medvetet val -att utgå från en positiv inställning till något vi tyckte var intressant och ville fördjupa oss i. Vi har under hela arbetet med uppsatsen varit väl medvetna om vår förförståelse och tagit den i beaktande, dock kan särskilt tolkningarna av datamaterialet till viss mån vara påverkade av denna. Därför har vi valt att presentera en stor mängd citat, så att citaten i den grad det var möjligt fick tala för sig själva, så att resultatdelen inte i alltför hög grad färgades av vår förförståelse. Att arbetet med (själv)medkänsla kunde fungera som en självomhändertagande strategi var utifrån vår förförståelse något vi hade i åtanke under planeringen av uppsatsen. De svar vi fick rörande detta var i linje med och överträffade våra förväntningar.

Utifrån syfte och frågeställningar skapades en intervjuguide. De breda och öppna

frågorna i kombination med relativt många intervjupersoner skapade en stor spridning i datamaterialet. Detta försvårade arbetet med att skapa struktur mellan teman och skapade en utmaning i att hitta avgränsade huvudteman för psykologerna som grupp. Anledningen att vi valde att intervjua sju psykologer var en kombination av att sju psykologer svarade positivt på att medverka i studien och en ovilja från vår sida att välja bort någon. Före genomförandet av pilotintervjun var det oklart om datamaterialet skulle användas, men då inga ändringar gjordes i intervjuguiden valde vi att inkludera intervjun i resultatet. Vid diskussion av syfte och frågeställningar framkom ett intresse hos oss att undersöka huruvida arbete med terapimetoderna kunde innebära en självomhändertagande strategi för psykologerna. Vi valde vid utformandet av intervjuguiden att inte fokusera direkt på detta utan att i stället fråga om nyttoaspekten. Detta i enlighet med metoden, som förespråkar öppna och mindre riktade frågor. Ett exempel på förtjänster av denna metodologiska avvägning skulle kunna vara att sambandet mellan (själv)medkänsla och en självomhändertagande strategi nu blivit mer tillförlitligt än om intervjuguiden hade haft fokus på (själv)medkänsla som en strategi för självomhändertagande.

Att intervjuerna genomfördes av två intervjuare kan ses som en av studiens svagheter, då förutsättningarna för intervjuerna kunde skilja sig åt med tanke på förförståelse, personlighet och intresse. I syfte att minska denna felkälla skrevs flera följdfrågor in i intervjuguiden, vilket i sig skapade en något mer utförlig och styrande intervjuguide än vad metoden egentligen rekommenderar. Den första intervjun, som även var en pilotintervju, genomfördes gemensamt. Detta gjordes dels för att ge möjlighet att modifiera intervjuguiden men också för att ge en grund till en gemensam diskussion kring hur de fortsatta intervjuerna skulle gå till. För att minimera skillnaderna mellan intervjuerna och minska risken för att datamaterialet påverkades valde vi i den mån det var möjligt att den intervjuare som inte träffat deltagaren tidigare skulle genomföra intervjun. En svaghet med att vara två intervjuare som intervjuar en person kan vara att det kan försvåra för deltagaren bland annat genom att deltagaren kan uppleva sig vara i minoritet och eventuellt ha svårare till förtrolighet, vilket var den främsta orsaken till valet att dela upp intervjuerna. Att dela upp intervjuerna kan således både ses som en svaghet och en styrka.

Det psykologiska begreppet självmedkänsla var vid studiens genomförande ett relativt nytt begrepp. Det definierades på något olika vis beroende på teoretisk utgångspunkt och tolkning. Att förhålla oss till detta var en utmaning såväl under intervjuerna som vid analysen av datamaterialet. Intervjuguiden utgick från begreppet självmedkänsla medan vissa psykologer ibland gav svar utifrån medkänsla, då de ansåg att självmedkänsla var en alltför

snäv definition. Några psykologer poängterade att terapimetoden de arbetade med hade fokus på medkänsla vari självmedkänsla var en del. Vi valde att hantera detta genom att benämna dessa utsagor som (själv)medkänsla och då möjlighet fanns tydliggöra vad psykologen syftade på.

Under tematiseringen pågick en diskussion mellan författarna rörande vad som kunde utgöra ett tema, baserat på det skrivna datamaterialet och vad vi tyckte oss kunna läsa in mellan raderna. Det diskuterades även hur många psykologer som skulle ha gett uttryck för något såväl implicit som explicit för att det skulle kunna betraktas som ett tema. Avgörande var huruvida majoriteten av psykologerna gav uttryck för explicita utsagor med samma mening som tillsammans skapade ett tema. Därefter formades tematiseringen i högre grad av en tolkning av andemeningen i psykologernas svar, även om vi lade oss vinn om att våra tolkningar inte skulle ligga för långt ifrån det psykologerna bokstavligen gett uttryck för. Enligt metoden är tolkningsföreträdet stort då det inte finns några klara direktiv för hur mycket tolkning forskaren får göra i relation till materialet (Smith et al., 2009). Dock hade vi som ambition att göra deltagarnas upplevelse rättvisa. Willig (2013) förespråkar att deltagarna före publiceringen har haft möjlighet att ta del av materialet och eventuellt kunnat komma med synpunkter, men på grund av tidsbrist var detta inte genomförbart. Vid analysen konstaterades ibland olika tolkningar av materialet beroende på vem av oss som hade genomfört intervjun. Detta kunde leda till intressanta diskussioner om vad psykologen egentligen menade och antogs eventuellt möjliggöra rikare och mer mångfacetterade tolkningar än om vi hade gjort alla intervjuer tillsammans. Vid analysen diskuterades också hur resultatet av deltagarnas svar skulle presenteras. Ett alternativ var att benämna psykologerna med en bokstav för att läsaren skulle kunna förknippa citat med en aidentifierad psykolog och på så vis kunna följa de enskilda psykologerna, vilket eventuellt kunde ha tillfört något ytterligare. Utifrån en etisk synvinkel, med tanke på det psykologerna gav samtycke till som villkor för sin medverkan, bedömdes dock en sådan resultatredovisning hota anonymiteten. Detta då det finns få psykologer som arbetar med (själv)medkänsla i Sverige. Då syftet med studien var att undersöka hur psykologerna på gruppnivå upplevde och erfor (själv)medkänsla och dess nyttoaspekter var ett sådant tillvägagångssätt inte heller en nödvändighet. Vi valde att redovisa resultatet utifrån studiens frågeställningar i syfte att öka läsbarheten och tydliggöra samband mellan frågeställning och resultat.

Av de deltagande psykologerna hade sex erfarenhet av CFT och en erfarenhet av MSC. Det kan tyckas att detta representerar en obalans och att det hade varit att föredra att ha ett likvärdigt antal från varje terapimetod, alternativt enbart ha representanter från samma

metod. Vårt syfte var dock inte att göra en jämförelse mellan behandlingsformerna då vårt intresse låg i psykologernas upplevelse och erfarenhet av att arbeta med (själv)medkänsla. Med tanke på att terapiformen CFT har existerat under längre tid i Sverige och att MSC relativt nyligen börjat implementeras inom svensk sjukvård är vårt urval något som får antas spegla verkligheten. Ur ett genusperspektiv kan deltagarnas ojämna könstillhörighet ses som en svaghet, men likaså här är vår uppfattning att vårt urval är representativt för könsfördelningen i den svenska psykologkåren idag. Vårt syfte har inte heller här varit av en jämförande karaktär.

Det kan ses som en svaghet att våra inklusionskriterier byggde på psykologens definition av att arbeta med (själv)medkänsla utan krav på viss typ av formell utbildning. Vid varje intervju ställdes dock frågor om utbildning, teoretisk kunskap och när psykologerna börjat intressera sig för (själv)medkänsla. Utifrån vår förförståelse gjorde vi i samtliga fall bedömningen att deras kunskaper och praktiska erfarenhet var tillräckliga för medverkan i studien. En styrka med studien är att ett stort antal av de psykologer som arbetar med (själv)medkänsla i Sverige medverkade, vilket skapar förutsättningar för ett rikt material och vi anser att representerbarheten i resultatet ökar.

Framtida forskning

Då studien är den första i sitt slag valde vi en bred ansats som täckte in olika områden gällande självmedkänsla, det vill säga betydelsen av (själv)medkänsla, nyttan för psykologen som yrkesperson samt nyttan för psykologen som privatperson. Utifrån att vi ser resultatet som omfattande kunde vi konstatera att dessa frågeställningar var för sig skulle kunna ligga till grund för framtida kvalitativa studier. Dock kunde vi inte på förhand veta om det exempelvis för psykologen skulle finnas en nyttoaspekt i att arbeta med (själv)medkänsla förutom nyttan för patienterna. Nyttoaspekterna var påfallande stora och mer mångfacetterade än förväntat. Vi vill särskilt lyfta att arbetet med (själv)medkänsla i vår studie upplevdes vara en betydelsefull självomhändertagande strategi för psykologen. Då psykologer är en utsatt yrkesgrupp vad gäller stress och utbrändhet skulle framtida forskning kunna undersöka arbetet med (själv)medkänsla som självomhändertagande strategi mer specifikt.

Då begreppet (själv)medkänsla blir allt mer känt kan i framtiden även kvantitativa studier av hur psykologer påverkas av att arbeta med (själv)medkänsla vara betydelsefulla.

I studien hade vi fokus på nyttoaspekter och det skulle kunna vara av intresse att undersöka svårigheter och utmaningar med arbetet med (själv)medkänsla för att eventuellt få en mer nyanserad bild av de psykologiska begreppen (själv)medkänsla samt de terapiformer

som fokuserar på detta. Vår uppfattning är att det finns utrymme för såväl missförstånd som misstolkningar kring nya begrepp som (själv)medkänsla och eventuellt kan mer forskning på begreppen skapa större tydlighet och klarhet. Framtida forskning bör även fortsatt undersöka nyttan av tekniker och förhållningssätt från österländska traditioner integrerade i en psykologisk ram och vidare undersöka de verksamma mekanismerna i dessa.

Framtida forskning bör förslagsvis även undersöka vad kunskap om och arbete med (själv)medkänsla kan tillföra och huruvida det kan påverka psykologstudentens välmående såväl under utbildningen som under den framtida yrkesutövningen. Utifrån studiens resultat skulle framtida studier kunna visa på att kunskap om (själv)medkänsla fyller en viktig funktion och skulle kunna implementeras redan på psykologprogrammet. Studiens resultat synliggör vikten av att psykologen tar hand om sitt eget såväl som patientens lidande. Förhoppningsvis skulle kunskap om och arbete med (själv)medkänsla kunna förebygga stress och utbrändhet såväl under studietiden som senare i yrkeslivet.

Referenser

- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology Science And Practice, 11*(3), 230-241.
- Boellinghaus, I., Jones, F., & Hutton, J. (2012). The Role of Mindfulness and Loving Kindness Meditation in Cultivating Self-Compassion and Other-Focused Concern in Health Care Professionals. *Mindfulness, 5*(2), 129.
doi:10.1007/s12671012-0158-6
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology, 52*(2), 199-214.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal Of Personality And Social Psychology, 84*(4), 822-848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822
- Coster, J. S., & Schwebel, M. (1997). Well-functioning in professional psychologists. *Professional Psychology: Research And Practice, 28*(1), 5-13.
doi:10.1037/0735 7028.28.1.5
- Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken- för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna* (P. Larsson, Övers). Polen: Studentlitteratur AB.
(Originalarbete publicerad 1998).
- Figley, C. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal Of Clinical Psychology, 58*(11), 1433-1441.
- Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-Compassion, Emotion Regulation and Stress among Australian Psychologists: Testing an Emotion Regulation Model of Self-Compassion Using Structural Equation Modeling. *Plos ONE, 10*(7), 1-19. doi:10.1371/journal.pone.0133481
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal Of Clinical Psychology, 69*(8), 856-867. doi:10.1002/jclp.22021
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. Gilbert, P. (Red.), *Compassion- Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. (pp.9-74). New York: Routledge.

- Gilbert, P. (2009a). Introducing compassion-focused therapy. *Advances In Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. doi:10.1192/apt.bp.107.005264.
- Gilbert, P. (2009b). The nature and basis for compassion focused therapy. *Hellenic Journal of Psychology*, 6, 273-91.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal Of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. doi:10.1111/bjc.12043.
- Gilbert, P., & Proctor, S.(2006). Compassionate mind training for people with high shame and self- criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353- 379.
- Goleman, D. (2007). *Social intelligens* (G. Zetterström, Övers.). Finland: Wahlström & Widstrand. (Originalarbete publiserat 2004).
- Gustin, L. W., & Wagner, L. (2013). The butterfly effect of caring - clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 27(1), 175-183. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01033.x
- Hanh, T. N. (2007). *Teachings on love*. Berkeley, California: Parallax press.
- Hannigan, B., Edwards, D., & Burnard, P. (2004). Stress and stress management in clinical psychology: findings from a systematic review. *Journal Of Mental Health*, 13(3), 235-245.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford Press.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 58(6), 768-774.
doi:10.1037/0022 006X.58.6.768
- Hofmann, S.G., Grossman, P., Hinton, D.E. (2011). Loving- kindness and compassion mediation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31, 1126-1132.
- Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in none meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50, 222–227. doi:10.1016/j.paid.2010.09.033
- Irving, J. A., Dobkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-mased stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 1561-66.
doi:10.1016/j.ctcp.2009.01.002

- Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P. (2012). An exploration of group based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy, 5*, 420-429.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Vart du än går är du där: medveten närvaro i vardagen*. (A. Björkhem, Övers). Stockholm: Natur och kultur. (Originalarbete publicerat 1994).
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. (Reviderad och uppdaterad uppl.) New York: Bantam Books.
- Kanov, J. M., Maitlis, S., Worline, M. C., Dutton, J. E., Frost, P. J., & Lilius, J. M. (2004). Compassion in organizational life. *American Behavioral Scientist, 47*(6), 808-827.
- Klimecki, O., & Singer, T. (2011). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, & D. S. Wilson (Eds.), *Pathological altruism* (pp. 368–383). New York: Oxford University Press.
- Kvale, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Kåver, A. (2009). *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Finland: Natur och Kultur.
- Laithwaite, H., O Hanlon, M., Collins, P., Doyle P., Abraham, L., Porter S., & Gumley, A. (2009). Recovery after psychosis (RAP): a compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy 37*, 511–526.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal Of Personality And Social Psychology, 92*(5), 887-904. doi:10.1037/0022-3514.92.5.887
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine, 45*(5), 927-945. doi:10.1017/S0033291714002141
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy 86*, 387–400.

- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review, 32*, 545- 552.
- Moore, K . A., & Cooper, C. L (1996). Stress in Mental Health Professionals; A Theretical Overview. *International Journal of Social Psychiatry, 42(2)*, 82- 89.
doi:10.1177/002076409604200202
- Neely, M.E., Schallert, D.L., Mohammed, S.S., Roberts, R.M., & Chen, Y. (2009). Self kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion, 33*, 88-97.
- Neff, K. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self & Identity, 2(2)*, 85- 101.
- Neff, K. D. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self Compassion. *Self & Identity, 2(3)*, 223- 250.
- Neff, K. D. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social & Personality Psychology Compass, 5(1)*, 1-12. doi:10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x
- Neff, K. D., & Beretvas, S. N. (2013). The Role of Self-compassion in Romantic Relationships. *Self & Identity, 12(1)*, 78-98. doi:10.1080/15298868.2011.639548
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal Of Research In Personality, 41*, 139-154.
doi:10.1016/j.jrp.2006.03.004
- Neff, K., Pisitsungkagarn, K., & Hsieh, Y.P (2008). Self- compassion and Self- construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 39(3)*, 267-285.
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The Relationship between Self-compassion and Other focused Concern among College Undergraduates, Community Adults, and Practicing Meditators. *Self & Identity, 12(2)*, 160-176.
doi:10.1080/15298868.2011.649546
- Neff, K., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality, 77*, 23–50.
doi: 10.1111/j.14676494.2008.00537.x
- Neff, K. D., Ya-Ping, H., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, Achievement Goals, and Coping with Academic Failure. *Self & Identity, 4(3)*, 263-287.
doi:10.1080/13576500444000317

- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why Do People Need Self-Esteem? A Theoretical and Empirical Review. *Psychological Bulletin*, *130*(3), 435-468. doi:10.1037/0033-2909.130.3.435
- Raab, K. (2014). Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of the Literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, *20*(395-108). doi:10.1080/08854726.2014.9138
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, *48*, 757-761. doi:10.1016/j.paid.2010.01.023
- Ringenbach, Ron T. 2009. "A comparison between counselors who practice meditation and those who do not on compassion fatigue, compassion satisfaction, burnout and self-compassion." *Networked Digital Library of Theses & Dissertations*, EBSCOhost hämtat den 2 november 2015
https://etd.ohiolink.edu/ap/10?0::NO:10:P10_ACCESSION_NUM:akron12396504
- 6
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal Of Stress Management*, *12*(2), 164-176.
doi:10.1037/1072-5245.12.2.164
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training And Education In Professional Psychology*, *1*(2), 105-115.
doi:10.1037/1931-3918.1.2.105
- Shapiro, S L., & Carlson, L. E. (2009). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology: CB*, *24*(18), R875-R878. doi:10.1016/j.cub.2014.06.054
- Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los Angeles: Sage.
- Uvnäs-Moberg, K. (2007). *Lugn och beröring. Oxytocinets läkande verkan i kroppen*.

Stockholm: Natur och Kultur.

Zessin, U., Dickhauser, O., & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self Compassion and Well- Being: A Meta- Analysis. *Applied psychology: Health an well- being*, 7(3), 340-364.

Vredenburg, L. D., Carlozzi, A. F., & Stein, L. B. (1999). Burnout in counseling psychologists: type of practice setting and pertinent demographics. *Counselling Psychology Quarterly*, 12(3), 295.

Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology. Adventures in theory and method* (3. Uppl.). Maidenhead: Open University Press.

Örn, P. (2015). Tre av tio psykologer upplever försämrat närminne och förvirring. *Psykologtidningen*, 3, 16-17.

Intervjuguide

Kommer du ihåg i vilket sammanhang du först hörde talas om självmedkänsla?
Hur upplevde du det?

Hur skulle du vilja definiera självmedkänsla?
Utgår du från någon särskild definition?

Kan du beskriva vad självmedkänsla är för dig?

Kan du berätta om hur du använder dig av självmedkänsla med dina patienter?

För vilka patienter passar självmedkänsla och vilka passar den ej?
Finns det några utmaningar som kan uppstå i arbetet med självmedkänsla och som psykologen bör vara observant på?

På vilket sätt hjälper interventioner till ökad självmedkänsla till i ditt arbete med patienter?
Vad tillför självmedkänsla i ditt arbete?
Hur tror du dina patienter upplever det?

Hur upplever du att kunskaper om självmedkänsla påverkar dig som privatperson?
Hur använder du dig av kunskaper om självmedkänsla för egen del?
Upplever du förändringar i ditt liv sedan du började intressera dig för självmedkänsla?

Finns det något mer som du skulle vilja tillägga för att jag ska få en tydlig bild av självmedkänslans betydelse för dig.

Hur upplevde du att det var att svara på frågorna?

Kompletterande information utanför intervjun.

Vilka terapi-inriktningar har du utbildning i?

Har du någon formell utbildning i självmedkänsla? I så fall, vilken?

Vilken litteratur har du läst/ använt dig av?

Hur länge har du tillämpat självmedkänsla?

Arbetsplats?

Ålder?

Kön?

Bilaga 2.



LUNDS UNIVERSITET

INFORMATION TILL DELTAGARE

Tillfrågande om deltagande

Du tillfrågas härmed om du vill delta i denna studie som inkluderar en intervju på cirka en timme.

Bakgrund och syfte

Syftet med studien är att undersöka hur psykologer som använder sig av självmedkänsla definierar och förstår begreppet samt vad det betyder för dem. Studien syftar också till att undersöka psykologens upplevelse av vad självmedkänsla tillför psykologen som yrkesperson och privatperson. Studien utförs som en del av en psykologexamensuppsats vid Lunds Universitet.

Studiens genomförande, hantering av data och risker

Intervjuerna kommer att genomföras i september 2015 och med hjälp av ljudupptagning. Efter transkribering raderas ljudfilerna. Datamaterialet behandlas konfidentiellt. Intervjupersonens svar kommer inte att redovisas person för person utan efter teman, vilket medför mindre risk att anonymiteten bryts. Om data framkommer som uppenbart kan identifiera personen kommer denna data att uteslutas ur uppsatsen. Om du uppger att något av datamaterialet inte får användas kommer detta att uteslutas. Du kan avbryta ditt deltagande när som helst under studiens gång utan att behöva ange anledning.

Vid frågor kan du kontakta:

Maria Svensson
Tel: 0739-556844
Mail: maria_amandil@hotmail.com

Viktoria Bäck
Tel: 0705-988109
Mail: vickanback@hotmail.com

Ansvarig handledare:
Professor Lars- Gunnar Lundh
Mail: lars-gunnar.lundh@psy.lu.se
Tel: 046-2223647