



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

**Compassion Fatigue och Compassion Satisfaction
bland psykologer
- Betydelsen av handledning, motöverföring och negativ
perfektionism**

Mikaela Dehlin

Psykologexamensuppsats. 2017

Handledare: Lars-Gunnar Lundh
Examinator: Per Johnsson

Abstract

Compassion Fatigue is described as the negative outcomes of working with people in distress. In the treatment of traumatized clients psychologist cannot avoid exposure to strong and often painful emotions of the client as well as containing some sort of emotional pain of the client. This can take a toll on the mental health of the psychologist and can include negative outcomes such as burnout and secondary traumatic stress. On the other hand the gains of helping can include what is known as Compassion Satisfaction. The empathic engagement of the therapist involves relational processes such as countertransference. The aim of this study was to investigate the connection between supervision and countertransference and Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction and Negative Perfectionism. The results showed a negative correlation between supervision and Compassion Fatigue. There was also a positive correlation between Compassion Satisfaction and supervision and reflection and perceived relevance of countertransference. Cluster analysis showed high level of supervision combined with high level of reflection being associated with higher Compassion Satisfaction.

Keywords: Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Negative Perfectionism, Supervision, Countertransference

Abstract

Psykologyrket kan vara berikande och skapa en känsla av meningsfullhet och därigenom ge upphov till Compassion Satisfaction. Men det kan också bidra till negativa effekter som utbrändhet och sekundär traumatisering, vilket beskrivs med termen Compassion Fatigue. Syftet med denna studie var att undersöka om handledning och medvetenhet kring motöverföring är associerat med mindre Compassion Fatigue och högre Compassion Satisfaction. Korrelationsanalys visade att det fanns en närmast medelstark korrelation mellan utbrändhet och tillgång till handledning. Compassion Satisfaction uppvisade medelstarka korrelationer i positiv riktning med såväl tillgång till handledning som aktiv reflektion och upplevd betydelse av emotionell information. Negativ perfektionism korrelerade svagt med handledning och med upplevd betydelse av emotionell information.

Genom en klusteranalys framgick att de profiler som hade hög tillgång till handledning hade signifikant lägre Compassion Fatigue än de som hade låg tillgång till handledning. Resultaten visade också att hög tillgång till handledning är förknippat med signifikant mer Compassion Satisfaction när den kombinerades med mycket hög aktiv reflektion och upplevd betydelse av denna än när den kombinerades med mycket låg aktiv reflektion. Resultaten indikerar att handledning spelar en viktig roll för psykologen i förhållande till de negativa aspekter som kan uppstå som konsekvens av att hjälpa andra. De visar också att reflektion är en viktig aspekt när det kommer till hur väl en psykolog trivs med yrket.

Keywords: Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, negativ perfektionism, handledning, motöverföring, utbrändhet, korrelationsanalys, klusteranalys

Innehållsförteckning

Introduktion.....	7
Compassion Fatigue.....	7
Sekundär traumatisk stress	8
Utbrändhet	9
Prevalens.....	10
Motverkande åtgärder mot Compassion Fatigue.....	10
Compassion Fatigue i förhållande till andra begrepp.....	11
Ställföreträdande traumatisering.....	11
Compassion Satisfaction	11
Motöverföring och relationella processer i psykoterapi	12
Den terapeutiska relationen	12
Motöverföring.....	13
Överföring	14
Mönster i traumabehandling	15
Empatiska hinder i psykoterapi	16
Handledning.....	17
Perfektionism	19
Tidigare forskning.....	20
Tidigare studie på samma sample.....	20
Tidigare forskning kring Compassion Fatigue bland psykologer	20
Forskning kring andra yrkesgrupper.....	20
Studier som undersökt betydelsen av handledning.....	21
Studier som undersökt motöverföring empiriskt	21
Syfte	23
Hypoteser	23
Metod	24
Design	24

Procedur	24
Deltagare	24
Mätinstrument	25
Handledning.....	25
Motöverföring.....	25
Compassion Fatigue och Compassion Satisfaction	25
Perfektionism.....	26
Etiska överväganden	26
Statistiska analyser.....	26
Korrelationsanalys	26
Klusteranalys	27
Resultat.....	27
Svarsfördelning på frågorna i klusteranalysen	31
Hypoteserna	31
Klusteranalys	32
Jämförelser mellan klusterna	36
Compassion Fatigue	36
Compassion Satisfaction.....	36
Perfektionism.....	36
Diskussion	36
Compassion Fatigue.....	36
Compassion Satisfaction.....	37
Aktiv reflektion.....	38
Negativ Perfektionism	39
Metoddiskussion	40
Items	40
Validitet	42

Urval	42
Styrkor och brister i studien.....	43
Statistiska analyser	44
Förslag till framtida forskning	44
Slutsatser och implikationer för psykologers arbetssituation.....	44
Referenser.....	46

Introduktion

Psykologer är en yrkesgrupp som regelbundet kommer i kontakt med personer med olika sorters psykiskt lidande. Ofta är det viktigaste instrumentet för psykologen att genom empati och härbärgering se och möta någon annans inre känslomässiga tillstånd. Den empatiska förmågan möjliggör för psykologen att ta del av klientens upplevelser på ett meningsfullt sätt. Att arbeta med att hjälpa andra som har det svårt kan upplevas som givande och utvecklande. Det kan bidra till en känsla av meningsfullhet och tacksamhet över livet. Det kan också innebära en ökad risk för att drabbas av traumatisering och utbrändhet, något som brukar benämnas som Compassion Fatigue (Figley, 1995). Sjukskrivningar bland psykologer har ökat stadigt de senaste åren. En rapport från försäkringskassan visar att psykologer är den yrkesgrupp som ökar näst mest gällande sjukskrivningar (Försäkringskassan, 2015). Det är således av stor vikt att öka kunskapen kring arbetsrelaterad ohälsa bland psykologer.

Föreliggande studie försöker bidra till denna kunskap genom att undersöka hur tillgång till handledning, medvetenhet och reflektion kring motöverföring samt perfektionism är kopplat till Compassion Fatigue och Compassion Satisfaction hos psykologer. Relevanta teoretiska begrepp beskrivs i följande stycken.

Compassion Fatigue

Compassion Fatigue beskrivs som effekterna av att som behandlare ta del av andras lidande (Figley 1995, 2002). Att behandla och hjälpa människor som gått igenom traumatiska och svåra upplevelser medför att man själv riskerar att bli traumatiserad och utbränd som följd. Termen Compassion Fatigue (CF) syftar på att behandlarens förmåga till eller intresse av att ta in och möta andras lidande blir utmattad och nedsatt. Figley (1995, 2002) som utvecklat termen menar att detta är något som oundvikligen drabbar personer som i sitt yrke exponeras för andra personers trauma upprepade gånger utan ordentlig återhämtning. När en psykolog drabbas av Compassion Fatigue innebär det att hen undviker att engagera sig och förmågan till att känna empati minskar vilket innebär en negativ inverkan på psykologens förmåga att bedriva psykoterapi (Berzoff och Kita, 2012). Då förmågan att känna empati och att engagera sig i sina klienter är en nödvändighet för det psykologiska bemötandet (Newell, Nelson-Gardell, & MacNeil, 2016), innebär det ett stort problem för psykologer som drabbas av Compassion Fatigue eftersom det blir ett hinder i vederbörandes möjlighet att utöva sitt arbete.

Figley (1995) utgår i begreppet Compassion Fatigue från Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Languages (1989) definition av ordet compassion som lyder; en djup känsla av sympati och sorg över en annan persons lidande och olycka samt en stark vilja att lindra eller ta bort personens lidande. Det svenska ordet medkänsla kan anses motsvara engelskans compassion. Begreppet beskriver således utmattning av medkänsla.

Compassion Fatigue (CF) består av två komponenter; sekundär traumatisk stress och utbrändhet. Compassion Satisfaction hänger ihop med Compassion Fatigue och är den aspekt av hjälpare som kan ses som motsatsen till Compassion Fatigue, nämligen de positiva konsekvenserna av att arbeta med att hjälpa människor som mår dåligt.

Sekundär traumatisk stress. Figley (1995) liknar sekundär traumatisk stress (STS) vid PTSD med skillnaden att det rör sig om att bevittna eller ta del av en annan persons trauma och inte ett självupplevt trauma som vid PTSD. Sekundär traumatisk stress uppstår genom att psykologen tar del av klientens traumatiska upplevelser. Symptomen kan uppstå efter bara enstaka sessioner till skillnad från utbrändhet som är mer av en kumulativ process där överbelastningen byggs på och sker successivt (Chang, Chou, Liou & Tu, 2016).

Trauma innebär att en person upplever ett starkt hot om att dö eller skadas allvarligt riktat mot sig själv eller en närstående, ens hem, ens samhälle eller att vara vittne till att någon annan utsätts för detsamma (Figley 1995). I en studie av Frans, Rimmö, Åberg, & Fredrikson (2005) med ett randomiserat urval på 3000 personer i Sverige framkom att 80% upplevt något slags trauma under sin livstid.

Symptomen på sekundär traumatisering beskrivs som följande; negativa emotioner som nedstämdhet, rädsla, ilska, skuld, intensiva flashbacks och mardrömmar med påträngande mentala bilder av patientens berättelser, undvikande av patienten, sömnsvårigheter, hypervigilans, nedsättning i förmågan att sköta sitt arbete i sociala och professionella former t.ex, att kunna hålla tider, sköta bokningar, minskad användning av handledning, känslor av alienation och brist på uppskattning. Vidare beskrivs även symptom som kognitiva förändringar exempelvis förändrad människosyn samt negativ inverkan på relationer i privatlivet (Collins & Long, 2003).

Bride (2007) undersökte sekundär traumatisering bland socialarbetare som arbetade med missbruk, psykisk ohälsa och barn som far illa och fann att 15% uppnådde kriterierna för PTSD. Zimering, Gulliver, Knight, Munroe och Keane (2006) fann att 4,6 % av de som utsatts indirekt av trauma genom olika sorters hjälparbete i samband med terrorattack blev sekundärt traumatiserade och uppfyllde kriterierna för PTSD.

Utbrändhet. Den engelska termen *burnout* som är den term Figley använder som del av begreppet Compassion Fatigue har definierats på olika sätt i forskningen. Burnout utgör inte i sig självt en diagnos enligt Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM5; American Psychiatric Association, 2013), istället används andra diagnoser vars symtom överlappar för att diagnosticera tillståndet kliniskt (Grossi, Perski, Osika & Savic, 2015). Den svenska översättningen utbrändhet är således en bred term för arbetsrelaterad ohälsa som kan syfta på olika symtom i olika sammanhang. Därför antog socialstyrelsen termen Utmattningssyndrom i den svenska versionen av International Classification of Diseases (ICD-10-SE; Socialstyrelsen, 2010) för att kunna klassificera tillståndet på ett enhetligt sätt (Socialstyrelsen, 2003). För att diagnosticeras med Utmattningssyndrom ska personen ha upplevt 4 av följande symtom ihållande under minst två veckor;

1. Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning.
2. Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress.
3. Känsломässig labilitet eller irritabilitet.
4. Sömnstörning.
5. Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet.
6. Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning,
7. Magtarmsbesvär.
8. Yrsel.
9. Ökad ljudkänslighet.

Utmattningssyndrom är den term som bäst anses motsvara den engelska termen *burnout* (Grossi, Perski, Osika & Savic, 2015). Men eftersom föreliggande studie inte gör anspråk på diagnosticering av tillståndet utmattningssyndrom behålls den övergripande svenska översättningen utbrändhet när den engelska termen burnout åsyftas.

Utbrändhet beskrivs som motsatsen till att vara engagerad i sitt arbete (Leiter & Maslach (2010). Det är ett tillstånd som uppstår av interpersonella och arbetsrelaterade stressorer som leder till emotionell överbelastning. Utbrändhet består av tre dimensioner; emotionell utmattning (trötthet och energiförlust), depersonalisering (cynism och emotionell distansering) och ineffektivitet (känsla av inte kunna åstadkomma något).

Kahill (1988) beskriver utbrändhet som *fysiska symtom*; trötthet, sömnsvårigheter, matsmältningsproblem, *emotionella symtom*; irritabilitet, ångest, skuld, *arbetsrelaterade problem*; svårt att hålla tider, frånvaro, *interpersonella problem*; undandragande från klienter och arbetskolligor. Skorupa och Agresti (1993) fann att utbrändhet innebär en nedsättning i

psykologers skattade förmåga att utöva sitt arbete samt att psykologer som reflekterar över symptom på utbrändhet vidtar fler åtgärder för att motverka det än de som inte reflekterar över det.

Det är kombinationen av Sekundär traumatisk stress och Utbrändhet som Figley ser som specifikt för behandlare som arbetar med att hjälpa andra, t.ex personer med svår emotionellt belastande problematik, och som han kommit att kalla Compassion Fatigue (Figley 1995).

Prevalens. Gibbons, Murphy och Joseph (2011) undersökte CF bland socialarbetare och fann att prevalensen av utbrändhet var hög ($M=28.6$) och av STS medelhög ($M=15,6$) samt för Compassion Satisfaction ($M=34,9$). Linley and Joseph (2007) undersökte psykoterapeuter och fann att prevalensen var medelhög $M=18.56$ ($SD= 4.68$) för utbrändhet, låg för $M=10.27$ ($SD = 4.80$) för STS, hög $M= 37.43$ ($SD =5.89$) för CS.

Motverkande åtgärder mot Compassion Fatigue. Figley rekommenderar ökat självomhändertagande för att motverka Compassion Fatigue bland behandlare. Det inkluderar dels att se till sina basala behov som till exempel att äta och sova ordentligt och att motionera. Det inkluderar också att låta fritiden vara en plats där man kan tanka energi genom att ägna sig åt stimulerande hobbies och intressen som inte har med arbetsområdet att göra. Det kan till exempel vara att läsa skönlitterärt istället för facklitteratur eller att ägna sig åt konst och musik. Det är också viktigt att ta hand om sina sociala relationer och se till att söka stöd i dem när man behöver det (Figley, 2017). Utöver självomhändertagande framhåller Figley att det är viktigt att behandlare är uppmärksamma på hur de själva mår och påverkas av arbetet (Figley 2017). Kanter (2007) framhåller vikten av att ta hänsyn till etiologin bakom Compassion Fatigue och menar att den forskning som finns kring motöverföring och annan emotionell påverkan i klientarbete ger viktiga indikationer på hur Compassion Fatigue kan motverkas. Kanter framhåller tre orsaker som kan ligga bakom Compassion Fatigue och som måste adresseras på olika sätt; a) bristande klinisk kunskap och utbildning, vilket bekräftas av att CF är vanligare ju färre år man har jobbat, b) orealistiska förväntningar på att samtliga klienter kan bli hjälpta, c) kumulativ motöverföring från klienter med liknande problematik; d) idiosynkratisk motöverföring, när klientens behov och överföring matchar behandlaren behov, där behandlaren på grund av egna erfarenheter har svårt att motstå att hamna i en särskild roll. Behandlaren upplever det som att klienten "trycker på ens knappar". Kanter rekommenderar handledning med en erfaren handledare som kan hjälpa psykoterapeuten att få insikt i vilka roller som utspelar sig och att på bästa sätt använda erfarenheterna i behandling. Genom att i handledning få hjälp med insikten i klientens sätt att frammana dessa

reenactments kan psykoterapeuten öka empatin för klienten och minska fatigue menar Kanter (2007). Vidare skriver Kanter (2007) att det även kan uppstå starka känslor hos psykoterapeuten utan att det föreligger något reenactment från klientens sida. Detta kan psykoterapeuten också bäst få hjälp med att bearbeta i handledning.

Compassion Fatigue i förhållande till andra begrepp. Några av de begrepp som utöver Compassion Fatigue har använts för att beskriva effekterna som uppstår hos behandlare är Ställföreträdande traumatisering (Pearlman & MacIan, 1995) och Empathic Strain (Etherington, 2000). Stamm (2009) menar att dessa begrepp har många likheter i symtombeskrivningarna men att de trots detta utgör olika koncept.

Ställföreträdande traumatisering. Pearlman & MacIan (1995) utvecklade begreppet ställföreträdande traumatisering (ST) som ofta används synonymt med Compassion Fatigue. Huggard, Stamm och Pearlman (1995) menar att begreppen är utbytbara men föreslår distinktionen att ST är en mer långsiktig och livsloppsbeskrivande term medan CF är ett "här och nu"-mått. Pearlman & MacIan (1995) definierar ställföreträdande traumatisering som bestående av a) psykoterapeuten upplever samma symptom som sin klient, som exempelvis ångest, depression och PTSD; b) förändring i psykoterapeutens egna föreställningar av trygghet, kontroll, förutsägbarhet, och anknytning; c) psykoterapeuten känner sig hjälplös i bevitnandet av klientens destruktiva eller suicidala beteende; d) känslor av cynism, hopplöshet, förtvivlan hos psykoterapeuten. De menar vidare att effekterna av ställföreträdande traumatisering kan lättas om psykoterapeuten kan bli medveten om dem och aktivt adresserar dem i sig själv, liksom att det är etiskt nödvändigt för psykoterapeuten att reflektera kring symptom på ställföreträdande traumatisering för att därefter kunna ta till skyddande åtgärder, eftersom det annars kan påverka klientarbetet (Pearlman & MacIan (1995). De undersökte psykoterapeuter som arbetade specifikt med traumabehandling och fann att de psykoterapeuter som hade egna tidigare upplevelser av trauma uppvisade mer ställföreträdande traumatisering än de som inte hade det (Pearlman & MacIan, 1995).

Compassion Satisfaction.

Begreppet utvecklades av Stamm och utgör andra sidan av myntet gällande Compassion Fatigue. Compassion Satisfaction (CS) är vinsterna av att hjälpa andra i motsats till "kostnaden av att hjälpa andra" som brukar vara det uttryck som används för att beskriva CF (Figley 1995). Att arbeta med trauma och psykiskt lidande kan också leda till personlig utveckling. Det kan vara tillfredsställande för behandlaren att kunna hjälpa andra och följa deras framsteg (Bride, Radey och Figley, 2007). Relationen mellan Compassion Satisfaction

och Compassion Fatigue är inte tydlig enligt Bride, Radey och Figley (2007), en behandlare kan uppleva både CF och CS samtidigt men i takt med att CF ökar kan det överväldiga behandlaren upplevelse av Compassion Satisfaction.

Att arbeta med traumatiserade personer kan leda till en rad positiva aspekter för behandlaren. Exempelvis positiva förändringar som att man upplever att man värdesätter sina relationer mer och inte tar saker för givet lika mycket som innan man arbetade med trauma (Linley & Joseph 2007). Det kan också ge positiva effekter genom att man känner att man gör en god insats eller utför ett bra arbete i samarbete med andra (Huggard, Stamm & Pearlman 2013).

Eftersom handledning utgör ett stort och nödvändigt stöd för psykologer i arbetet med klienter så är det rimligt att tänka sig att handledning bör öka psykologens chans till en lyckad behandling vilket i sin tur bör öka aspekter av Compassion Satisfaction som till exempel känslan av att ha åstadkommit något och att lyckas hjälpa klienten. Reflektion och medvetenhet kring motöverföring bör också gagna både behandlingsutfallet och bidra till positiva effekter hos psykologen det vill säga Compassion Satisfaction. Detta ligger till grund för hypotes II som är att handledning, reflektion och upplevd relevans av motöverföring har ett positivt samband med Compassion Satisfaction.

Motöverföring och relationella processer i psykoterapi.

I följande stycke redogörs för teorier kring hur psykoterapi innebär att psykologen använder sin egen person med tankar och känslor som ett viktigt redskap. Det redogörs också för hur den praktiska innebörden av den emotionella kommunikationen kan se ut genom olika slags motöverföringsprocesser. Att utföra psykologisk behandling innebär en investering av psykologens personliga livsvärld för att hjälpa någon annan. Att ta del av andras lidande sätter psykologen i kontakt med svårt och ibland traumatiserande material vilket innebär en risk att drabbas av Compassion Fatigue.

Den terapeutiska relationen. Inom de flesta teoretiska inriktningar betonas kvaliteten på den psykoterapeutiska relationen som viktig för en lyckad behandling. I forskning kring vad som är verksamt i psykoterapi har man funnit så kallade common factors som är viktigare för utfallet än specifika metoder. Att psykologen inger värme och empatiskt bemötande har bland annat visat sig vara viktigt för att en god arbetsallians ska kunna upprättas mellan psykolog och klient (Philips & Holmqvist, 2008). Alla mänskliga relationer präglas av komplexa processer som bygger på våra tidigare upplevelser. Enligt Philips och Holmqvist (2008) tenderar vi att uppleva andra i ljuset av våra erfarenheter av tidigare

betydelsefulla relationer. De relationer vi har med andra påverkas av vilka förväntningar vi har på hur vi ska uppfattas och på hur vi ska uppfatta den andra och färgas av våra tidigaste relationer. Detta beskrivs på liknande sätt inom olika teoretiska inriktningar. Inom kognitiv beteende-teorin talar man om scheman, inre arbetsmodeller och scripts som ligger till grund för hur vi uppfattar och tänker kring nya erfarenheter. Inom psykodynamisk teoribildning används bland annat termerna överföring och motöverföring (Philips & Holmqvist, 2008).

Motöverföring. Utöver explicit exponering för berättelser med ingående detaljer om andras trauma eller svåra upplevelser utsätts psykologen i psykoterapi också för det ordlösa uttrycket och den emotionella kommunikationen från klienten som förmedlar de delar av traumat som är omedvetna eller oformulerade. Ibland är det just i det oformulerade och i den emotionella kommunikationen som klientens allra svåraste känslor och upplevelser förmedlas (Berzoff och Kita, 2012). Inom psykodynamisk teori används begreppen överföring och motöverföring för att beskriva den affektiva kommunikationen mellan psykologen och klienten.

Motöverföring utgör psykologens känslomässiga reaktioner på klientens överföring, problembild eller uttryck (Darroch & Dempsey, 2016). McWilliams (2004) redogör för Sigmund Freuds utveckling av begreppet motöverföring, ett begrepp han använde för att beskriva starka känslor som kunde uppstå i psykologen och som handlade om psykologens egna behov eller motiv som väcktes i kontakten med klienten. Freud underströk vikten av att psykologen inte skulle falla för frestelsen att drivas av egna motiv som att exempelvis inneha rollen som patientens räddare eller profet (McWilliams, 2004). Motöverföring sågs som ett störningsmoment för terapiprocessen och något som psykologen behövde bli av med för att kunna ge adekvat behandling. Om psykologens inre balans lät sig ruckas emotionellt av klienten så var detta en brist hos psykologen och något som behövde rättas till (Lia, 2017). Synen på psykologens roll var att man som psykolog skulle vara så neutral som möjligt för att kunna verka som en spegel för patienten och för att inte blanda in sina egna olösta konflikter i behandlingen. Den relationella skolan med teoretiker som Ferenczi, Klein och Racker kom sedan att se motöverföring som en självklar och oundviklig del av varje behandling istället för något man skulle bekämpa eller sträva efter att bli av med. Idealet kring den neutrala psykologen förändrades till att innebära att psykologen också ses som en person med känslor och att neutralitet och objektivitet är något ouppnåeligt. Istället kom man att se det som att klienten och psykologen skapar terapin tillsammans i en gemensam process där psykologen behöver använda sig själv och relationen som ett instrument för att hjälpa klienten (Lemma, 2003, McWilliams 2004). Racker utvecklade begreppet motöverföring med betoning på dess

relevans som informationskälla i behandlingen och skilde mellan två typer; samstämd motöverföring och komplementär motöverföring. Samstämd motöverföring syftar på den känslomässiga upplevelsen som uppstår i psykologen som är samstämd med patientens egen upplevelse eller känsla, det vill säga psykologen förnimmer samma känslor som klienten själv har upplevt men som klienten inte är medveten om eller kan kommunicera verbalt. Komplementär motöverföring syftar på att psykologen upplever sig hysa samma känslor gentemot klienten som för klienten det tidiga objektet (exempelvis föräldern) gjort. Klienten väcker något i psykologen som klienten kan tänkas även väcka hos andra i övriga relationer (McWilliams, 2004). Lemma (2003) beskriver samma fenomen med att motöverföring kan förstås som projektion och projektiv identifikation. Lemma skriver vidare att motöverföring eller psykologens upplevelse av patienten och känslor som väcks i mötet med patienten anses vara en viktig källa till information om patientens inre värld. Motöverföring som medvetandegörs kan användas som ett verktyg i psykoterapi men motöverföring som inte blir identifierad blir ett hinder och påverkar behandlingen negativt (Richards, 2000). Enligt Hofsess och Tracey (2010) är motöverföring ett transteoretiskt begrepp och något som sker i alla tpsykoterapi oavsett teoretisk inriktning.

Överföring. Begreppet Överföring definieras som klientens förvrängda uppfattning av psykologen som baseras på upplevelsen av tidigare viktiga personer överförda till den terapeutiska relationen. Psykologen tillskrivs egenskaper eller attityder som tidiga objekt (föräldrar) har haft gentemot klienten och klienten uppfattar och förhåller sig till psykologen på samma sätt som i de tidiga relationerna. Klienten återupplever tidigare relationer med psykologen (Darroch & Dempsey, 2016). I psykoterapi med traumatiserade klienter kan psykologen bli en representant för både förövaren och de personer som stått bredvid och som brustit i att hjälpa klienten eller saknat förståelse för vad som skett. Psykologen måste stå ut med att bli föremål för starka känslor som ilska och avvisande och kan genom att hantera dessa känslor på ett adekvat sätt hjälpa klienten att bygga upp en egen förmåga att hantera sina känslor (Knight, 2004).

Projektiv identifikation är exempel på hur emotionell information kan förmedlas från klienten till psykologen. Projektion är en av de försvarsmekanismer som Freud beskrev och som innebär att känslor som inte är acceptabla eller hanterbara projiceras på andra och individen upplever att någon annan känner de förbjudna känslorna (Sigrell, 2000). Projektiv identifikation är när personen som erhåller projektionen identifierar sig med den, det vill säga att personen genom kontakt med den projicerande upplever sig hysa de känslor som är föremål för projektionen (Sigrell, 2000). Projektiv identifikation och Motöverföring blev

centrala begrepp i Bions modell om container/contained (Lia, 2017). Modern tar emot barnets projektioner och ger tillbaka dessa på ett för barnet förståeligt plan. Relationen mellan barnet och modern kan ses som en modell för relationen mellan psykolog och klient (Lia, 2017).

Mönster i traumabehandling. I följande avsnitt presenteras teorier kring hur motöverföring kan gestalta sig i psykoterapi och hur psykologens empatiska hinder kan påverka behandlingen. För att kunna hantera den emotionella belastning som det innebär att dras in i klientens emotionella värld som illustreras i exemplen nedan så krävs det att psykologen reflekterar över vad som väcks i den i mötet med klienten. Reflektion är nödvändigt för att psykologen ska kunna få syn på de omedvetna processer som äger rum. Detta leder fram till hypotes I att medvetenhet kring motöverföring och aktiv reflektion kring vad som väcks i psykologen har ett samband med Compassion Fatigue.

Munroe, Shay, Fisher, Makary, Rapperpoert, Zimmering (1995) beskriver olika slags mönster i interaktionen mellan klient och psykolog som kan uppstå i traumaterapi. Genom att identifiera klientens specifika mönster får psykologen insikt i vilka aspekter av traumat som är aktuella för behandlingen. Genom insikt i vilka mönster som psykologen dras in i kan psykologen också förhindra eller minska omfattningen av att denne själv blir traumatiserad eftersom det ger en ökad kontroll och medvetenhet menar Munroe et al (1995). De beskriver följande teman från sitt arbete med krigsveteraner.

Offer-förövare / Utnyttjad-Utnyttjare. Inom detta tema präglas den terapeutiska relationen av roller utifrån ett utnyttjandetema. Det kan yttra sig i att klienten betar sig på ett sätt som väcker en känsla av att bli utnyttjad i psykologen. Exempelvis rucka på eller ställa in tider, priser och andra terapeutiska ramar. Fråga efter tjänster som går utöver psykoterapin som att exempelvis skriva intyg till en hyresvärd när man ligger efter med hyran eller intyg för att hindra andra kriser, ringa eller kontakta psykologen under kvällar och helger (Munroe et al (1995).

Psykologen kan också uppleva sig placerad i rollen som utnyttjare. Klienten kan då bli misstänksam mot interventioner och anklaga psykologen för att vilja återtraumatisera dem, eller anklaga psykologen för att bara se dem som ett studieobjekt eller för att vara "precis likadan som de andra" som traumatiserat hen (Munroe et al (1995).

Allierad och fiende. Psykologen tvingas välja mellan allierad eller fiende på ett svart/vitt sätt. Detta uttrycks genom att klienten uttrycker att om psykologen inte är helt på dennes sida så är hen istället mot hen. Det kan göra att terepeuten drar sig för att säga emot eller utmana klienten. Den allierade psykologen är samtidigt satt på en piedestal för att vara

den enda som förstår klienten. Undvikandet att ramla ner från piedestalen hindrar att svåra aspekter av psykoterapi närmas (Munroe et al, 1995).

Hot och våld. Inom detta tema känner psykologen att det finns underliggande uttalade eller outtalade hot om våld eller aggressivitet kring ordinära göromål som till exempel att ändra en tid. Psykologen kan också placeras i motsvarande roll genom att exempelvis skratta med klienten i en berättelse om hur denne får sin vilja fram genom att hota eller skrämman andra. Av detta kan klienten uppleva att psykologen bekräftar en världsbild som präglas av hot och våld och där våld är nödvändigt. Klienten kan placera psykologen i rollen även genom att framföra dilemman och fråga hur psykologen hade agerat där psykologen mer eller mindre tvingas medge att våld är nödvändigt (Munroe et al, 1995).

Räddare i nöden. Detta tema kan vara extra svårt för psykologer att motstå att dras med i då det tangerar motiv som att vilja hjälpa. Psykologen dras in i en roll av att vara den som räddar patienten. Detta skapar ett klimat där krissituationen blir det enda som relationen bygger på. Istället för att klienten gör framsteg och psykoterapi utvecklas återskapas istället nya kriser som måste tas itu med. Genom att bli räddad bekräftas bilden av världen som hotfull. Genom krisen knyts banden till personen starkare för att sedan avta och blekna när krisen går över. Detta leder också till nya kriser som efterhand kan eskalera och leda till suicidförsök. Klienten kan inneha rollen som räddare vid fall av splitting, dvs vid motsättningar kring en klient i en personalgrupp för att de tar olika sidor gällande klienten (Munroe et al (1995).

Empatiska hinder i psykoterapi. Empati spelar en central roll när det kommer till psykoterapeutisk behandling eftersom empati är den resurs som möjliggör att psykologen kan nå insikt och förståelse för klientens perspektiv. Sigrell (2000: 139) beskriver empati som “människans förmåga att förstå en annan människa genom att identifiera sig med den andres situation, eller att dela den andres öde”. Empati är nyckelfaktorn i induktionen från primär till sekundär traumatisering eftersom det är genom att ta del av klientens smärtsamma upplevelser som psykologen själv kan bli traumatiserad (Etherington, 2009). Enligt O’Brien och Haaga (2015) är det viktigt att psykologer har en hög grad av empatisk förmåga för att behandlingsresultatet ska bli lyckat.

Etherington (2009) beskriver olika sätt som den empatiska förmågan att vara närvarande och samstämd med klienten kan hindras vid psykoterapi och hur handledning kan hjälpa. Begreppet empathic strain används för att beskriva den ansträngning som krävs för att hålla en empatisk kontakt med klienten i traumaterapi. Empathic stretch syftar på den påtryckning som sker när psykologen utsätts för stark motöverföring. Fyra sätt på vilka

psykologens förmåga till empatisk kontakt kan påverkas genom motöverföring; empatisk undandragande; för att skydda sin egen positiva världsbild som blir hotad av insikten i klientens traumatiska upplevelser drar sig psykologen undan och istället för att närma sig klientens material på ett empatiskt sätt, gör det på ett intellektualiserande sätt eller på ett teoretiskt plan. Handledaren kan här hjälpa psykologen genom att utbilda psykologen kring vilka behov som finns hos traumaklienter och bidra i insikten om hur klientens verklighet ser ut; empatisk förträngning; när psykologens egna obearbetade upplevelser matchar klientens och detta medför att psykologen glömmer eller helt enkelt inte uppfattar, hör eller lägger vikt vid de aspekter i klientens material som triggar de egna upplevelserna. Här kan handledaren hjälpa psykologen att ta fram och medvetandegöra de obearbetade upplevelserna, vilka psykologen sedan kan ta upp i sin egen psykoterapi; empatisk sammanblandning/insnärjdhed; när en psykolog har omfattande erfarenheter av trauma i sitt eget liv och möjligtvis bristande terapeutisk utbildning. Psykologen överidentifierar sig med klienten och kontakten kan präglas av gränslöshet och ömsesidigt beroende. Psykologen drabbas av starka känslor av ilska, överbeskyddande och överdriven ansvarskänsla. Psykologen får bekräftelse i rollen som räddaren även om behandlingen inte fortskrider på ett för klienten hjälpsamt sätt. En handledare kan här hjälpa psykologen få insikt i skeendet; och empatisk disequilibrium; när psykologen skiftar mellan tillbakadragande och sammanblandande. Psykologens förmåga att förhålla sig till klienten präglas av instabilitet, osäkerhet och oförmåga till känsloreglering. Handledaren kan hjälpa psykologen att medvetandegöra detta och råda psykologen att ta en timeout eller att återhämta sig (Etherington 2009).

Handledning

Fox (2003) framhåller att det är viktigt att psykologer aktivt försöker medvetandegöra, bearbeta och uttrycka sina egna starka och påträngande emotionella reaktioner och upplevelser som uppkommer i klientarbetet för att kunna vara till hjälp för klienten samt att det är viktigt att få möjlighet att prata om dessa starka känslor i ett sammanhang där man finner stöd och uppmuntran. Handledning utgör just ett sådant sammanhang för psykologer. I handledning kan psykologen få hjälp med att få syn på stressfyllda och påfrestande känslor som kan uppstå i behandlingssituationen och bearbeta dessa.

Tidigare studier har funnit att handledning och emotionell avlastning är av stor vikt för behandlare. Handledarens roll är bland annat att stärka och stödja psykologen i arbetet med klienterna. Briggs och Miller (2005) framför även handledarens roll i att motverka den

överdrivna självkritik som de anser ofta kan finnas hos psykologer för att öka lyckade behandlingar.

Etherington (2000) fann att handledning vid psykoterapi med klienter som upplevt sexuella övergrepp är som mest verksamt om handledningen fokuserar på relationen mellan psykolog och klient och på psykologens egna känslor i sammanhanget. Eftersom klienterna ofta upplevt svek och avvisande kan detta utspelas i relationen till psykologen. Det gör att relationen till psykologen både utgör ett stort hot men också en stor potential till att kunna hjälpa patienten må bättre. Självreflektion är viktigt och terapeuter behöver enligt Etherington (2000) en trygg plats att kunna dryfta känslor och misstag på.

Knudsen, Roman och Abraham (2012) fann att handledning är en buffert mot utmattning. De undersökte relationen mellan kvaliteten på handledning och psykologers emotionella utmattning. Resultaten indikerade att organizational commitment och occupational commitment kan vara mediatorer mellan handledning och emotionell utmattning. Organizational commitment översätts på svenska till arbetsengagemang och handlar om graden av identifikation och känsla av samhörighet med organisationen (Aronsson, Hellgren, Isaksson, Johansson, Sverke, Torbjörn, 2012). Occupational commitment handlar om i vilken grad man känner tillhörighet och samhörighet med sitt yrke oberoende av arbetsplats. Båda typerna av commitment korrelerade med emotionell utmattning samt med hög kvalitet på handledning. Relationen till handledaren har även samband med den affektiva uppfattningen av arbetsplatsen (Knudsen, Roman och Abraham 2012). Linley och Joseph (2007) fann i sin studie att psykologer som gick i psykoterapi och hade handledning visade mer positiva förändringar och personlig utveckling (personal growth) och mindre utbrändhet. Handledning spelar en viktig roll eftersom psykologen kan få hjälp med att få syn på processer som är svåra att upptäcka själv på grund av att psykologens psykologiska försvar skyddar dem från insikten (Lowe, 2016). Lowe (2016) skriver att den reflekterande processen utan en extern spegel som utgörs av handledaren oundvikligen är begränsad eftersom psykologens egna försvarsstrategier och förutfattade meningar verkar automatiskt och omedvetet. Lowe menar därför att handledning bör vara obligatoriskt.

Klain och Pavić (1999) beskriver motöverföring som uppstår i behandling av patienter med PTSD och liknande tillstånd. De för fram att de känslor som upplevelser som denna grupp bär ger upphov till ofta är starka och upplevs kroppsligen. De rekommenderar att psykologer bör ha ett sammanhang för debriefing där de kan avlastas från de starka emotionella upplevelserna som psykoterapi med denna patientgrupp innebär.

Munroe et al (1995) rekommenderar användningen av team som har i uppgift att verka förebyggande mot CF genom att hjälpa psykologen att identifiera processer som uppstår i psykoterapin och som psykologen själv kan ha svårt att se utifrån. Teamet ska verka som ett socialt nätverk som har i uppgift att hjälpa psykologen upptäcka när de är fast i en roll eller ett mönster baserat på klientens känslomässiga innehåll.

Att handledning kan hjälpa psykologen få syn på de emotionella processer som pågår i psykoterapin ligger till grund för hypotes I, att handledning, reflektion och upplevd relevans av motöverföring har en negativ korrelation med Compassion Fatigue.

Perfektionism

Positiv och negativ perfektionism kan beskrivas utifrån inläringsteori där positiv perfektionism är strävan efter att uppfylla ett mål i syfte att nå en positiv belöning som står i kontrast mot negativ perfektionism där strävan efter att uppnå ett mål görs med motivationen att undvika något negativt (Egan, Piek, Dyck, & Kane 2011). Negativ perfektionism utgörs av höga krav på sig själv och andra och oro över misstag (Bieling, Israeli och Antony, 2004)

Tidigare studier har visat att det finns ett samband mellan negativ perfektionism och utbrändhet (Philp, Egan & Kane, 2012, Chang, Chou, Liou & Tu, 2016) och att personer med maladaptiv perfektionism i högre grad än andra upplever stress och utbrändhet (Randall, Moate, Gnilka, West, Bruns, 2014; D'Souza, Egan och Rees 2011). Chang, Chou, Liou och Tu (2016) fann att negativ perfektionism korrelerar med utbrändhet men vänskapsrelationer på arbetsplatsen minskar denna association. I en studie av Ganske, Gnilka, Ashby, Rice (2014) fann man att maladaptiv perfektionism associerades negativt med allians i handledningsrelationen. Studien gjordes på studentterapeuter med utbildning som kan anses motsvara den svenska psykologutbildningen vilket utgör en intressant jämförelse för den här studien. Deltagarna hade skiftande teoretisk inriktning (Interpersonell, Integrativ, KBT, PDT och behavioristisk) och studerade på antingen masternivå eller doktorsnivå. Resultaten visade att maladaptiv perfektionism visade en signifikant negativ korrelation med arbetsallians i handledningsrelationen utifrån handledarens skattning. Det fanns en diskrepans mellan studentterapeutens egen skattning av arbetsalliansen och handledarens. Att handledare i större utsträckning än terapeuten själv skattade lägre arbetsallians menade Ganske et al (2014) kunde bero på att personer med negativ perfektionism kan ha svårt att hantera utsattheten och ödmjukhet som krävs för ta del av handledning och att de kan vara tillbakadragna och fokuserade på att dölja misslyckanden från handledaren. Om negativ perfektionism inverkar negativt på alliansen med handledaren innebär det att förutsättningar för att kunna reflektera

över motöverföring samt att få emotionell avlastning försvåras. Kopplingen mellan negativ perfektionism och sämre allians i handledningsrelationen framgår alltså inte genom personens egen skattning. Det är därför möjligt att ha en svarsprofil med högt skattad tillgång till handledning men låg förmåga till reflektion. Detta skulle kunna tänkas öka risken för utmattning eller Compassion Fatigue. Därför lyder hypotes III att negativ perfektionism har ett positivt samband med CF.

Tidigare forskning

Inga tidigare studier har undersökt hur profiler baserat på handledning, motöverföring och reflektion ser ut kopplat till Compassion Fatigue och Compassion Satisfaction. Kanter (2007) efterlyser mer beaktning av den litteratur och kunskap som finns om bland annat motöverföring och interaktionen mellan psykolog och klient i forskningsområdet kring Compassion Fatigue.

Tidigare studie på samma sample. Delar av materialet till denna studie användes i ytterligare en examensuppsats (Sandberg, 2017). I studien av Sandberg användes samma mätningstillfälle med delvis andra skalor. Resultatet visade att Compassion Satisfaction, arbetsrelaterade krav, negativ perfektionism och socialt stöd från kollegor och familj visade sig vara signifikanta prediktorer för Compassion Fatigue (Sandberg, 2017).

Tidigare forskning kring compassion fatigue bland psykologer. Kjellenberg, Nilsson, Daukantaitė och Cardeña (2014) undersökte Compassion Fatigue på personal, däribland psykologer, som jobbade på specialiserade traumamottagningar i Sverige. Resultaten visade att de undersökta traumabehandlarna ofta upplevde Compassion Satisfaction ($M = 38.89$, $SD = 4.02$) men sällan upplevde STS, utbrändhet och Compassion Fatigue ($M = 20.84$, $SD = 4.97$; $M = 23.51$, $SD = 4.52$; and $M = 44.56$, $SD = 8.54$).

Forskning kring andra yrkesgrupper. Barr (2017) studerade Compassion Fatigue och Compassion Satisfaction bland sjuksköterskor på neonatalavdelningar och fann att 15% led av utbrändhet, 13% av sekundär traumatisering och 94% av deltagarna upplevde Compassion satisfaction. De fann att Compassion Satisfaction och Compassion Fatigue samexisterade. Bland de som upplevde Compassion Satisfaction var siffrorna för utbrändhet och sekundär traumatisering 13% respektive 11%. Det är i linje med andra studier (Bride, Radey och Figley, 2007) som funnit att Compassion Fatigue och Compassion Satisfaction kan upplevas samtidigt.

Andra studier har funnit Compassion Fatigue hos en rad olika yrkesgrupper som behandlar klienter med trauma, exempelvis sjuksköterskor (Kelly, Runge & Spencer, 2015;

Yu, Jiang & Shen, 2016), socialarbetare som jobbar med missbruk (Fahy, 2007) eller med familjehemsplacerade barn (Conrad & Kellar-Guenther, 2006; Nelson-Gardell & Harris, 2003) och psykologer (O'Brien & Haaga, 2015; Kjellenberg, Nilsson, Daukantaité, & Cardeña 2014), hjälparbetare vid terrorattack (Zimering, Gulliver, Knight, Munroe & Keane, 2006).

Studier som undersökt betydelsen av handledning. Linley och Joseph (2007) undersökte Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, Personal Growth i förhållande till en rad aspekter och fann att psykologer som själva gick eller tidigare hade gått i psykoterapi uppvisade mer personlig utveckling (personal growth) och positiva förändringar samt mindre utbrändhet. På frågan om psykologerna hade handledning i sitt arbete visade de som svarade ja högre personlig utveckling än de som svarade nej. Däremot gav inte ett ja-svar på frågan om handledning något utfall på de resterande variablerna.

Knudsen et al (2012) visade att handledning är en buffert mot negativa upplevelser kopplat till arbete. Handledning vid traumaterapi är som mest verksamt om handledningen fokuserar på relationen mellan psykolog och klient och på psykologens upplevelser i psykoterapin (Etherington 2000). Pakdaman, Shafranske och Falender (2015) fann ett samband mellan allians i handledningsrelationen och sannolikheten att psykologer tar upp motöverföringsreaktioner i handledningen. De underströk att det ur etisk synpunkt är viktigt att handledare lägger vikt vid relationen till de handledda för att skapa ett klimat präglad av öppenhet. Peled-Avram (2017) undersökte Ställföreträdande traumatisering och fann att de behandlare som hade handledning med ett relationellt fokus upplevde mindre ST.

I en litteraturöversikt om tolkar i psykiatri fann Darroch och Dempsey (2016) i tio av de elva studierna funna på ämnet att tolkarna som arbetade med traumaterapi uppvisade samma slags starka starka känslor av empati, överföring, motöverföring, projektiv identifikation och överidentifikation med klienterna som psykologer gör i psykoterapi samt tecken på ställföreträdande traumatisering. Litteraturöversikten visade också att tolkarnas behov av emotionell avlastning i handledning ofta var förbisett på arbetsplatsen.

Studier som undersökt motöverföring empiriskt. Hafkencheid (2012) undersökte motöverföringsreaktioner hos psykologer med skattingsinstrumentet Impact Message Inventory (IMI- C). Skalans teoretiska grund är Interpersonell psykoterapiteori. I interpersonell psykoterapi skiljer man mellan subjektiv och objektiv motöverföring där objektiv syftar på reaktioner som väcks som svar på klientens specifika beteenden i terapisituationen och som antas vara ett specifikt mönster för klienten. Mönstret antas vara liknande och upprepande i flera av klientens relationer både privat och bland andra

behandlare. Subjektiva reaktioner syftar på irrationella reaktioner som härstammar från psykologens egna tidigare erfarenheter och inte är kopplat till den specifika klienten. Uppdelningen av subjektiv och objektiv motöverföring har kritiserats eftersom psykologens reaktioner alltid är subjektiva till en viss grad, men skalan är ändå kliniskt användbar enligt Hafkencheid (2012). Inom interpersonellt perspektiv motsvarar den subjektiva motöverföringen begreppet Impact message. Detta beskrivs som en subtil interpersonell press som finns i relationer och ges uttryck i beteenden, känslor och kommunikation. Resultaten som uppnåts med skalan har dock inte lyckats vara generaliserbara.

Hofsess och Tracey (2010) undersökte konceptet motöverföring utifrån en prototyp teori där prototyp syftar på det mest lämpade exemplet på något. Fördelen med att använda prototypkonceptet är att kunna konceptualisera begrepp utan att definiera dem. Detta är användbart när det kommer till begrepp som inte har en entydig definition som exempelvis motöverföring. De utvecklade ca 100 exempel på motöverföringsreaktioner som 45 erfarna psykologer enades kring. Några av exemplen var; Byter ämne; Pressar en klient till förändring; Uttrycker frustration inför en klient. Även om kliniker inte kan enas kring definitionen så visade studien att de enas kring att identifiera motöverföring när det uppkommer. Dessa exempel verkade som prototyper som sedan testades av studentterapeuter. Syftet var att undersöka medvetenhet kring motöverföring, förmåga att hantera motöverföring och förmåga att identifiera motöverföring i en transkription från en psykoterapisession. Resultaten visade att studenter vars egen definition av motöverföring matchade prototypen skattade en högre erfarenhet av motöverföring som fokus i handledning samt skattade i högre grad erfarenhet av att motöverföring påverkat psykoterapiprocessen negativt (Hofsess & Tracey, 2010).

Dahl, Røssberg, Bøgwald, Gabbard och Høglend (2012) undersökte med skattningsskalan Feeling Word Checklist 58 (Røssberg, Hoffart, & Friis, 2003) emotionella reaktioner som en del av motöverföring hos 6 psykologer som behandlade 75 patienter under ett års tid. Skattningen gjordes efter varje psykoterapisession. Skalan bestod av fyra delskalor som syftar till att fånga olika emotionella områden hos psykologen, Trygg/Tillräcklig (övr. Confident), Otillräcklig (inadequate), Oengagerad (Disengaged), Förälderlig (Parental). Allians mellan psykolog och klient och fungerande i relationer korrelerade med psykologens emotionella reaktioner i högre grad än patientens personlighetspatologi och allmänt fungerande.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka om graden av Compassion Fatigue och Compassion Satisfaction bland psykologer varierar beroende på tillgång till handledning, medvetenhet kring motöverföring, och olika kombinationer av detta, samt grad av perfektionism.

Genom korrelationsanalys undersöks först korrelationer mellan de olika variablerna och vidare används en personorienterad klusteranalys för att ta fram olika profiler gällande de undersökta variablerna och se hur betydelsen av variablerna kan variera i olika konstellationer. Därefter jämförs de på utslag av Compassion fatigue, Compassion Satisfaction och perfektionism.

Hypoteser

Hypotes I gällande korrelationsanalysen är att handledning och reflektion samt upplevd betydelse av emotionell information korrelerar negativt med Compassion Fatigue.

Hypotes II är att ovanstående variabler korrelerar positivt med Compassion Satisfaction.

Hypotes III lyder att tillgång till handledning korrelerar negativt med negativ perfektionism. Tillgång till handledning förväntas ha ett negativt samband med Negativ perfektionism eftersom psykologen inte har tillgång till ett yttre stöd i att hantera den emotionella belastningen och därmed få hjälp med för högt ställda krav på förmågan att hantera detta och kunna hjälpa klienten. Det omvända kan också vara gällande nämligen att handledning inte lyckas innebära det stöd som behövs för psykologer med negativ perfektionism eftersom negativ perfektionism visat sig vara ett hinder i förmågan att tillgodose sig handledning (Ganske et al 2014).

Hypotes IV bygger på antagandet att aktiv reflektion kring emotionell information och tillskrivning av betydelse av denna för behandlingen är nödvändiga för att nå insikt i motöverföring, vilket skulle kunna lätta på den emotionella bördan av att ta in emotionellt tungt material i behandlingsarbetet och därmed vara skyddande mot utvecklingen av CF. Lågt aktivt reflekterande och låg betydelse skulle kunna öka risken för att motöverföring med teman kring traumarelaterade upplevelser skulle kunna påverka psykologen utan att hen är medveten om det. Hypotes IV lyder därmed; Högt aktiv reflektion minskar CF oavsett tillgång till handledning.

Metod

Design

Studien har en tvärsnittsdesign med en kvantitativ ansats. Ett digitalt självskattningsformulär användes för att samla in data vid ett tillfälle.

Procedur

Datan till studien samlades in genom en enkät som skapades i samarbete med Johanna Sandberg och som sedan låg till grund för både Sandbergs examensuppsats (Sandberg, 2017) och föreliggande uppsats. Enkäten bestod av dels redan existerande skalor och dels av egenkonstruerade items samt demografiska frågor. Enkäten skapades i det digitala verktyget Sunet och lades ut i två slutna grupper på det sociala mediet Facebook. Grupperna är diskussionsplattformar för Psykologer respektive PTP-psykologer och medlemskap ges efter att yrkestillhörighet verifierats av en antagen medlem. Gruppen Psykologer bestod av 6500 medlemmar psykologer, och gruppen PTP-psykologer bestod av ca 1500 PTP-psykologer. Urvalet var ett bekvämlighetsurval då enkäten nådde ut till de individer som var aktiva i gruppen under den vecka då enkäten låg ute. Enkäten bestod av 100 frågor och samtliga var obligatoriska att fylla i. Det fanns en inledande sida med information om vad studien undersökte, kontaktinformation samt upplysning om att deltagandet var frivilligt och anonymt i enkäten.

Deltagare

Deltagarna bestod av 384 psykologer, antingen PTP-psykologer eller legitimerade psykologer. Könsfördelning i samplet var 320 (83,3 %) kvinnor, 63 (16,4 %) män samt 1 (0,3%) person som angav "annat kön". Fördelningen är i linje med den könsfördelning som finns bland psykologer i Sverige: 70 % kvinnor och 30 % män (Socialstyrelsen, 2016) dock med ytterligare förstärkt kvinnodominans.

Majoriteten av deltagarnas ålder var mellan 20-34 år (44,5 %) eller 35-54 år (47,9 %). Av deltagarna uppgav 46,6% (179 st) att de hade 0-5 års erfarenhet av att arbeta med personer med psykisk ohälsa följt av 24,2 % (93 st) med 6-10 år, 15,1% (58) 11 – 15 år, 8,9% (34st) 16 - 25 år, 4,9% (19st), 0,3% (1st) >51 år. Samtliga deltagare uppgav att de i sitt yrke kom i kontakt med psykiskt ohälsa eller psykiskt lidande. Frekvensen av antal timmar deltagarna kom i kontakt med psykisk ohälsa eller psykiskt lidande var: 33 st (8,6 %) mindre än 10 timmar per vecka, 110 st (28,6 %) 10-20 timmar per vecka, 102 st (27,3 %) 20-30

timmar per vecka, 126 st (32,8 %) 30-40 timmar per vecka och 10 st (2,6 %) uppgav mer än 40 timmar/vecka.

Mätinstrument

Handledning. I syfte att undersöka tillgång till stöd för känslomässig avlastning av emotionella reaktioner hos terapeuten användes itemet “Jag har tillgång till handledning eller kollegialt stöd där jag känner att jag kan få emotionell avlastning gällande mitt arbete, i den mån jag behöver det.” Valet att inkludera kollegialt stöd som en del av formuleringen gjordes för att fånga upp eventuell inofficiell handledning som kan ske utanför avsatt tid för handledning och som kan ge liknande möjlighet för att utbyta tankar och få råd och stöd i behandlingsarbetet.

Motöverföring. För att konceptualisera innebörden i begreppet motöverföring och om detta bearbetas av terapeuten användes itemen “Jag reflekterar aktivt över hur jag påverkas känslomässigt i mötet med klienter ”och “Jag upplever att det som väcks i mig känslomässigt i mötet med klienter kan vara användbar information i behandlingen”. Dessa båda items korrelerade starkt ($r = .49$), vilket tyder på god reliabilitet. Samtidigt korrelerade de mycket svagt eller inte alls med frågan om tillgång till handledning ($r = .10$ och $r = .04$), vilket talar för att frågorna om handledning och motöverföring mäter separata fenomen.

Påståendena tas ställning till och besvaras på en femgradig Likert-skala med svarsalternativen 1 =”aldrig”; 2 =”sällan”; 3 =”ibland”; 4 =”ofta” till 5 =”mycket ofta”, 6= “inte relevant för mig”. Det sjätte svarsalternativet användes för att sortera bort de deltagare som inte arbetade med behandling eller som på annat sätt inte upplevde att frågan var relevant för dem.

Compassion Fatigue och Compassion Satisfaction. Professional quality of life (ProQOL; Stamm, 2009) avser mäta positiva och negativa konsekvenser av att arbeta med att hjälpa personer med lidande. Mätinstrumentet har 30 items och består av tre delskalor: Utbrändhet och Sekundär traumatisk stress som tillsammans avser mäta Compassion Fatigue och en delskala som mäter Compassion Satisfaction. Frågorna besvaras på en Likertskala från 1 (aldrig) till 5 (mycket ofta).

ProQOL är inte ett diagnostiskt instrument men kan indikera risk för att utveckla negativa symtom (Stamm 2010). Enligt Stamm (2010) har ProQOL visat på god konstruktvaliditet i ett stort antal studier. Delskalan som avser mäta Compassion Satisfaction har ett Cronbach's alpha på .88, delskalan utbrändhet har ett Cronbach's alpha på .75 och delskalan sekundär traumatisk stress har ett Cronbach's alpha på .81 (Sandberg, 2017).

I delskalan Utbrändhet undersöks utmattning, frustration, ilska, hopplöshet och depression. Ett exempel på item är: “Jag känner mig överväldigad eftersom min arbetsbelastning verkar oöverskådlig”, “Det känns som att jag "kört fast" på grund av systemet” och “Jag känner mig som fångad i en fälla i mitt arbete som psykolog”. Höga nivåer på denna skala indikerar högre risk för att utveckla utbrändhet.

Sekundär traumatisk stress undersöker negativa känslor med betoning på rädsla och traumatisering. Exempel på item är: “Jag undviker vissa verksamheter eller situationer för att de påminner mig om skrämmande upplevelser som de människor jag behandlar och/eller kommer i kontakt med genom mitt arbete har haft“ och “Mitt arbete gör att jag har påträngande och skrämmande tankar”.

I delskalan Compassion Satisfaction undersöks positiva konsekvenser av att arbeta med personer som mår dåligt exempelvis: “Jag känner mig nöjd och tänker med glädje på de jag behandlar och/eller kommer i kontakt med genom mitt arbete, och hur jag kan hjälpa dem” och “Jag tror att jag kan göra en skillnad genom mitt arbete”.

Perfektionism. Perfektionism mättes med en förkortad version av Positive and Negative Perfectionism Scale (PANPS) (Terry-Short, Slade, Dewey & Owens, 1995). PANPS består av 19 påståenden som besvaras på en likertskala mellan 1 (stämmer inte alls) och 5 (stämmer precis). Det finns två delskalor i formuläret, ett som mäter positiv perfektionism och ett som mäter negativ perfektionism. Några exempel på items är vid positiv perfektionism; “Jag känner en djup tillfredsställelse när jag har gjort någonting perfekt” och vid negativ perfektionism; “Om jag begår misstag, känner jag att allting är förstört”.

För denna studie låg Cronbach's alpha för Negativ perfektionism på .85 och för Positiv perfektionism .71 (Sandberg, 2017)

Etiska överväganden

Deltagarnas anonymitet tillvaratogs då inga identitetsröjande uppgifter samlades in. Materialet som samlades in var inte heller av sådan känslig karaktär att det kan tänkas ha påverkat deltagarna på ett negativt sätt. Deltagarna fick information om att de när som helst kunde avbryta sin medverkan samt kontaktinformation för eventuella frågor kring studien.

Statistiska analyser

Korrelationsanalys. För att undersöka samband mellan studiens variabler gjordes en analys med Pearsons korrelationsanalys i IBM SPSS Statistics version 23.

Klusteranalys. Genom en klusteranalys grupperades deltagarna i egenskap av deras profiler gällande hur de skattat; tillgång till handledning i den mån man behöver, aktiv reflektion kring vad som väcks emotionellt i terapeuten i mötet med en klient och den upplevda betydelsen av emotionell information för behandlingen. Detta gjordes enligt LICUR-proceduren (Bergman, 1998) och skedde genom följande fyra steg, som samtliga genomfördes med det statistiska programmet ROPstat (Varga, Torma, & Bergman, 2015). Först utfördes en sökning efter multivariata outliers genom residue-proceduren. Därefter användes Wards hierarkiska klustermetod. Metoden innebär att varje deltagare inledningsvis utgör ett separat kluster. De två kluster vars sammanslagning innebär lägst ökning av error sum of squares (ESS) slås samman och bildar ett nytt kluster och minskar därigenom det totala antalet kluster. Proceduren upprepas stegvis och fortsätter tills den optimala klusterlösningen identifieras. Fyra kriterier framtagna av Bergman (1998) beaktades för att avgöra vilken klusterlösning som var mest optimal: a) Klusterlösningen ska vara teoretisk meningsfull; b) En drastisk nedgång i explained error sum of squares (EESS) kan tyda på att två alltför heterogena kluster slagits samman, c) Antalet kluster bör inte vara fler än 15 och inte färre än 5; d) Storleken på EESS bör helst inte vara mindre än 67% och som minst 50%. Utöver detta bör homogenitetskoefficienten för varje kluster helst inte vara över 1.0 (>1). I det tredje steget utfördes en dataanalys för att verifiera att den förklarade variansen var högre än vad ett slumpmässigt data set med samma generella egenskaper som den aktuella studien kunde förväntas generera. I det fjärde steget utfördes en icke-hierarkisk omfördelningsprocedur (Wishart, 1987) för att förbättra homogeniteten i klustren och för att öka den förklarade variansen i klusterlösningen. Därefter jämfördes klusterna genom en envägs-ANOVA på ProQOL 5 (Professional Quality of Life Scale) som mäter Compassion Fatigue och Compassion Satisfaction samt Perfektionism.

Resultat

Inledningsvis presenteras frekvenser gällande svaren på frågorna om handledning och motöverföring. Sedan analyseras korrelationer mellan de ingående variablerna i studien och därefter följer en beskrivning av resultaten av klusteranalysen och jämförelserna mellan klustren.

Tabell 1. Fördelning av svaren på frågan ”Jag har tillgång till handledning eller kollegialt stöd där jag känner att jag kan få emotionell avlastning gällande mitt arbete, i den mån jag behöver det.”

Svarsalternativ	Antal	Procent
Aldrig i den mån jag behöver	18	4,7
Sällan i den mån jag behöver	52	13,5
Ibland i den mån jag behöver	136	35,4
Ofta i den mån jag behöver	136	35,4
Mycket ofta i den mån jag behöver	39	10,2
Totalt	381	99,2

Tabell 2. Fördelning av svaren på frågan ” Jag reflekterar aktivt över hur jag påverkas känslomässigt i mötet med klienter.”

Svarsalternativ	Antal	Procent
Aldrig	2	,5
Sällan	19	4,9
Ibland	134	34,9
Ofta	155	40,4
Mycket ofta	74	19,3
Totalt	384	100,0

Tabell 3. Fördelning av svaren på frågan ”Jag upplever att det som väcks i mig känslomässigt i mötet med patienter kan vara användbar information i behandlingen”

Svarsalternativ	Andel	Procent
Aldrig	5	1,3
Sällan	24	6,3
Ibland	134	34,9
Ofta	141	36,7
Mycket ofta	73	19,0
Totalt	377	98,2

Tabell 4. Korrelationer mellan tillgång till handledning, reflektion och relevans, samt måtten på Compassion Fatigue och perfektionism
(N = 374-284)

	Handledning	Reflektion	Upplevd relevans	CS	STS	Utbrändhet	CF	Negativ Perfektionism	Positiv perfektionism
Handledning		,103*	,036	,320**	-,080	-,400**	-,273**	-,184**	,061
Reflektion			,468**	,232**	,116*	-,134**	-,004	-,066	,070
Upplevd betydelse				,315**	,098	-,131*	-,013	-,151**	,008
CS					-,158**	-,660**	-,464**	-,420**	,143**
STS						,470**	,871**	,323**	,049
Utbrändhet							,843**	,492**	-,055
CF								,471**	-,001
Negativ perfektionism									,235**
Positiv perfektionism									

Not. *:p < .05 **:p < .01*** :p < .001. Handledning: Jag har tillgång till handledning eller kollegialt stöd där jag känner att jag kan få emotionell avlastning gällande mitt arbete, i den mån jag behöver det. Reflektion: Jag reflekterar aktivt över hur jag påverkas känslomässigt i mötet med klienter. Upplevd relevans: Jag upplever att det som väcks i mig känslomässigt i mötet med patienter kan vara användbar information i behandlingen. CF: Compassion Fatigue. CS: Compassion Satisfaction. STS: Sekundär traumatisk stress.

Svarsfördelning på frågorna i klusteranalysen

Som framgår av Tabell 1 har drygt 45% av deltagarna ofta eller mycket ofta tillgång till handledning när de behöver det; drygt 18% har dock aldrig eller sällan tillgång till handledning, och ytterligare 35% har tillgång till handledning bara ibland.

Tabell 2 visar svarsfördelningen på frågan om aktiv reflektion: 5% uppger att de sällan eller aldrig reflekterar aktivt över vad som väcks i dem i mötet med klienter, 35% reflekterar ibland och 60% reflekterar ofta eller mycket ofta.

Fördelningen av svaren på frågan ”Jag upplever att det som väcks i mig känslomässigt i mötet med patienter kan vara användbar information i behandlingen” framgår av tabell 3 som visar att ca 8% svarade sällan eller aldrig, ca 35% ibland och ca 56% ofta eller mycket ofta.

Hypoteserna

Som framgår av Tabell 4 visade resultaten enbart ett partiellt stöd för Hypotes I. Det fanns en närmast medelstark korrelation mellan Compassion Fatigue och tillgång till handledning, detta berodde dock enbart på att handledning korrelerade med den ena av de två komponenterna i Compassion Fatigue, Utbrändhet, medan det inte fanns någon korrelation med den andra, dvs. Sekundär traumatisk stress.

Det fanns ingen korrelation mellan aktiv reflektion eller upplevd betydelse av emotionell information och CF. Anmärkningsvärt är dock att bakom dessa noll-korrelationer fanns svaga korrelationer som gick i motsatt riktning med de två komponenterna i Compassion Fatigue: en mycket svag positiv korrelation med Sekundär traumatisk stress, och en mycket svag negativ korrelation med Utbrändhet.

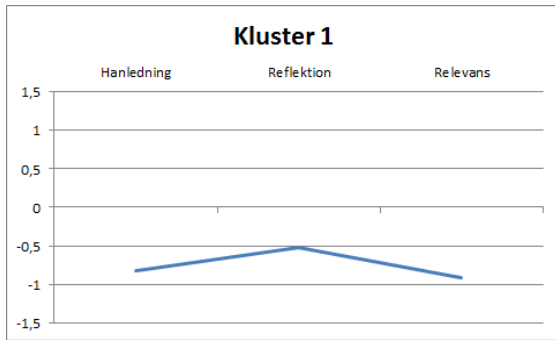
Vad gäller Hypotes II fick den ett tydligare stöd: Compassion Satisfaction uppvisade medelstarka korrelationer i positiv riktning med såväl tillgång till handledning som aktiv reflektion och upplevd betydelse av emotionell information.

Hypotes III fick också stöd; Negativ perfektionism korrelerade svagt med handledning. Dessutom fanns det en svag korrelation med upplevd relevans.

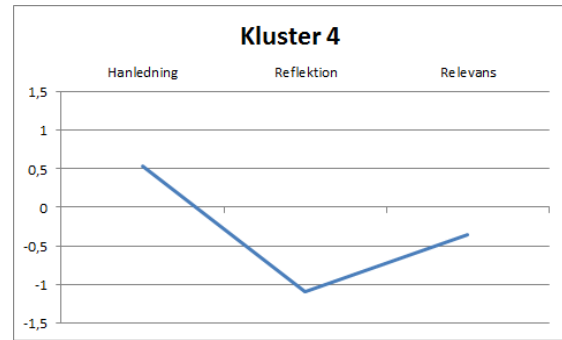
Resultaten visade inget stöd för hypotes IV. Det vill säga att hög reflektion oavsett tillgång till handledning var inte associerat med lägre CF.

Klusteranalys

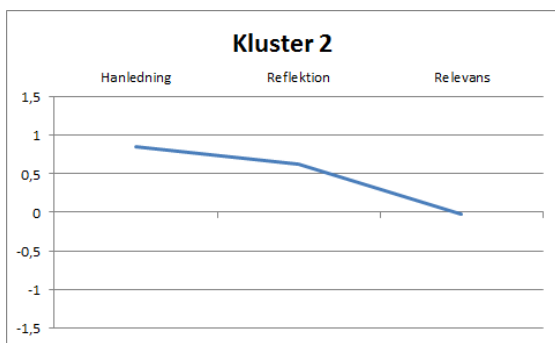
Från det totala antalet deltagare ($n=384$) exkluderades 10 individer på grund av att de angett att frågorna var inte var relevanta för dem. Därefter återstod 374 personer som ingick i klusteranalysen. Inga outliers identifierades. Wards hierarkiska klustermetod resulterade i en lösning med 5 kluster, som förklarade 58,45% av variansen (ESS). Efter Wisharts icke-hierarkiska omfördelningsprocedur hamnade ESS på 61,25 och homogenitetskoefficienterna för samtliga klusterna under 1.0. Figur 1 visar de fem profilerna som identifierades i klusteranalysen utifrån z-poäng för varje kluster. Z-poängen utgör skillnaden mellan medelvärdet för klustret och medelvärdet för hela samplet, delat med standardavvikelsen för hela samplet. Bland klusterna fanns det fyra någorlunda jämnstora kluster (kluster 1; $n=93,34\%$, kluster 2; $n=78,28\%$, kluster 3; $n=84,31\%$, kluster 4; $n=85,31\%$) och ett lite mindre (kluster 5; $n=34,12\%$). För att beskriva klustren används i fortsättningen följande beteckningar: "Medel" betyder att z ligger kring 0 (ej över 0,5 och ej under -0,5). "Hög" innebär $z > 0,5$, och "mycket hög" $z > 1,0$. "Låg" innebär $z < -0,5$, och "mycket låg" $z < -1,0$. Tre kluster med hög handledning identifierades och utgjorde 72% ($n=197$) av samplet. Resterande två kluster hade låg handledning. Bland de tre klustren med hög handledning fanns ett kluster med profilen hög reflektion och medel relevans (kluster 2), ett kluster med mycket låg reflektion och medel relevans (kluster 4) och ett kluster med mycket hög reflektion och mycket hög relevans (kluster 5). De två klustren med låg handledning skilde sig genom att en hade låg reflektion och låg relevans (kluster 1) och den andra hade hög reflektion och relevans (kluster 3).



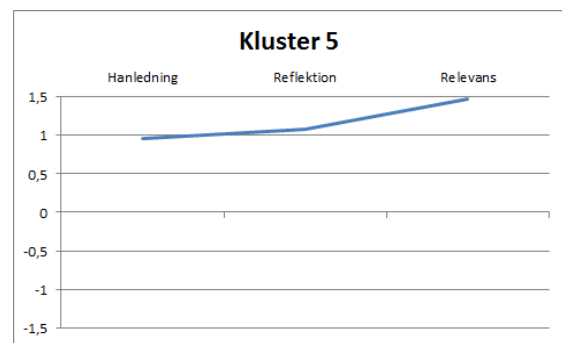
Låg handledning, låg reflektion, låg relevans



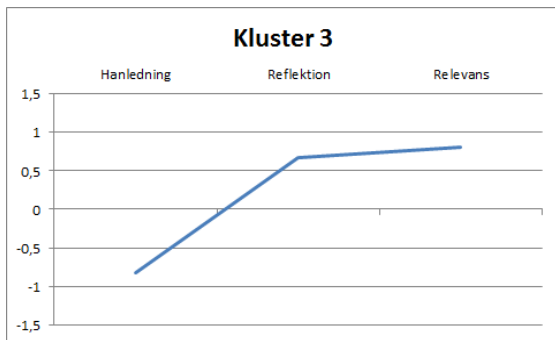
Hög handledning, mycket låg reflektion, medel relevans



Hög handledning, hög reflektion, medel relevans



Hög handledning, mycket hög reflektion, mycket hög relevans



Låg handledning, hög reflektion, hög relevans

Figur 1. Profilerna för de fem klustren utifrån z-poäng. $z = 0$ utgör medeltalet för hela samplet.

Tabell 5. Jämförelser mellan klustren på Compassion Fatigue, dess delskalor; Utbrändhet, Sekundär traumatisering samt Compassion Satisfaction och negativ och positiv perfektionism.

	Kluster 1	Kluster 2	Kluster 3	Kluster 4	Kluster 5	Jmf m ANOVA M(SD)	Tukey Post hoc test
Compassion	46,9	41,4	46,6	42,8	43,3	6,939***	1>2, 4;
Fatigue	(8,9)	(7,3)	(8,8)	(7,9)	(9,2)		3>2, 4
Sekundär	20,9	20	21,6	19,6	21,9	2,415*	
traumatisering	(6,1)	(4,6)	(5,1)	(4,6)	(5,3)		
Utbrändhet	26	21,4	25	23,3	21,4	15,694***	1>2, 4,
	(4,2)	(3,8)	(5,1)	(4,3)	(5,2)		5; 3>2, 5
Compassion	33,5	39,5	37,6	37,1	40,4	17,420***	1<2, 3,
Satisfaction	(5,4)	(5,2)	(5,6)	(5,4)	(4,8)		4, 5; 4<2, 5
Negativ	30,4	27,4	29,4	28,6	26,9	2,778*	1>2
perfektionism	(6,7)	(7,3)	(7,9)	(7,0)	(5,0)		
Positiv	24,7	26,2	26,1	24,8	25,4	1,688	
perfektionism	(4,9)	(4,5)	(5,1)	(4,9)	(5,1)		

Not. *:p < .05 **:p < .001*** :p < .0001

Jämförelser mellan klustren

Med en-vägsANOVA med klusterlösningen som oberoende variabel jämfördes profilerna på Compassion Fatigue, delskalorna; Utbrändhet, Sekundär traumatisering och Compassion Satisfaction samt Negativ och Positiv perfektionism. Tabell 5 visar medelvärden och standardavvikelser för resultat på de olika skalorna.

Compassion Fatigue. Resultaten visade inget stöd för hypotes IV. Klusteranalysen visade tvärtom att handledning oavsett reflektion hade ett samband med Compassion Fatigue.

Klusterna skilde sig signifikant på Compassion Fatigue, $F(4, 369) = 6,939$, $p < 0,0001$. Tukey post-hoc-test visade att de två kluster med låg handledning (kluster 1 och 3) hade signifikant högre Compassion fatigue än 2 av klusterna med hög handledning (kluster 1 och 4). På delskalan Sekundär traumatisering återfanns inga signifikanta skillnader mellan några kluster. På delskalan Utbrändhet skilde sig klusterna signifikant, $F(4; 369) = 15,694$, $p < 0,0001$. Kluster 1 hade signifikant högre Utbrändhet än samtliga kluster med hög handledning (kluster 2, 4 och 5). Kluster 3 hade signifikant högre Utbrändhet än kluster 2 och 5.

Compassion Satisfaction. Resultaten på Compassion Satisfaction visade också en signifikant skillnad mellan klustren, $F(4; 369) = 6,939$, $p < 0,0001$. Kluster 1 hade signifikant lägre CS än samtliga andra kluster. Kluster 4 hade signifikant lägre CS än kluster 2 och 5.

Perfektionism. Kluster 1 hade signifikant högre grad av negativ perfektionism än kluster 2 ($F(4; 369) = 2,778$, $p < 0,05$). Det fanns en tendens till signifikans mellan kluster 1 och 5. Skattningarna på Positiv perfektionism visade inga signifikanta skillnader mellan klustren.

Diskussion

Det som är utmärkande i studiens resultat är att handledning verkar spela en viktig roll när det kommer till Compassion Fatigue bland psykologer. Det framgår också av resultaten att hög reflektion och upplevd relevans är viktigt i kombination med hög handledning när det gäller Compassion Satisfaction.

Compassion Fatigue. Psykologer med hög tillgång till handledning visade mindre Compassion Fatigue än psykologer med låg tillgång till handledning. Hypotes IV som förutspådde att reflektion oavsett handledning skulle ha ett negativt samband med CF fick inget stöd. Istället framgick det av resultaten att psykologens tillgång till handledning var viktigare än den upplevda reflektionen när det gällde Compassion Fatigue. Trots att reflektion kan tänkas vara en viktig del av handledning så verkar det som att handledning spelar en så

pass viktig roll för psykologen att endast reflektion inte är tillräcklig. Detta är i linje med tidigare redovisad forskning som framhåller stora fördelar med handledning, som att handledning ger möjlighet att dels få avlastning och stöd i behandlingsarbetet och dels att få insikt i de processer som uppstår i mötet, såsom överföring och motöverföring. Att vara fast i motöverföringsprocesser utan att ha insikt i dem blir ett hinder i behandlingen (McWilliams, 2004). Genom att i handledning ge uttryck för och få hjälp med perspektiv på sådana upplevelser kan denna börda lättas. Resultaten tyder på att psykologer som inte har tillgång till handledning i den mån de behöver har det svårare och riskerar att utveckla Compassion Fatigue.

Bland deltagarna skattade mindre än hälften att de ofta eller mycket ofta får tillgång till handledning eller emotionellt stöd i den mån de behöver vilket visar på en allvarlig brist i många psykologers arbetssituation. Som beskrivits i inledningen är det viktigt att psykologer upprätthåller en utvärderande syn på sig själva och sitt känsloliv för att kunna vara till hjälp för andra (Etherington, 2000). Att mer än hälften av studiens deltagare skattat att de endast ibland, sällan eller aldrig får tillgång till handledning i den mån de behöver tyder på att psykologers arbetsvillkor inte till fullo möjliggör för psykologer att utföra sitt arbete på bästa sätt. Eftersom motöverföring till sin natur ofta är svårupptäckt och verkar i det omedvetna krävs en aktiv reflekterande hållning hos psykologen. Utan tillgång till handledning i den mån man behöver kan man inte anta att psykologen kan upprätthålla den utvärderande synen och reflektionen som krävs. Brist på tid eller möjlighet att i handledning reflektera över sina egna såväl som klientens emotionella material skulle kunna vara en bidragande faktor till arbetsrelaterad ohälsa bland psykologer och behöver beforskas ytterligare.

Compassion Satisfaction. Hög tillgång till handledning visade sig vara förknippat med signifikant mer Compassion Satisfaction när den kombinerades med mycket hög aktiv reflektion och upplevd betydelse av denna (kluster 5) än när den kombinerades med mycket låg aktiv reflektion (kluster 4). Det tyder på att det är viktigt att värna om att psykologer får möjlighet att reflektera över arbetet med klienterna för att kunna uppnå en tillfredsställelse med arbetet. Detta kräver dels en formell plats på vilken reflektion är avsedd, dvs. handledning men också tillräckligt mycket tid avsatt mellan varje klient samt en rimlig arbetsbörda som tillåter att psykologen bibehåller tillräckliga emotionella resurser. Psykologen behöver tid för återhämtning för att kunna värna om den värdefulla tillgång som det egna känslolivet utgör för behandlingsarbetet. Eftersom det är psykologens förmåga till

empati som möjliggör förståelse för klienten (Figley, 1995) och eftersom en hög empatisk förmåga är viktig för behandlingsutfallet (O'Brien & Haaga, 2015) så bör man betrakta psykologens empati och känsloliv som ett viktigt behandlingsinstrument värt att lägga resurser på.

Som nämnts ovan visade sig handledning vara associerat med mindre negativa effekter och fler positiva effekter i det hjälpande yrket. För de psykologer som inte hade tillgång till handledning fanns en stor skillnad i hur väl man trivdes med att hjälpa andra beroende på om man trots den låga graden av handledning reflekterade mycket eller litet över klientarbetet. De psykologer som reflekterade mycket och upplevde att det som väcktes i dem emotionellt hade betydelse för behandlingen drabbades visserligen av Compassion Fatigue i samma grad som de som inte reflekterade men upplevde samtidigt mer positiva konsekvenser av arbetet. Det verkar som att reflektion över klientarbetet inte skyddar mot ohälsa men att det däremot främjar välmående. Detta kan bero på att reflektion innebär ett utforskande av den egna personen och de känslomässiga upplevelser man har. Det ger psykologen chansen att lära sig något nytt och att utvecklas både i sin yrkesroll och som människa.

Aktiv reflektion. Aktiv reflektion korrelerade svagt positivt med Sekundär traumatisk stress och svagt negativt med Utbrändhet. Det innebär att hypotes I delvis stämmer. En psykolog som upplever sig sekundärt traumatiserad och därmed mentalt upptagen av sitt arbete skulle troligen svara att de aktivt reflekterar i hög grad. Det innebär att frågan om aktiv reflektion möjligen kan innebära olika och motstridiga saker när det kommer till de två olika aspekterna av CF. Dels kan hög nivå av aktiv reflektion indikera att man aktivt reflekterar över känslomässiga reaktioner och vad de kan tänkas bero på och därmed får insikt i motöverföringsprocesser. Det skulle kunna ge en bättre förutsättning för att kunna undvika Compassion Fatigue eftersom man får en chans att medvetandegöra och arbeta med de processer som uppstår. Att vara medveten om och arbeta med de motöverföringsprocesser som uppstår skulle kunna tänkas minska de negativa effekter som leder till att man känner sig överväldigad och känner hopplöshet kring att inte kunna hjälpa, vilka är symtom som kan leda till utbrändhet. Samtidigt innebär några av symtomen på STS att det finns en stor mental upptagenhet och åltande kring arbetet med klienterna och deras problematik vilket också kan speglas i frågan och ge utslag av hög grad av aktiv reflektion.

Tabell 3 visar att endast omkring en tiondel av psykologerna sällan eller aldrig reflekterar över eller upplever att det som väcks i dem emotionellt i mötet med klienter är av

betydelse för behandlingen. Detta är ett intressant fynd eftersom motöverföringsbegreppet tillhör den psykodynamiska traditionen och har inte någon uttalad teoretisk motsvarighet inom exempelvis KBT eller behaviorismen. Det tyder på att principen i begreppet motöverföring trots detta verkar vara utbredd och som Hofsess och Tracey (2010) menar ett transteoretiskt begrepp.

För att psykologen ska kunna tillgodogöra sig handledning är det troligt att anta att det krävs att psykologen reflekterar över sitt arbete. Låg reflektion över arbetet med klienter skulle kunna spegla lågt engagemang. Lågt engagemang kan i sin tur ha olika orsaker. Utöver att vara ett förstadium till Compassion Fatigue, där lägre engagemang i klientarbetet är ett försvar eller en copingstrategi från psykologen för att skydda sig från emotionell överbelastning kan låg grad av engagemang finnas utan att personen håller på att utveckla Compassion Fatigue. Detta skulle kunna bero på tidsbrist, ointresse, brist på adekvat utbildning eller ett arbetsklimat som främjar ett sådant förhållningssätt mot klienter. Det är troligt att psykologer med lägre engagemang i sitt arbete också blir mindre traumatiserade och utbrända eftersom de inte tar del av klientens inre värld på samma empatiska nivå som någon som är engagerad. Som den redovisade teorin anger så sker traumatiseringen genom att psykologen med empati tar del av klientens emotionella värld och känner vad den känner (Etherington, 2009). Kluster 4 skattade hög tillgång till handledning i den mån man behöver men låg reflektion och medel upplevd betydelse. Psykologerna i kluster 4 upplevde låg Compassion Fatigue men också låg Compassion Satisfaction. De visade varken utslag av de positiva eller de negativa konsekvenserna av att ta del av andras lidanden. Detta är rimligt när man tar i åtanke att det krävs att man engagerar sig i arbetet för att kunna ta in vad klienten känner på ett empatiskt sätt. Om detta inte sker blir man mer skonad från svåra upplevelser men man går också miste om den känslomässiga och mänskliga utveckling som det skulle kunna innebära vilket är Compassion Satisfaction.

Möjligen hänger också empati ihop med reflektion kring den egna känslomässiga upplevelsen. Personer med mer självinsikt och medvetenhet kring sina emotioner skulle troligtvis ha lättare att ta del av och möta andras. Därför är det av vikt även för den empatiska förmågan att psykologen uppmuntras till reflektion.

Negativ perfektionism. Det verkar som att psykologer med negativ perfektionism inte upplever sig få emotionell avlastning i den mån de behöver och inte anser att det som väcks emotionellt i dem är relevant för behandlingen. Hypotes III var att tillgång till handledning

korrelerar negativt med negativ perfektionism vilket fick stöd i resultatet. Resultaten skulle kunna bero på att handledning inte lyckas vara det stöd som behövs för psykologer med negativ perfektionism eftersom negativ perfektionism visat sig vara ett hinder i förmågan att tillgodose sig handledning (Ganske et al 2014). Det skulle kunna vara så att personer med perfektionistiska strävanden fokuserar på yttre prestationer och har svårare att ta hänsyn till sina känslor och ta dem på allvar på grund av det självkritiska förhållningssätt som präglar negativ perfektionism. Möjligen ligger fokus för dessa psykologer mer i konkreta aspekter av behandlingen snarare än att lita på den intuitiva förmågan eller den egna känslomässiga reaktionen. Det skulle vara intressant att i framtida studier undersöka vidare kopplingen mellan negativ perfektionism och att inte anse emotionell information som relevant för behandlingen.

Kluster 1, som skattar att de har låg handledning, låg reflektion och låg betydelse har signifikant högre perfektionism än klustret med höga nivåer på dessa variabler (kluster 2). Detta överensstämmer med tidigare forskning som visat att negativ perfektionism är associerat med utbrändhet (Philp, Egan & Kane, 2012, Chang, Chou, Liou & Tu, 2016). Det är också i linje med studier som visat att psykologer med negativ perfektionism har svårare att tillgodogöra sig handledning (Ganske et al, 2014). Detta kan ligga till grund för att psykologer med högre nivå av negativ perfektionism har skattat att deras tillgång till emotionell avlastning är låg. Samtidigt är det troligt att psykologer med hög nivå av negativ perfektionism har ett högre behov av handledning och stöd för hantera för högt ställda krav på den egna förmågan att hantera den emotionella belastningen. Det skulle kunna vara anledningen till att klustret med låga nivåer av handledning, reflektion och relevans visade högre nivå av Perfektionism.

Metoddiskussion

Items. Innebörden av motöverföring konceptualiserades i två frågor om aktivt reflekterande och den emotionella informationens betydelse för behandlingen. Att aktivt reflektera kring emotionell information som väcks i mötet med klienter kan säga något om ifall det finns en insikt i vilken påverkan som kan ske inom den terapeutiska relationen, som exempelvis motöverföring. Att fråga om motöverföring indirekt på detta sätt istället för att uttalat använda ordet motöverföring var i syfte att motverka att olika definitioner av ordet låg till grund för deltagarnas svar. Det var också för att kunna fånga upp även personer som inte

använder teoretiska modeller som inkluderar begreppet motöverföring men som trots detta kan tänkas att intuitivt reflektera över emotionell information som väcks i kontakt med klienten.

Frågan om den upplevda betydelsen av det som väcks i psykologen som användbar information för behandlingen kan tänkas spegla den teoretiska preferensen i högre grad än frågan om i vilken grad man reflekterar. Detta eftersom den senare rör vad psykologen gör i praktiken och den förra efterfrågar hur psykologen bedömer något på ett teoretiskt plan. Det kan tänkas att man på ett teoretiskt plan håller med om att det som väcks inom en är relevant för behandlingen men i praktiken inte har tid eller förmåga att reflektera och använda sig av informationen. Det motsatta scenariot kan också tänkas föreligga; att det finns individer som teoretiskt arbetar efter en modell som inte inkluderar begreppet motöverföring men som trots detta känner till fenomenet och anpassar sig efter det i praktiken.

Frågan om psykologen aktivt reflekterar öppnar upp för ett självvärderande mått på hur ofta man anser sig reflektera. Samtidigt kan det ändå utgöra ett mått på möjlighet till insikt i motöverföring då någon som skattar sig själv som lågt reflekterande troligtvis antingen inte upplever sig kunna reflektera i den grad de önskar eller inte anser sig behöva reflektera i högre grad. Båda dessa varianter innebär att insikt i motöverföringsprocesser blir lidande. De som inte reflekterar i den grad de skulle vilja upplever troligen inte att tiden och möjligheten att ägna sig åt reflektion matchar deras behov. Och de som inte anser sig behöva reflektera riskerar att missa att identifiera motöverföringsprocesser i sitt arbete.

Syftet med formuleringen av det item som undersökte handledning var att fånga upp just den emotionella avlastningen framför metodhandledning. Handledning kan också innebära olika mycket fokus på emotionell avlastning beroende på teoretisk inriktning och på alliansen i handledningsrelationen. Därför undveks det att ställa en dikotom fråga om psykologen har handledning eller inte. I efterhand kan man tänka sig att det hade varit intressant att ha med just en sådan fråga för att jämföra med frågan om man får emotionell avlastning i den mån man behöver eftersom behovet kan se olika ut beroende på person. En person som inte upplever sig behöva handledning svarar troligen att de får handledning i den mån de behöver i hög grad. Det framgår alltså inte av frågan hur mycket handledning personen upplever sig behöva och inte heller hur mycket de erhåller.

En förbättring av itemet skulle vara att skilja på emotionell avlastning från kollegor handledning. Det är stor skillnad på stöd från handledning och kollegor när det kommer till att

i att identifiera och reflektera över motöverföringsprocesser, därför hade en uppdelning i två separata items varit att föredra. Detta skulle ha kunnat generera än mer tydliga resultat.

Validitet. Syftet med studien var att undersöka vilken roll medvetenhet kring motöverföring som möjliggörs genom reflektion och i handledning spelar för utvecklandet av compassion fatigue bland psykologer. De items som använts i studien bygger på en definition av motöverföring som innebärande att känslomässiga upplevelser som väcks i psykologen i mötet med klienten är information som är värdefull för behandlingen. Det kan till exempel handla om att psykologen identifierar sig med de projektioner som klienten sänder ut och att psykologen känslomässigt upplever klientens uttalade upplevelser.

Tidigare mätinstrument som undersökt motöverföring har använt konkreta exempel på motöverföringsreaktioner formulerade som påståenden (Hofsess och Tracey, 2010). För denna studie ansågs en övergripande formulering vara passande. Information om hur effektiv reflektionen är eller hur ofta den sker samlades inte in. Motöverföringsprocesser kan vara olika utmanande beroende på sammanhanget och beroende på vad som uppstår mellan psykologen och klienten. Den här studien ville fånga upp om det finns en medvetenhet och motivation hos psykologer att arbeta med motöverföringsprocesser och om det finns en förväntan att dessa skall uppstå. Och motsvarande om det kan vara så att bristande kunskap eller medvetenhet och förväntan kring dessa processer kan öka belastningen på psykologen eftersom dessa känslor därmed förblir omedvetna.

Urval. Tidigare studier av Compassion Fatigue har främst undersökt olika yrkesgrupper som arbetar med specifikt traumafokus som till exempel personal vid traumacenter (Kjellenberg et al 2014). Behandling av personer med trauma kan anses vara mer emotionellt belastande än behandling inom andra områden inom psykologyrket. Därför är det belysande att finna att nivåerna på delskalorna av compassion Fatigue bland deltagarna i studien av Kjellenberg et al (2014) nästan är identiska med de nivåer som fanns i den breda gruppen psykologer som undersöktes i föreliggande studie. Det tyder på att psykologyrket kan vara svårt emotionellt krävande även inom andra områden än specifikt traumabehandling. Möjligen på grund av att det är just psykologens empati och egna känslomässiga engagemang som krävs i all slags psykologisk behandling (Newell, Nelson-Gardell, & MacNeil, 2016). Det skulle kunna vara så att traumaterapi är emotionellt tyngre för psykologer än annan psykoterapi men att den emotionella tröskeln för att känna sig emotionellt överbelastad ligger

på en lägre grad än vad traumaterapi kräver av psykologen. Det skulle kunna vara anledningen till de liknande nivåerna på CompassionFatigue.

Nivåerna på Compassion Satisfaction är lite högre bland psykologerna i föreliggande studie än bland traumabehandlare i studien av Kjellenberg et al (2014). Det kan tyda på att den skillnad i grad av emotionell belastning som finns mellan traumaterapi och annan psykoterapi ger utslag på lägre möjlighet till att tillgodose sig de positiva aspekterna av hjälpanDET. Som nämnts i inledningen är detta något som beskrivs även i teorin (Bride, Radey och Figley, 2007) nämligen att behandlare kan uppleva både CS och CF samtidigt men efterhand som CF ökar så överväldigar de psykologens upplevelse av de positiva effekterna. Nivåerna på CF var i princip lika men det är möjligt att skillnaden i CS antydde att det förelåg även en skillnad i belastning.

Det skulle kunna vara så att psykologer i högre grad än andra hjälpanDE yrkesgrupper ligger i riskzonen för att drabbas av CF eftersom de arbetar med att ta del av andras emotionella inre vilket inte på samma sätt är det explicita syftet för exempelvis hjälparbetare eller sjuksköterskor. Men å andra sidan har psykologer utbildning i att hantera just den emotionella biten av att hjälpa andra till skillnad från många andra yrkesgrupper. Med insikt i bland annat motöverföring och andra terapeutiska aspekter är psykologen bättre rustad att möta svåra emotionella upplevelser i kontakt med hjälpbehövande klienter. Detta gäller förstås inte om psykologen inte får ta del av de arbetsvillkor som krävs för att kunna utföra jobbet. Det vill säga om psykologen inte får handledning och en rimlig arbetsbelastning.

Styrkor och brister i studien. En styrka med studien är att den undersöker sambandet mellan motöverföring och CF/CS vilket är något som är outforskat bland psykologer.

En förbättring i studiens design skulle kunna vara att ta in mer specifika uppgifter om vilka arbetsuppgifter och vilken slags klienter som psykologerna arbetar. Denna information efterfrågades inte i enkäten för att förstärka anonymiteten för deltagarna. Genom att fråga om psykologen arbetade med psykisk ohälsa eller psykiskt lidande så säkerställdes däremot att det finns anledning att anta att relationella processer kan äga rum mellan psykolog och klient, eftersom detta är något som är oundvikligt i den terapeutiska relationen (McWilliams 2004). Ett alternativ till att fråga mer om vilket arbetsområde psykologen arbetar inom skulle vara att utöver frågan om personerna arbetade med klienter med psykiskt lidande och ohälsa mer ingående fråga om personen arbetade uteslutande med trauma/svår problematik. Detta eftersom tidigare nämnd forskning visat att psykologer som arbetar intensivt och uteslutande

med samma slags svåra problematik och inte får någon paus från intensiva traumarelaterade känslor är mer utsatta (Fox, 2003). Motöverföring kan vara emotionellt belastande eller traumatisk i varierande grad. Andelen hårt belastande patienter kan också variera hos olika psykologer. Det skulle vara svårt att göra en objektiv mätning av hur mycket traumatiserande motöverföring som varje deltagare utsatts för. En psykolog som är hårt belastad och arbetar med patienter med svår problematik skulle kunna skatta sig aktivt reflekterande i hög grad och trots detta drabbas mer av CF än någon som arbetar med lättare problematik men som inte reflekterar aktivt över emotionell påverkan.

Att deltagarna inte var uteslutande traumaterapeuter kan också ses som en styrka med studien, då den breda gruppen psykologer inte är undersökt tidigare trots att klienter med olika typer av psykisk ohälsa ofta har ett stort lidande som psykologen oundvikligen tar del av vid behandling.

En annan styrka med studien är det höga antalet deltagare. Att nå ut till och få svar från 384 psykologer vid ett tillfälle är ovanligt inom ramen för liknande studier. Troligen var tillvägagångssättet en av orsakerna bakom det stora deltagarantalet. Den valda sociala plattformen var exklusiv för psykologer och hade många medlemmar. Att fylla i en enkät på internet kan också tänkas vara smidigare än att fylla i en pappersenkät.

Statistiska analyser. Korrelationsanalyserna visade på signifikanta samband mellan de olika variablerna. Klusteranalysen fördjupade kunskapen genom att visa att handledning är viktig oavsett hur reflekterande psykologen skattar sig eller hur relevant man anser sina emotionella reaktioner vara. Klusteranalysen kunde också tydliggöra hur reflektion och relevans av emotionell information förhöll sig till Compassion Satisfaction på ett sätt som inte gick att tyda enbart från korrelationsanalysen.

Förslag till framtida forskning. En framtida studie skulle kunna göras med kvalitativ ansats där klient, psykolog och handledare följs och där varje part intervjuas kring motöverföringsteman för att generera djupare insikt i fenomenet motöverföring och hur det är kopplat till hinder i psykoterapi och Compassion Fatigue.

Det skulle även vara intressant att undersöka i vilken grad psykologer upplevt att handledning stöttat dem i att vinna insikt i motöverföringsrelaterade aspekter i klientarbetet och jämför det med grad av Compassion Fatigue.

Slutsatser och implikationer för psykologers arbetssituation. Resultaten tyder på att psykologer som engagerar sig och reflekterar mer betalar genom de negativa konsekvenser

som är förknippade med CF. Men de tar också del av de positiva konsekvenser förknippade med Compassion Satisfaction i högre grad. Det vill säga att det kostar att bry sig och att engagera sig i sina klienter. Det kan dessutom riskera psykologens mentala hälsa. Men det innebär också enorm potential att växa som människa och att trivas med att kunna hjälpa andra. Kostnaden och riskerna med engagemang i andras välmående är visserligen höga men vinsterna med personlig utveckling och meningsfullhet är kanske högre.

För att psykologer ska kunna vårda sitt arbetsredskap det vill säga sitt känsloliv krävs hänsyn och respekt mot människan i psykologen. När psykologer inte får utrymme att vila och ta hänsyn till sina egna känslor och upplevelser riskeras deras hälsa och även deras levebröd. Denna respekt behöver komma dels från psykologen själv genom att lägga vikt vid sina egna behov av vila och stimulerande fritid. De behöver också ta hänsyn till sina känslomässiga upplevelser genom att tillåta dem ta plats och att ägna dem tid och reflektion. Respekten behöver även komma från arbetslivet och speglas i psykologens arbetssituation. För att psykologen ska kunna göra ett gott arbete behöver den få tillräckligt med tid för reflektion och handledning kring vad som sker i arbetet med klienterna eftersom detta hänger ihop med hur väl man trivs med att jobba med att hjälpa andra, det vill säga hur mycket Compassion Satisfaction man upplever. Genom att erbjuda handledning och uppmuntra till reflektion och självomhändertagande kan man förhoppningsvis öka de positiva effekterna av att arbeta med hjälpbehövande personer. I handledning kan man också upptäcka symtom på utbrändhet och vidta åtgärder i ett tidigt skede och därmed minska risken att behandlare drabbas av Compassion Fatigue. Bland kliniskt verksamma psykologer bör handledning vara och förbli en central del för att säkerställa psykisk hälsa och tillfredsställelse i arbetet. Då Compassion Fatigue och utbrändhet är ödesdigert för de psykologer som drabbas är denna studie ett viktigt kunskapsbidrag gällande vilka kombinationer av handledning och reflektion som är associerat med lägre Compassion Fatigue och högre Compassion Satisfaction.

Referenser

- Ananda-Stout, B. G. (2016). *Tender in the field: A hermeneutic inquiry of psychodynamics within compassion fatigue*. Pacifica Graduate Institute, ProQuest Dissertations Publishing, 2015. 3702844.
- Aronsson, G., Hellgren, J., Isaksson, K., Johansson, G., Sverke M., Torbjörn, I., (2012) *Arbets- och organisationspsykologi. Individ och organisation i samspel*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Barr, P. (2017). Compassion fatigue and compassion satisfaction in neonatal intensive care unit nurses: Relationships with work stress and perceived social support. *Traumatology*, 23(2), 214-222.
- Berzoff, J., & Kita, E. (2010). Compassion fatigue and countertransference: Two different concepts. *Clinical Social Work Journal*, 38(3), 341-349.
- Bieling, P. J., Israeli, A. L., & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality And Individual Differences*, 361373-1385
- Bride, B. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63-70.
- Briggs, J. R., & Miller, G. (2005). Success Enhancing Supervision. *Journal Of Family Psychotherapy*, 16(1/2), 199-222.
- Chang, H., Chou, Y., Liou, J., & Tu, Y. (2016). The effects of perfectionism on innovative behavior and job burnout: Team workplace friendship as a moderator. *Personality And Individual Differences*, 96260-265.

- Collins, S., & Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: Consequences for mental health-care workers: A literature review. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing, 10*(4), 417-424.
- Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect, 30*(10), 1071-1080.
- Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal, 23*(3), 319-339.
- Dahl, H. J., Røssberg, J. I., Bøgwald, K. P., Gabbard, G. O., & Høglend, P. A. (2012). Countertransference feelings in one year of individual therapy: An evaluation of the factor structure in the Feeling Word Checklist-58. *Psychotherapy Research, 22*(1), 12-25.
- Darroch, E., & Dempsey, R. (2016). Interpreters' Experiences of Transferential Dynamics, Vicarious Traumatization, and Their Need for Support and Supervision: A Systematic Literature Review. *European Journal Of Counselling Psychology, 4*(2), 166-190.
- D'Souza, F., Egan, S. J., & Rees, C. S. (2011). The relationship between perfectionism, stress and burnout in clinical psychologists. *Behaviour Change, 28*(1), 17-28.
- Egan, S., Piek, J., Dyck, M., & Kane, R. (2011). The reliability and validity of the positive and negative perfectionism scale. *Clinical Psychologist, 15*(3), 121-132.)
- Etherington, K. (2000). Supervising counsellors who work with survivors of childhood sexual abuse. *Counselling Psychology Quarterly, 13*(4), 377-389.
- Etherington, K. (2009) Supervising helpers who work with the trauma of sexual abuse. *British Journal of Guidance & Counselling, Vol. 37, No. 2, 179-194*

- Fahy, A. (2007). The unbearable fatigue of compassion: Notes from a substance abuse counselor who dreams of working at Starbucks. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 199-205.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Taylor & Francis Group.
- Figley, C. R., & Ludick, M. (2017). Secondary traumatization and compassion fatigue. In S. N. Gold, S. N. Gold (Eds.), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* (pp. 573-593). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Fox, R. (2003). Traumaphobia: Confronting Personal and Professional Anxiety. *Psychoanalytic Social Work*, 10(1), 43-55.
- Frans, O., Rimmö, P., Åberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 291-299
- Försäkringskassan (2015). Yrke och sjukfall. (*Korta analyser 2015:1*). Hämtad från: <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/018e7864-230a-4102-9669-250411b46a37/korta-analyser-2015-1.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- Gibbons, S., Murphy, D., & Joseph, S. (2011). Countertransference and positive growth in social workers. *Journal Of Social Work Practice*, 25(1), 17-30.
- Grossi, G., Perski, A., Osika, W., & Savic, I. (2015). Stress-related exhaustion disorder—Clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. *Scandinavian Journal Of Psychology*, 56(6), 626-636.
- Hafkenheid, A. (2012). Assessing Objective Countertransference with a Computer-Delivered Impact Message Inventory (IMI-C) *Clinical Psychological Psychotherapy*, 19, 37–45.

- Hatfield, E., Cacioppo, J. T., & Rapson, R. L. (1993). Emotional contagion. *Current Directions In Psychological Science*, 2(3), 96-99.
- Hofsess, C., D. & Tracey, T., J., G. (2010) Countertransference as a Prototype: The Development of a Measure. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 57, No. 1, 52– 67
- Huggard, P. (2003). Compassion fatigue: How much can I give?. *Medical Education*, 37(2), 163-164.
- Huggard, P., Stamm, B. H., & Pearlman, L. A. (2013). *Physician Stress: Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Vicarious Traumatization*. Oxford University Press.
- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 29(3), 284-297
- Kanter, J. (2007). Compassion Fatigue and Secondary Traumatization: A Second Look. *Clinical Social Work Journal*, 35(4), 289-293.
- Kelly, L., Runge, J., & Spencer, C. (2015). Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in acute care nurses. *Journal Of Nursing Scholarship*, 47(6), 522-528.
- Kjellenberg, E., Nilsson, F., Daukantaitė, D., Cardeña, E. (2014) Transformative narratives: The impact of working with war and torture survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, Vol 6(2), 120-128.
- Knudsen, H. K., Roman, P. M., & Abraham, A. J. (2013). Quality of clinical supervision and counselor emotional exhaustion: The potential mediating roles of organizational and occupational commitment. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 44(5), 528-533.
- Klain, E., & Pavić, L. (1999). Countertransference and empathic problems in therapists/helpers working with psychotraumatized persons. *Croatian Medical Journal*, 40(4), 466-472.

- Leiter, M., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal Of Nursing Management*, 17(3), 331-339.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*, 3(4), 89-100
- Lemma, A. (2003) Introduction to the Practice of Psychoanalytic Psychotherapy. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Lia, M. (2017). Reflections, and relative examples, regarding countertransference, empathy, and observation. *International Forum Of Psychoanalysis*, 26(2), 85-96.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal Of Social & Clinical Psychology*, 26(3), 385-403
- Lowe, C. (2016). The professional's influence within the client system: Exploring countertransference and adult attachment within the therapeutic relationships with children experiencing abuse and their caregivers. *Journal Of Social Work Practice*, 30(1), 59-68.
- McWilliams, N. (1994) *Psykoanalytisk diagnostik* The Guilford press
- Munroe, Shay, Fisher, Makary, Rapperpoert, Zimmering kapitel i *Compassion Fatigue, coping with secondary traumatisation i Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue : Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized. New York: Routledge.*
- Nelson-Gardell, D., & Harris, D. (2003). Childhood Abuse History, Secondary Traumatic Stress, and Child Welfare Workers. *Child Welfare: Journal Of Policy, Practice, And Program*, 82(1), 5-26.
- Newell, J., M., Nelson-Gardell D., & MacNeil G., (2016) Clinician Responses to Client Traumas: A Chronological Review of Constructs and Terminology. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(3) 306-313

- O'Brien, J. L., & Haaga, D. F. (2015). Empathic accuracy and compassion fatigue among therapist trainees. *Professional Psychology: Research And Practice*, 46(6)
- Pakdaman, S., Shafranske, E., & Falender, C. (2015). Ethics in Supervision: Consideration of the Supervisory Alliance and Countertransference Management of Psychology Doctoral Students. *Ethics & Behavior*, 25(5), 427-441.
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research And Practice*, 26(6), 558-565.
- Peled-Avram, M. (2017). The role of relational-oriented supervision and personal and work-related factors in the development of vicarious traumatization. *Clinical Social Work Journal*, 45(1), 22-32.
- Peters, K., & Kashima, Y. (2015). A multimodal theory of affect diffusion. *Psychological Bulletin*, 141(5), 966-992.
- Philp, Egan & Kane (2012). Perfectionism, over commitment to work, and burnout in employees seeking workplace counselling. *Australian Journal of Psychology*, 64, 68-74
- Richards, B. M. (2000). Impact upon therapy and the therapist when working with suicidal patients: Some transference and countertransference aspects. *British Journal Of Guidance & Counselling*, 28(3), 325-337.
- Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers. *Clinical Psychology Review*, 23(3).
- Sandberg, J., (2017) *Psykologyrkets baksida? En undersökning av compassion fatigue bland psykologer*. Examensarbete, Lunds Universitet, Psykologiska Institutionen.
- Sigrell, B., (2000) *Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi*. Stockholm: Natur och kultur.

- Skorupa, J., & Agresti, A. (1993). Ethical beliefs about burnout and continued professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 281-285.
- Socialstyrelsen (3013) Utmattningsyndrom – stressrelaterad psykisk ohälsa. 2003-123-18
Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10723/2003-123-18_200312319.pdf
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2016). Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *Journal Of Nursing Scholarship*, 48(5), 456-465.
- Stamm, B.H. (2010). The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed. Pocatello, ID: ProQOL.org.
Hämtad från http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf. 2017-07-30.
- Varga, A., Torma, B., Bergman, L. R. (2015). ROPstat: A general statistical package useful for conducting person-oriented analyses. *Journal for Person-Oriented Research*, 1(1-2), 87-98.
- Yu, H., Jiang, A., & Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal Of Nursing Studies*, 5728-38.
- Zimering, R., Gulliver, S. B., Knight, J., Munroe, J., & Keane, T. M. (2006). Posttraumatic stress disorder in disaster relief workers following direct and indirect trauma exposure to Ground Zero. *Journal Of Traumatic Stress*, 19(4), 553-557.