



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Kan man mäta psykoterapeuters relationskompetens?

Anna Hammer & Marianne Stjernkvist

Psykoterapeutexamensuppsats. 2018

Handledare: Rolf Sandell

Examinator: Daiva Daukantaité

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Rolf Sandell som har ingjutit lugn och tillförsikt i oss. Samt delat med sig av sin enorma kunskap och erfarenhet.

Sammanfattning

Syftet med denna uppsats har varit att dels prova en ny observatörsskala, kallad TRICS, Therapist Relational and Interactional Competence Scale, för att mäta terapeuters förhållningssätt och beteende under en given terapisesession och undersöka dess psykometriska egenskaper och dels undersöka bedömares subjektiva upplevelser av att använda skalan. Den psykometriska analysen baserades på tjugo videoinspelade terapisesessioner som skattats av två bedömare. Den andra undersökningen var kvalitativ och baserades på ett enkätformulär besvarat av sju personer som använt och skattat terapisesessioner med hjälp av TRICS.

Av resultatet framkom att överensstämmelsen mellan bedömare i bedömningarna med TRICS var genomgående svag. Bedömarna har inte kunnat differentiera delskalorna/variablerna. I enkätformuläret beskrev bedömarna mycket snarlika upplevelser av användandet av TRICS, där svårigheter att skilja ut variablerna var en. Det framgick också att det kunde finnas fler faktorer som påverkade bedömningarna, såsom hur ”terapeutiskt skicklig” terapeuten i den filmade sessionen framstod samt patientens delaktighet i sessionen. De psykometriska och kvalitativa resultaten bekräftade varandra. Den slutsats som kan dras är att TRICS inte fungerar i sin nuvarande form.

Nyckelord. Terapeutisk relation, observatörs skala, bedömning

Abstract

The purpose of this paper was to try a new observer scale called TRICS, Therapist Relational and Interactional Competence Scale, to measure the approach and behavior of the therapist during a given therapy session and to study its psychometric properties and to study the subjective experience of assessors using the scale . The psychometric analysis was based on twenty video-recorded therapy sessions, estimated by two reviewers. The second study is qualitative and based on a questionnaire to seven assessors who used and estimated therapy sessions using TRICS.

The result shows that the conformity between assessors in the TRICS assessments is consistently weak. The reviewers have not been able to differentiate the subscales/variables. In the questionnaire, the assessors described very similar experiences of using the TRICS, where difficulties in separating the variables were one. It also appeared that there could be more factors that affected the assessments such as the skillfulness of the therapist in the filmed session and the patient's participation in the session. The psychometric and qualitative results confirmed each other. The conclusion is that TRICS does not work in its present form.

Keyword. Therapeutic relation, observator scale, assesement

Introduktion

Den terapeutiska relationen har en central plats i denna uppsats. Gelso och Carter (1985, s. 159) definierar den terapeutiska relationen så här: "The relationship is the feelings and attitudes that counseling participants have toward one another, and the manner in which these are expressed."

Psykoterapi har en teknisk och en relationell aspekt, menar Gelso och Hayes (1998). Den tekniska delen innehåller de tekniker terapeuten använder i försöken att bistå patienten i att förändra sitt beteende, samt de utifrån teorin föreskrivna roller som terapeut och patient intar. Den relationella delen består av de känslor och attityder som patient och terapeut har gentemot varandra, och det psykologiska band som baseras på dessa känslor och attityder. Alla terapeutiska relationer består av tre olika komponenter enligt Gelso och Hayes (1998) behandlingsalliansen eller arbetsalliansen, överförings- och motöverföringsrelationen samt den reella relationen. Arbetsalliansen som växer fram mellan patient och terapeut är grunden för all psykoterapi och associeras med bättre utfall. Överföringsrelationen sågs tidigare som sprungen ur patientens förvrängning av terapeuten, utifrån upprepning av tidigare konflikter och för att skydda självkänslan. I senare definitioner ses överföringsrelationen som en intersubjektiv process, till vilken både patient och terapeut bidrar. Gelso och Hayes (1998) definition omfattar båda perspektiven: "the client's experience of the therapist that is shaped by his or her own psychological structures and past, and involves displacement, onto the therapist, of feelings, attitudes, and behaviors belonging rightfully in earlier significant relationships". (s. 11) Deras definition av motöverföring lyder: "the therapist's transference to the client's material - both the transference and nontransference communications presented by the client". (s. 12) Den reella relationen kännetecknas av äkthet och att patienten har en realistisk uppfattning av terapeuten, som inte är färgad av överföring eller försvar. Med äkthet menas att i en relation vara ärlig, öppen, autentisk och kongruent med sina inre upplevelser.

Faktorer som påverkar effekten av psykoterapi brukar delas in i specifika och icke specifika faktorer. Den terapeutiska relationen räknas till de icke specifika eller generella faktorerna, så som "common factors", CF. Synsättet inom CF är att se psykoterapi som en socialt konstruerad medlingsprocess som helar patienten (Laska, Gurman & Wampold, 2013). Laska et al redogör för de faktorer som bedöms vara nödvändiga och tillräckliga för att uppnå förändring, där ett emotionellt band mellan terapeut och patient, allians, är en utav dem. Laska et al använder Bordins definition av den terapeutiska alliansen bestående av tre komponenter: ett emotionellt band mellan terapeut och patient, en gemensam syn om vad terapin ska leda

till och hur man ska gå tillväga. Utifrån ett CF-perspektiv kan man förutsäga att olika terapeuter kommer att nå olika resultat även om de levererar samma behandling, eftersom vissa terapeuter är mer skickliga än andra. Terapeuten är viktig för framgång i behandlingen, vilket har observerats i kliniska försök och naturalistiska studier, i både individuell-, familje- och parterapi. Mer effektiva terapeuter levererar bättre allians med sina patienter och har bättre interpersonella förmågor. (Laska et al)

Ett flertal studier har visat att skillnader mellan enskilda terapeuter har större betydelse för utfallet än skillnader mellan terapiformer (Philips & Holmqvist, 2008). De två faktorer som förklarar den största delen av variationen i behandlingsresultat är terapeuten och patienten. Resultatet av en psykoterapi beror således till största delen på patienten och terapeuten. Sandell (2008, s. 196) konstaterar att "Det är omöjligt att i det enskilda fallet skilja patientfaktorn och terapeutfaktorn åt, ...". Intresset för terapeutfaktorn har vuxit under senare år, intressant nog under en tidsperiod då evidensbaseringsperspektivet blivit dominerande, då man minimerat terapeutens betydelse genom att manualisera terapier. Sandell lyfter svårigheten att studera samband mellan behandlingsframgång och terapeutens personlighet, eftersom denna bör ses i kombination med patientens personlighet. Sandell (s. 201) skriver "Med tanke på hur komplex *en* personlighet är måste de möjliga kombinationerna av *två* vara oändligt många." Sandell (2009) gör en distinktion mellan olika komponenter eller aspekter av den terapeutiska relationen; arbetsallians, den reella eller realistiska komponenten samt en orealistisk komponent. Den reella eller realistiska komponenten kommer till uttryck i terapeutens förståelse för patientens faktiska omständigheter. Sandell (2009) skriver om den orealistiska komponenten: "... nämligen de terapeutiska parternas mer eller mindre omedvetna föreställningar och fantasier om varandra, det vill säga vad som i psykoanalytisk litteratur går under begreppet överföring och är nära besläktade med begrepp som till exempel scheman, inre arbetsmodeller, och scripts." (s. 13) Ytterligare distinktioner av relationen framförs. Dels de beteenden som sker i det yttre och som kan betraktas av andra, på ett manifest plan. För att söka förstå innebörden av våra beteenden gentemot varandra behövs en tolkning. Detta meningsskapande tillhör det inre livet. Relationen präglas av vad vi gör med varandra, men Sandell (2009) menar att relationen är något annat, "... icke direkt observerbart och i princip olika för oss två, nämligen de känslor och föreställningar (intryck, minnen, tankar, fantasier) vi har om vår interaktion." (s. 15) Sandell (2009) föreslår att vi kallar vad vi gör med andra i det yttre för samspel eller interaktion, och vad vi gör med andra i det inre för relation eller objektrelation. Härmed blir en relation en inre representation av en interaktion. I kontakten

patient- terapeut blir den terapeutiska relationen därmed definierad som hur interaktionen dem emellan representeras i vars och ens inre.

Inom psykoterapiforskning avseende den terapeutiska processen, där man studerar terapins förlopp och hur det hänger samman med andra faktorer, som t ex patientens och terapeutens personligheter, var Carl Rogers den första forskaren i modern mening (Philips & Holmqvist, 2008). Inom processforskning är behandlingsrelationen, och speciellt då behandlingsalliansen, det som oftast studerats. Rogers (1956) framhöll fyra faktorer som underlättar och främjar det terapeutiska arbetet; accurate empathy, nonpossessive warmth, congruence och unconditional positive regard (empatisk förståelse, vänlighet/omtänksamhet, kongruens/äkthet, respekt/acceptans). Enligt Rogers är dessa fyra faktorer nödvändiga och tillräckliga för att klienten ska förändras. Gelso och Hayes (1998) håller med om att dessa faktorer är viktiga men gör reflektionen att de inte kan likställas med relationen i sig själv eller som helhet.

Terapeutisk närvaro är ett annat begrepp som Geller (2013) forskat kring. Hon menar att terapeutisk närvaro är fundamentet i en djup relationell kontakt. Det innebär att terapeuten befinner sig i stunden, är närvarande, på flera nivåer samtidigt; fysiskt, känslomässigt, tankemässigt, själsligt och relationellt. Processen att vara terapeutiskt närvarande inkluderar aspekterna *receptive*, *inwardly attending*, *extending* och *contact*. Detta innebär att vara öppen och mottaglig för klientens erfarenheter och att terapeuten är uppmärksam på sin egen kroppsliga resonans av klientens erfarenheter. Hon skriver (Geller, n.d.) att terapeuten är uppmärksam både på egna och klientens erfarenheter genom både kroppsliga sensationer och känslor. Hon menar att terapeutisk närvaro är en hållning som stödjer lyssnande och förståelse av klienten i varje ögonblick, och att respons och teknik anpassas till vad klienten behöver för stunden. Geller (2013) definierar terapeutisk närvaro som att terapeuten a) är i kontakt med sitt eget integrerade själv, och b) är öppen och receptiv för vad som försiggår i stunden och fördjupar sig i det, med c) en känsla av att kunna expandera och utvidga sitt medvetande och sin perception, och har d) intentionen att finnas med och för patienten i hans läkningsprocess. Hon drar paralleller till Rogers, som hon anser också lyfter terapeutisk närvaro som en viktig kvalitet.

Clarkson (2003) erbjuder en beskrivning av terapirelationen utifrån fem verksamma relationsmodaliteter. Arbetsalliansen är den del i relationen som gör det möjligt att arbeta tillsammans även i svåra stunder. Överförings/motöverföringsrelationen är det som förvränger eller försvårar arbetsalliansen genom önskningar och erfarenheter från förr som förs över till den terapeutiska relationen. Obearbetade saker från förr stör i relationen här-och-nu; Clarkson

kallar det "klient-/terapeut partiskhet". Den reparativa relationen är terapeutens intention att reparera/korrigera klientens brister och "sår" från tidig barndom, d v s där föräldrarna missat att tillfredsställa klientens tidiga behov. Den reella relationen är det genuina mötet mellan terapeut och klient, där klient och terapeut möts på ett ömsesidigt, jämlikt och känslomässigt plan. Det transpersonella förhållandet är det i relationen som ligger på ett omedvetet plan för båda parter, som är "oförklarligt" och icke observerbart.

Även om flera författare har påpekat att den terapeutiska relationen är mer än arbetsallians, är just alliansen den komponent som tilldragit sig den största uppmärksamheten. I artikeln *Is the Alliance Really Therapeutic?* redogör Zilcha-Mano (2017) för bakgrunden till begreppet allians. I sitt arbete med patienter stötte Freud på patienter som inte engagerade sig i och deltog i det terapeutiska arbetet som förväntat, det vi idag kallar alliansbrott. Freud understryker vikten av en positiv "unobjectionable" överföring mellan patienten och terapeuten som person, som hjälper patienten att stanna kvar i behandlingen i perioder med ökad ångest. Zilcha-Mano ger i artikeln exempel på hur forskare och kliniker under 2000-talet har tolkat termen allians olika och belyst olika funktioner av begreppet utifrån sin konceptualisering av terapiprocessen. Bl a lyfter hon fram Safran och Muran, som lägger vikt vid förhandlingsaspekten för att forma och bibehålla alliansen, vilket de anser gör den läkande i sig själv.

Camilla von Below (2017) undersökte i sin avhandling 36 unga vuxnas upplevelser av sina mindre lyckosamma terapier. Avgörande faktorer som framkom från de unga vuxna var: svårt att lita på terapeuten, oengagerade, osäkra eller kritiska terapeuter, artificiella relationer, fokus på fel saker, flexibilitet och distanserad relation till terapeuten. Von Below betonade vikten av att terapeuten metakommunicerar i terapin, att terapeuten bjuder in till ett samtal om terapiprocessen och relationen och att terapeuten uppmärksammar när patienten missuppfattat terapeutens intention.

Nissen-Lie (2012) sammanfattar sin doktorsavhandling där hon funnit att terapeuter bör träna upp sin självreflekterande förmåga. Hon framhåller att detta borde uppmärksammas i terapeututbildningar och tillskrivas samma betydelse som metoder och tekniker. I hennes studier framkom att variationer mellan patienters behandlingsresultat i mycket berodde på skillnader mellan olika terapeuter. Terapeuter som hade en större självkritisk förmåga fick en högre alliansskattning av sina patienter.

Det framstår som tydligt att terapeutens skicklighet är av avgörande betydelse för behandlingsresultat i psykoterapi, likaså att en god eller positiv terapeutisk relation är ett kritiskt villkor för framgång i psykologisk behandling. Därmed uppstår frågan hur terapeutens

skicklighet att skapa en god terapeutisk relation skall kunna mätas eller bedömas på något sätt som är oberoende och prediktivt i förhållande till en observerad behandlingseffekt. På sajten *Relationella rummet* beskriver Philips (2015) hur han när en önskan att forska kring terapeutens relationskompetens och att han inte hittat ett lämpligt instrument att använda för att bedöma just detta. Philips, Bergman Nordgren och Sandell har konstruerat en skala, Therapist Relational and Interactional Competence Scale, TRICS, för att ”mäta” eller bedöma terapeutens förhållningssätt och beteende under en given terapisession

Frågeställningar - syfte

Denna studies syfte har dels varit att prova att använda TRICS för att bedöma terapeuters relationskompetens och att då undersöka dess psykometriska egenskaper, dels att undersöka bedömarens subjektiva upplevelser av att använda skalan. Vi redovisar alltså två studier i denna uppsats. I studie 1 undersöker vi TRICS psykometriska egenskaper. Studie 2 är en kvalitativ studie av hur bedömare har upplevt att använda skalan.

Metod

TRICS

Therapist Relational and Interactional Competence Scale (TRICS) är avsedd att mäta terapeutens förhållningssätt och beteende under en given terapisession. Variabeln är ”relationskompetens” och den skattas av oberoende observatör(er) från en videoinspelad session. Skalan är uppdelad i sju delskalor som fokuserar på olika bedömningskriterier/-kvaliteter, och de beskrivs tämligen utförligt i en manual, vilken bifogas som bilaga 1. Varje delskala skattas från 0 till 6. Beskrivningar ges för jämna steg på skalan, och udda steg kan användas när bedömningen hamnar mellan två beskrivna skalsteg. Utöver denna skattning kan låga skattningar (0-3) kategoriseras som A eller B som avser kvalitetsbrist “för lite” respektive “för mycket”. De kvaliteter som bedöms är:

1. Vänlig/omtänksam
2. Respektfull/accepterande
3. Genuin/äkta
4. Empati
5. Uppmärksamhet/närvaro
6. Samarbete
7. Kommunikationsstil (tydlighet, begriplighet, engagemang)

De relationella kvaliteterna ses som önskvärda för alla terapeuter oavsett inriktning, även om vissa terapimetoder kan ha egna principer för hur mycket och i vilken utsträckning de kan ta sig uttryck. Skalan är därför tänkt att kunna användas vid alla typer av individuella terapier oberoende av terapimetod. Skattningsformuläret finns bifogat i bilaga 1.

Bedömningsmaterial

Den psykometriska analysen baseras på bedömningar av 20 videoinspelade terapisesioner. Bedömningarna var blindade, d v s utan någon ytterligare information om vare sig patient, terapeut eller behandlingsmetod. Följande information har inhämtats i efterhand, att av de 20 inspelade sessionerna kom fem sessioner från ett projekt med Mentaliseringsbaserad terapi, MBTDD (Philips et al., 2018), för patienter med dubbeldiagnos. Dessa terapier utfördes av fyra psykoterapeuter som var legitimerade och en terapeut som hade grundläggande psykoterapiutbildning. Samtliga fem var dynamiskt skolade. Sju sessioner kom från projektet LURIPP (Rolf Holmqvist, personlig kommunikation, 2 maj 2018) där Brief Relational Therapy, BRT, och Interpersonell Terapi, IPT, prövades med depressionspatienter. Alla sju terapeuter var legitimerade psykoterapeuter och hade utbildning i båda metoderna. Åtta av sessionerna kom från Projekt POSE (Sandell et al., 2015) där Kognitiv Beteende Terapi, KBT, och Psykodynamisk terapi, PDT, prövades för behandling av panikångest. Fem av terapeuterna var psykologer, och tre var legitimerade psykoterapeuter.

Förberedelser

En förfrågan skickades i januari 2017 ut till studenter på psykoterapeutprogrammet, inriktning PDT, vid Lunds Universitet om att bli testbedömare av den nya skalan. Vi inledde med heldags träning i TRICS skalan på Stockholms Universitet med Björn Philips som utbildare. Inför utbildningsdagen i TRICS ingick förberedelse i form av att dels studera manualen och en PPT-presentation kring skalans bakgrund samt att skatta ett inspelat avsnitt av tv-serien In Treatment. Under utbildningsdagen studerades inspelade terapisesioner, där deltagarna först gjorde gemensamma bedömningar och därefter individuella skattningar, som diskuterades och jämfördes. Författarna till denna uppsats, kommer framöver att benämnas som bedömare A respektive B, bedömde 20 videoinspelade terapisesioner enskilt och oberoende. Var och en förde anteckningar. Bedömare A och B är psykoterapeutstuderande, har samma grundutbildning samt liknande tidigare erfarenhet av terapeutiskt arbete.

Intervjuformulär

För att undersöka hur användandet av TRICS-manualen och bedömningsuppgiften upplevts av fler skattare/bedömare formulerades ett enkätformulär med nio frågor om erfarenheter av användandet av manualen samt två kompletterande frågor om bedömarnas utbildning i användning av TRICS samt antal sessioner som de hade skattat.

Formuläret skickades ut till sju bedömare som alla hade erfarenhet av att göra bedömningar med TRICS. Dessa sju bedömare omfattar tre psykoterapeutstuderande, två psykologstuderande samt oss, författarna, som är psykoterapeutstudenter. Samtliga sju svarade på formuläret. Samtliga bedömare hade fått utbildning av Björn Philips och hade skattat minst 20 sessioner var efter utbildningen. Fyra av bedömarna har tittat på samma sessioner, två har tittat på ett annat material och en skattare har tittat på ett tredje material. Efter att vi samlat in intervju svaren sammanfattade vi varje svar och förde samman de olika bedömarnas kommentarer till en kortare sammanfattning för varje fråga.

Analyser

De psykometriska beräkningarna har utförts i SPSS, version 24, där deskriptiv statistik använts. Analys av interbedömarreliabilitet med intraklasskorrelationer har genomförts. Den kvalitativa studien har genomförts utifrån så kallad tematisk analys.

Etiska överväganden

Terapisessionerna som bedömdes har blivit godkända vid etikprövningar. MBT-DD vid Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm, LURIPP vid Regionala Etikprövningsnämnden i Linköping och POSE vid Regionala Etikprövningsnämnden i Lund. Nämnas kan att terapeuterna och patienterna var för bedömarna okända förutom i ett fall, där terapeuten var en person som båda bedömarna kände igen men inte hade någon relation till. Då detta uppdagades stoppades visningen och bedömarna tillfrågade ansvarig för studien huruvida vidare visning kunde ske. Det bedömdes då att den igenkänning som fanns inte skulle påverka resultatet eller komma terapeuten som bedömdes till skada. I redovisningen av intervjuerna är alla bedömare anonymiserade.

Resultat

Sammanställning av bedömare As och Bs skattningar

I Tabell 1 redovisas medelvärden och standardavvikelser för bedömare A och B. Genomgående var Bs bedömningar i genomsnitt högre. Totalskalans medelvärden var signifikant olika mellan bedömarna, $F(1;19) = 7,34, p = .014$. Dessutom tenderade As bedömningar ha större spridning.

Tabell 1. Medelvärden och standardavvikelser för de olika delskalorna över 20 sessioner

	Bedömare A	Bedömare B
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Delskalor		
Vänlighet	3,8 (1,5)	4,4 (0,8)
Respekt	3,8 (1,4)	4,4 (1,0)
Genuinitet	4,2 (1,0)	4,4 (1,0)
Empati	3,3 (1,4)	4,0 (1,0)
Uppmärksamhet	3,6 (1,4)	4,6 (1,0)
Samarbete	3,2 (1,4)	4,2 (1,0)
Kommunikation	3,6 (1,2)	4,5 (1,0)
Totalt/M	3,7 (1,2)	4,4 (0,9)

Sambanden mellan delskalorna var genomgående höga, varierande mellan 0,61 och 0,92, som framgår av Tabell 2. Över diagonalen redovisas korrelationerna mellan bedömare Bs skattningar, under diagonalen mellan bedömare As skattningar. I den mån några skillnader mellan bedömarna kan urskiljas tenderade sambanden mellan Bs bedömningar vara något lägre än As. I båda fallen finns det emellertid anledning anta att skattningarna reflekterar en enda gemensam komponent. För det talar också reliabiliteten (internal consistency; Cronbach's alpha) för totalskalorna, om man betraktar delskalorna som parallella items. I As fall var $\alpha = 0,967$, i Bs fall $0,952$. Komponentanalys av As respektive Bs skattningar bekräftade skattningarnas endimensionalitet. I As bedömningar stod en enda faktor för 85% av den totala variansen, i Bs fall var motsvarande proportion 78%.

Tabell 2. Samband (Pearson r) mellan delskalorna.

Delskalor	B						
	V	R	G	E	U	S	K
Vänlighet (V)	1	0,668	0,662	0,668	0,745	0,730	0,732
Respekt (R)	0,915	1	0,845	0,868	0,689	0,804	0,777
Genuinitet (G)	0,872	0,822	1	0,872	0,648	0,785	0,735
Empati(E)	0,844	0,833	0,753	1	0,821	0,777	0,677
Uppmärksamhet (U)	0,906	0,800	0,836	0,871	1	0,613	0,677
Samarbete (S)	0,792	0,774	0,785	0,783	0,888	1	0,803
Kommunikation (K)	0,823	0,773	0,820	0,774	0,862	0,755	1

I Tabell 3 redovisas den sk interbedömarreliabiliteten, d v s sambanden mellan As och Bs skattningar, beräknade som intraklasskorrelationer. Som synes var det starkast överensstämmelse för Vänlighet och svagast vad gäller Samarbete. En konvention som föreslagits är att betrakta värden under 0,5 som "svaga", mellan 0,5 och 0,75 som måttliga, mellan 0,75 och 0,90 som höga, samt värden över 0,90 som mycket höga. Med undantag för Vänlighet måste man alltså betrakta överensstämmelsen som genomgående svag.

Tabell 3. Interbedömarreliabiliteter

Delskalor	ICC (3,1)
Vänlighet	0,513
Respekt	0,385
Genuinitet	0,369
Empati	0,348
Uppmärksamhet	0,291
Samarbete	0,279
Kommunikation	0,293
Totalskalan	0,419

Sammanfattning av intervjuerna med bedömarna

Fråga 1: Hur tänkte du om TRICS-manualen första gången du läste den innan du använt dig av den?

Bedömarna var allmänt positiva och beskrev manualen som gedigen, genomtänkt, intressant, spännande och att den var lätt att läsa. Den uppfattades också som utförlig, omfattande och lätt att använda. Redan här kan man notera ett genomgående problem, nämligen svårigheten att särskilja de olika kvaliteterna av "relationskompetens", d v s de olika delskalorna.

"Att det verkade intressant och spännande med ett sånt försök att mäta relationell kompetens."

"Jag tycker att den var mycket intressant eftersom den tog upp de flesta aspekter av de terapeutiska gemensamhetsfaktorer jag hade läst och hört om... Ett intryck var också att instruktionerna/beskrivningarna av dimensionerna var välutvecklade, men långa, vilket fick mig att fundera över om informationsmängden skulle inverka på bedömningarna på något sätt"

"Att det var spännande områden att observera men att det verkade vara svårt att skilja aspekterna från varandra."

Fråga 2: Upplevde du det lätt/svårt att använda manualen? Utveckla gärna på vilket sätt.

Flera bedömare gav uttryck för att det både varit lätt och svårt att använda manualen. Ibland upplevdes det självklart och ibland osäkert/ svårt att särskilja variablerna. Flera beskrev också att det verkade vara en enkel procedur ytligt sett men att det var svårare än man trott när man väl satt inför den konkreta uppgiften.

"Svårt att värdera när en terapeut inom en session är varierande i hur den agerar, väldigt bra kanske och sen några missar, och hur ska det bedömas jämfört med någon med jämnare utfall över en session, men som inte heller är lika bra."

"...när jag blev osäker på hur jag skulle skatta så klarade jag inte att hålla isär aspekterna och urskilja dem i sessionerna, utan det blev mer att jag skattade en allmän känsla, ett helhetsintryck, av sessionen."

“Det blev ett jobb att påminna sig om att reflektera terapeutens bidrag.”

“Jag upplevde att jag utgick mycket från subjektiva intuitiva bedömningar istället för att skatta strikt efter journalen.” (journalen men bedömaren menar manualen)

Fråga 3: Hur tänkte du vid användandet, alltså vad fokuserade du på?

Någon bedömare beskrev att hen fokuserat på samspelet som helhet, medan andra kunde beskriva mer i detalj vad de fokuserat på exempelvis fokus på terapeut, patient och variabler. Någon beskrev att hen försökte sätta sig in i terapeutens roll och försökte vara noga med att fokusera på allt terapeuten sa och gjorde.

“Jag försökte tänka utifrån variablerna och titta på patientens reaktionssätt för att avläsa om det terapeuten förmedlade kunde uppfattas som t ex vänligt, respektfullt etc. Jag kunde ibland tycka att det terapeuten sa kanske inte var så “vänligt” men att patienten ändå svarade på det som att det ändå var det, att deras relation var på detta sätt och att det matchade patienten.”

“Jag försökte uppmärksamma konkreta beteenden hos terapeuten såsom de beskrivs i manualen.”

Fråga 4: Om du blev osäker på hur du skulle skatta, vad gjorde du då?

Samtliga beskrev att de såg om delar av sessionen och gick tillbaka till manualen och sina anteckningar. Några beskrev att de gjorde en “snällare” eller mer ”försiktig” skattning.

“Då gick jag tillbaka till manualen och läste om hur det faktiskt stod och blev lite “bokstavs-slavisk”, samt tittade jag om på avsnitt för att se om jag kunde se något mer/annat.”

“Jag använde mina anteckningar noga och tittade på vissa sekvenser igen.”

“Då gick jag på känsla. Eller skattade försiktigt, la mig nära mitten.”

“Jag lutade åt skalsteget som var lite snällare antar jag.”

Fråga 5: Kan du komma på något som hade varit till hjälp vid skattandet?

Flera föreslog mer övning och utbildning. Ett annat förslag som återkom från flera var att vara flera personer som skattar tillsammans för att ha någon att bolla tankar och osäkerhet med. Någon önskade fler konkreta exempel och en kortfattad version av manualen och en annan föreslog färre aspekter att fokusera på.

“Jag tror att kanske mer övning/utbildning innan kunde ha hjälpt och jag tror att om man var två och två som skattade tillsammans och kunde diskutera under tiden hade varit till hjälp”

Fråga 6: Kan du känna igen att du vid någon/några skattningar upplevt dig själv vara en bättre/sämre terapeut än den du skattade? Om ja, påverkade detta din skattning på något sätt? Om nej, tror du att det skulle kunna påverka skattningen och i så fall på vilket sätt? Samtliga bedömare kunde känna igen att det varit så, men var osäkra på om och hur det hade påverkat skattningen.

“...ser vi filmade sessioner tror jag det är svårt att inte alls bli varse eller sätta det vi ser i relation till vårt eget arbete.”

“ Jag tyckte ofta terapeuterna var dåliga på att driva sessionerna, de var passiva, ofta saknades vitalitet. Det kunde göra mig frustrerad och lite uttråkad. Men samtidigt uppfyllde de kraven så som de beskrivs i manualen. Detta gjorde det svårt att skatta, som att det var ok terapi även om jag upplevde den så bristande.”

“Det är inte osannolikt att det har påverkat mina skattningar på något sätt, och då troligtvis på ett omedvetet sätt, varför det är svårt att svara på hur skattningarna påverkades.”

Fråga 7: Kan du känna igen att du hade en förförståelse för terapimetoden alternativt patientgruppen, i sessionen du skattade? Om ja, påverkade detta din skattning på något sätt? Om nej, tror du att det skulle kunna påverka skattningen och i så fall på vilket sätt? Alla kände igen och hade mer eller mindre förförståelse för terapimetoden alternativt patientgruppen. Däremot uttrycktes osäkerhet om och hur det påverkat.

“...det vet jag har påverkat mig själv vid några av skattningarna.”

“Nej det tror jag inte påverkade.”

“...jag vet inte om min förförståelse påverkade.”

“Det är väl så jag skulle kunna tänka att det kunde påverka, om någon bedömare hade ett tydligt bias, att KBT/PDT är bäst, och annat är dåligt, också är det den föredragna terapimetodens företrädare som får bäst poäng för att man förstår den terapiinriktningens sätt att skapa allians i rummet som det bästa, exempelvis.”

Fråga 8: Upplevde du vid någon/några skattningar att patientens relationskompetens påverkade din skattning av terapeuten? Om ja, på vilket sätt? Om nej, tror du att det skulle kunna påverka skattningen och i så fall på vilket sätt?

I sin skattning av terapeuten fanns det hos bedömarna upplevelser både av att ha påverkats av patientens relationskompetens och av att inte ha påverkats. Alla var eniga om att det skulle kunna påverka, även de som inte upplevt det själva.

“Eftersom man betraktar en process i videon där två personer går in i en relation påverkar båda parter kvaliteten på relationen. Det borde betyda att vissa terapeuter fick det lite enklare att framstå som relationellt kompetenta...”

“...jag tycker det framgår som rätt självklart att patientens sätt att relatera gör det lättare/svårare för terapeuten att få bra poäng av instrumentet.”

“...om patienten var svår och motsträvig och tillbakadragen så hade jag nog förståelse för terapeutens tillkortakommanden.”

“När jag tänker på det nu i efterhand tror jag att patientens relationskompetens påverkade min skattning, eftersom jag tycker det är svårt att urskilja bara den enes bidrag i ett samspel.”

Fråga 9: Hur tänker du om manualen nu efter att ha använt den?

Även efter att ha använt manualen var bedömarna positiva till den, men flera påtalade att det var svårare än de trott att använda den. Det framfördes också tankar om förbättringar.

“Kan undra om formuleringar i svarsalternativen kan förbättras, och likaså bakgrundsinformation som kommer med frågorna, för att underlätta eller tydliggöra ännu mer konkret vad olika poäng kräver eller vad de olika dimensionerna frågorna avser handlar om.”

“Kan kompletteras med kortare sammanfattande punkter.”

“Den skulle vinna på att vara mer kort och koncis, mer konkret.”

“Att hålla reda på sju variabler och samtidigt följa en session kräver nog en mycket större förtrogenhet med manualen och begreppen än vad jag hade.”

Diskussion och slutsatser

Det är ett litet antal sessioner som skattats och av få bedömare. Det är möjligt att ett material med terapier med en och samma behandlingsmetod skulle få ett annat resultat, då olika metoder också kräver olika terapeutiska förhållningssätt.

Sammanfattningsvis konstateras att överensstämmelsen i de psykometriska resultaten för bedömare A och B genomgående är svag. Det framgår också att bedömarna inte kunnat differentiera de olika variablerna. Den kvalitativa delen av uppsatsen omfattar sju bedömares uppfattning dels om manualens utformning och dels om deras upplevelse av att ha använt den. I detta resultat framgår att samtliga bedömare var positiva till manualen och upplevde att den var väl genomarbetad. Vid själva användandet beskriver bedömarna svårigheter med att särskilja de olika variablerna/delskalorna. Det framgår också att det kan finnas fler faktorer som påverkar bedömningarna såsom förförståelse för metod, hur skicklig terapeuten som studeras är och patientens delaktighet eller egen relationskompetens. De psykometriska och de kvalitativa resultaten bekräftar varandra i slutsatsen att TRICS synbarligen inte fungerar väl i sin nuvarande form.

Hur kan då dessa resultat förstås, vad är det som inte fungerar? Till en början kan det tänkas att bedömarna gör dåliga bedömningar, alltså inte kan följa manualen. Detta är möjligt men inte så troligt då det har gjorts fler försök med olika bedömarpar som lett till liknande resultat som i denna studie, d v s liten överensstämmelse mellan bedömarna (Björn Philips, personlig kommunikation, 6 mars 2018). Kan det vara så att de terapeuter som studerats har varit alltför lika i sin ”relationskompetens”, vilket innebär svårigheter att differentiera skattningarna mellan dem, vilket i sin tur medför minskad reliabilitet eller överensstämmelse mellan bedömarna. Inte heller detta verkar dock vara riktigt då det inte har varit samma underlag som studerats genomgående; dessutom har man eftersträvat att välja ut sessioner/terapeuter som har ”verkat” vara olika.

Om uppmärksamheten riktas mot själva manualen så framgår i den kvalitativa studien att den uppfattas som väl genomarbetad. Manualen är väl genomarbetad med mycket instruktioner kring de olika komponenterna, vilket gör det svårt att hitta “fel” i den. Ett av enkätsvaren gav uttryck för att det kanske var för mycket information i manualen, att det hade varit lättare med en mer kortfattad variant. Det framhålls också att det är många variabler att hålla reda på, och enligt det psykometriska resultatet verkar det som att det hade räckt med att skatta en av komponenterna, nämligen Vänlighet. Diskussionen leder istället in på att det finns stora svårigheter att urskilja relationskompetens, vilket grundar sig dels i att det inte är helt enkelt att definiera, och att det blir subjektiva bedömningar utifrån vad alla bedömare bär med sig. Som psykolog eller psykoterapeut har var och en möjligen redan skapat sin egen definition av terapeutisk kompetens som är svår att överge till förmån för TRICS-manualen. Sandell (2009) reflekterar kring definitionen av den terapeutiska relationen och beskriver relationen som en inre representation som vi inte alltid är till fullo medvetna om. Han gör också skillnad på den ”inre” terapeutiska relationen och den ”yttre” terapeutiska interaktionen. Manualen med sina beskrivningar blir ett försök att göra relationskompetens till något interaktionellt, något som ska kunna mätas av någon utomstående objektiv bedömare. Bedömaren, terapeuten och patienten alla har sina egna inre representationer av vad t ex vänlighet är och hur det manifesteras eller interageras och kommuniceras, så utifrån detta går det kanske inte att hitta ETT sätt att beskriva relationskompetens på.

I diskussionerna efter denna studies ganska misslyckade försök att göra lika bedömningar har också ingått försök att komma fram till en gemensam skattning av sessioner, en sort konsensusbedömning. De tre sessioner med störst spridning mellan bedömare A och B valdes ut. Under visningen fördes resonemang kring inre och yttre upplevelser av hur patient

och terapeut relaterade till varandra. Konsensus gick att nå till viss del men inte i alla bedömningar.

Bedömare blir iakttagare och kan ta del av det yttre samspelet och interaktionen, höra tonfall och ta del av pauser. Patienten och terapeuten har även varsin inre representation av interaktionen dem emellan (d v s deras relation) som inte är medveten eller bara delvis medveten. Denna inre del av den terapeutiska relationen kan vi naturligtvis inte få tillgång till. Åtminstone inte med mindre än att intervjua både patienten och terapeuten om deras respektive bild av relationen. Utifrån detta följer att det som är möjligt att skatta med TRICS snarare är interaktionen mellan patient och terapeut än deras relation.

Anledningen till att det inte har gått att differentiera komponenterna har också föranlett diskussion. Uppfattningen är att flera av variablerna hänger ihop, d v s faktiskt inte är olika eller oberoende. Är terapeuten vänlig är det svårt att samtidigt vara respektlös eller oempatisk. Det ena förutsätter det andra, så att säga.

En möjlig fortsatt väg att forska kring, och utveckla, TRICS skulle kunna vara att göra så kallade konsensusbedömningar av sessioner, d v s att flera skattare gör gemensamma bedömningar, där var och en sätter ord på vad hen ser och uppfattar sker mellan terapeut och patient utifrån TRICS-variablerna. Vi kunde själva, då vi gjorde detta, se att vi ”klev ut ur oss själva”, fick ett metaperspektiv som vi kunde verbalisera, ungefär på liknande sätt som vid terapeutisk handledning. Det skulle vara intressant att se vad som kunde komma ut ur ett sådant tillvägagångssätt. Samtidigt behövs det definieras vad det i ett sådant försök egentligen är som bedöms. Att det skulle vara terapeutens relationskompetens är kanske inte helt troligt. Utan snarare interaktionen mellan terapeut och patient avläst, tolkad och förstådd ur ett utifrån perspektiv. Det går säkert att förstå mycket om terapeutisk interaktion utifrån detta men hur nära det kommer till att förstå terapeutisk relationskompetens är mer osäkert. Måste vi kanske acceptera att allt inte kan förstås helt och fullt och inte heller bedömas.

Referenser

- Clarkson, P. (2003). *The Therapeutic Relationship*, London and Philadelphia: Whurr Publishers.
- Geller, S. M (2013). Therapeutic presence as a foundation for relational depth. I R. Knox, D. Urphy, S. Wiggins, & M. Cooper (Eds.). *Relational Depth: New Perspectives and Developments* (p. 175-184). Basingstoke: Palgrave.
- Geller, S.M. (n. d.). *Being Present On The Journey*. Retrieved 24 April, 2018, from http://www.sharigeller.ca/about_shari.php
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155-243.
- Gelso, C. J. & Hayes, J. A. (1998). *The Psychotherapy Relationship: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2013). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51, 467–481. doi: 10.1037/a0034332
- Nissen-Lie, H. A. (2012). Hva kjennetegner gode og mindre gode psykoterapeuter? *Mellanrummet*, 26, 70-81.
- Philips, B. & Holmqvist, R. (Red.). (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?*. Stockholm: Liber.
- Philips, B. (n. d.). *Terapeuters relationskompetens*. Hämtad 24 april, 2018, från <https://relationellarummet.com/2015/09/30/terapeuters-relationskompetens-2/>
- Philips, B., Wennberg, P., Konradsson, P., Franck, J. (2018) Mentalization-based treatment for concurrent borderline personality disorder and substance use disorder: A randomized controlled feasibility study. *European Addiction Research* 24, 1-8. doi:10.1159/000485564

Rogers, C. R. (1956). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21, 95-103.

Sandell, R. (2008). Patienten och terapeuten, två avgörande faktorer. I B. Philips & R. Holmqvist (Red.), (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* (ss. 180-210). Stockholm: Liber.

Sandell, R. (2009). Den terapeutiska relationen, *Psykologtidningen*, 9, 12-16.

Sandell, R., Svensson, M., Nilsson, T., Johansson, H., Viborg, G., & Perrin, S. (2015). The Pose study - panic control treatment versus panic-focused psychodynamic psychotherapy under randomized and self-selection conditions: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 130-139. doi:10.1186/s13063-015-0656-7

von Below, C. (2017). *When psychotherapy does not help* (Doktorsavhandling), Stockholms universitet, Institutionen för psykologi.

Zilca-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, 72(4), 311-325.

Bilaga 1

Bedömning av terapeutens relationskompetens under terapisesioner

Manual

Denna bedömningsskala går ut på att bedöma den relationskompetens som terapeuten ger prov på i sitt förhållningssätt, sina interventioner och sitt övriga beteende under en bestämd terapisesion. Bedömningen utgår från inspelade terapisesioner som observeras i sin helhet. Skalan består av sju aspekter. På var och en av dessa aspekter ska observatören bedöma kvaliteten av terapeutens bidrag under sessionen, utifrån de beskrivningar som finns i manualen nedan och utifrån definitionerna av skalstegen. Bedömningsskalan är avsedd att kunna användas på alla typer av individuell psykoterapi, t ex kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk psykoterapi. Skalan innehåller sådana förhållningssätt och beteenden som betraktas som önskvärda hos en terapeut inom samtliga etablerade terapimetoder. De olika terapimetoderna har dock i vissa fall sina egna principer gällande på vilket sätt och i hur hög grad dessa olika aspekter kan få ta sig uttryck. Därför kommer beskrivningarna nedan ibland att ge särskilda instruktioner hur skalan ska tolkas och användas för en viss terapimetod.

Bedömaren uppmanas att titta igenom videoinspelningen av hela terapisesionen. Skriv gärna anteckningar under tiden, för att fånga exempel på terapeutinsatser som talar för låg eller hög poäng på de olika aspekterna. Anteckna gärna vilken minut detta exempel utspelade sig, då det underlättar chansen att hitta partiet igen. Om det behövs, pausa filmen, spela tillbaks och titta på ett parti igen, ifall det ger en klarare bedömning. När terapeuten håller en jämn kvalitet på en viss aspekt under en terapisesion, kan skattningen bli ganska okomplicerad. Ibland kan dock terapeuten vara ojämn vad gäller kvaliteten på en viss aspekt under en session. I dessa fall ska skattningen vara lägre än terapeutens "bästa-nivå", men hur låg skattningen ska vara beror främst på hur extrema stunderna av bristande kvalitet är. Det vill säga, skattningen av viss aspekt bör vara låg, om terapeutens insatser under en stund av sessionen har mycket låg kvalitet av potentiellt skadligt slag. För varje aspekt kan låg kvalitet vara av två olika slag, vilka nedan anges som typ A respektive typ B. Om det förekommer en blandning av typ A och typ B av låg kvalitet, ange ändå vilken typ som dominerar.

1. Vänlig/omtänksam

Denna aspekt framhölls redan av Carl Rogers som viktig i psykoterapi under beteckningen "nonpossessive warmth". Det innebär en vänlighet och omtanke i terapeutens bemötande som inte är kvävande eller krävande. Den vänlighet en terapeut uttrycker i relation till sin patient ska röra sig inom gränserna för ett professionellt förhållningssätt. Höga skattningar ges när terapeuten visar vänlighet genom exempelvis leenden, god ögonkontakt med varm blick, värme i rösten, vänliga och omtänksamma kommentarer, uttryck för deltagande och bekräftelse när patienten berättar om sina upplevelser. Det framgår då tydligt att terapeuten bryr sig om patienten och vill patienten väl, det vill säga terapeutens omtanke och omsorg om patienten visas tydlig i terapeutens förhållningssätt och beteende. Låga skattningar av typ A ska göras när terapeuten är kylig, reserverad och distanserad (t ex ler aldrig, ger inga stödjande eller deltagande kommentarer) eller till och med visar brist på omtanke/omsorg genom nonchalant eller i värsta fall fientlig attityd gentemot patienten. Med fientlig attityd menar vi om terapeuten i sina kommentarer eller icke-verbala kommunikation är ovänlig, irriterad eller rent utav aggressiv mot patienten. Låga skattningar av typ B ges om terapeuten

Bilaga 1

visar en inadekvat och överdriven värme som snarare kan betraktas som "possessive warmth", det vill säga en krävande och kvävande värme. Exempel på det är när terapeuten överöser patienten med värme, beröm och bekräftelse som om patienten vore ett hjälplöst barn (och observatören kan konstatera att detta inte är adekvat för denna patient). Sådan "possessive warmth" har ofta en slags klubbig kvalitet, kanske med kramar och övermått av kroppskontakt. I värsta fall är terapeutens förhållningssätt gränslöst, med en förförisk anstrykning eller med ett överdrivet omhändertagande. Kanske märks det att patienten känner sig besvärad av en sådan överdriven värme från terapeuten.

2. Respektfull/accepterande

En annan aspekt hos terapeuten som Rogers framhöll som betydelsefull för framgångsrik psykoterapi var "positive regard". Det innebär att terapeuten genomgående bemöter patienten med respekt och accepterande. Sådant förhållningssätt ger höga skattningar. Framför allt ska hög skattning ges när patienten kommer med utmanande material, till exempel berättar om känslor eller fantasier som i många sociala sammanhang betraktas som "fula" eller "förbjudna", och terapeuten bemöter detta på ett respektfullt, icke-dömande sätt. Låga skattningar av typ A ges när terapeuten visar bristande respekt (t ex hälsar knappt på patienten, uttrycker sig nedsättande mot patienten i ordval eller ton), eller när terapeuten är kritisk och dömande (t ex kritiserar patientens insats/ansträngning i en vresig ton eller kritiserar patientens åsikter eller levnadssätt). Låga skattningar av typ B ges om terapeuten på ett oprofessionellt sätt är alltför respektfull och accepterande. Med detta menar vi att terapeuten blir undfallande och inställsam gentemot patient. Detta kan ta sig uttryck i att terapeuten okritiskt accepterar allt patienten säger och gör även när det bryter mot terapins ramar och viktiga normer, det vill säga terapeuten sätter inte gränser för patienten ens när det är nödvändigt och befogat.

För att få en skattning på övre halvan av skalan behöver terapeuten bete sig hövligt och korrekt mot patienten och inte vara kritisk i sin attityd (varken öppet eller maskerat). Det ska vara tydligt att terapeuten respekterar och accepterar patienten som person, även om terapeuten inte instämmer i patientens alla åsikter eller bifaller patientens alla handlingar.

3. Genuin/äka

I Rogers humanistiska personlighetspsykologi är kongruens ett centralt begrepp, vilket betecknar en av de terapeutfaktorer som betraktas som nödvändig och verksam i psykoterapi. Med kongruens menas att en person är genuin, äkta, autentisk. I terapisisituationen kommer det till uttryck genom att terapeuten är naturlig, avslappnad och säker i sitt agerande under terapitimen. Terapeuten ter sig bekväm i terapisisituationen och verkar kunna "vara sig själv" även i uppgiften som terapeut, utan att behöva lägga sig till med en tillkämpad roll. Det som terapeuten kommunicerar verkar grundat i det terapeuten verkligen tänker och känner, och låter inte som inövade repliker från en lärobok el dyl. Höga skattningar ges när terapeuten framstår som genuin i sitt förhållningssätt och äkta sin kommunikation. Detta syns exempelvis i att ord, mimik och kroppsspråk kommunicerar samma sak (exempelvis vänliga ord ledsagas också av leende som involverar hela ansiktet, en vänlig ton i rösten och ett engagerat kroppsspråk). Det märks också genom att terapeuten inom ramarna för ett professionellt förhållningssätt är öppen och uppriktig i sitt sätt att prata om sig själv och sina upplevelser. Låga skattningar av typ A ges när terapeuten framstår som stel och formell i sitt agerande eller osäker och obekvämt i sin roll som terapeut, "spelar terapeut". Låga skattningar ges också när det finns något påklistrat, falskt eller oäkta i terapeutens agerande eller förhållningssätt, vilket t ex kan märkas genom att ord, mimik och kroppsspråk kommunicerar

Bilaga 1

olika saker. Låga skattningar av typ B ges om terapeuten är överdrivet privat i sitt beteende, vilket innebär att terapeuten inte längre håller sig inom ramarna för ett professionellt förhållningssätt. Terapeuten beter sig då som om han/hon har ett samtal med en kompis, snarare än ett terapisaamtal med en patient. Terapeuten kan då självutlämnande berätta om sitt privatliv och personliga problem samt sina personliga åsikter om allt möjligt. Terapeuten verkar vid sådana tillfällen ha tappat bort att terapin syftar till att vara till hjälp för patienten med dennes problem, utan verkar mer styras av sitt eget behov av att få uttrycka sina känslor och åsikter.

4. Empati

Även empati fanns med bland de faktorer Rogers betonade som terapeutiskt verksamma, med den viktiga bestämningen "accurate empathy". Det vill säga, för att vara terapeutiskt verksam ska terapeutens empati vara träffsäker i relation till patientens känslor och upplevelser och inte bara att terapeuten känner eller upplever något vad som helst. I den nutida forskningslitteraturen finns en framväxande konsensus om att empati består av tre dimensioner: 1) En emotionell inlevelse eller smittoeffekt, där terapeuten upplever känslor som speglar de känslor patienten har, 2) En kognitiv dimension av perspektivtagande, där terapeuten kan sätta sig in i patientens situation och upplevelsevärld och förstå hur patienten känner och tänker, 3) En emotionsregleringsprocess, där terapeuten använder sin medkänsla och förståelse till att stödja och uppmuntra patienten (Elliott, Bohart, Watson & Greenberg, 2011). För skattning av aspekten empati på denna bedömningsskala ska hänsyn tas till alla dessa tre dimensioner. Tecken på empati hos terapeuten kan därför vara: 1) Terapeuten visar känslouttryck som är i samklang med patientens känslor, till exempel blir berörd när patienten är ledsen. Detta brukar ta formen av en känslomässig intoning, där terapeuten i sin mimik, kroppsspråk och ton i rösten speglar patientens känslouttryck, vilket ofta innebär att patientens känsloupplevelse fördjupas och bearbetas. 2) Terapeuten tycks intellektuellt förstå vilken situation patienten befinner sig i och hur han/hon upplever det, i nuet eller i de episoder som patienten berättar om i terapitimmen. Terapeuten förmedlar sin förståelse genom att komma med kommentarer, sammanfattningar eller tolkningar som handlar om patientens upplevelser. Dessa kommentarer rör sig i ett kontinuum från enkla speglingar (t ex "Du känner dig irriterad just nu.") till komplexa, avancerade tolkningar. 3) Terapeutens sätt att spegla patientens känslor och/eller delge sin förståelse av patientens upplevelsevärld präglas av medkänsla och strävan efter att stödja patienten. Terapeuten kan exempelvis använda sig av ord, ton och hållning som uttrycker deltagande för den ledsne, är lugnande för orolige, etc., eller som inbjuder patienten att dela sina känslor med terapeuten och inte lämnas ensam med dem. Ibland kan terapeuten ändå vidhålla att patienten bör utföra en aktivitet som väcker svåra känslor (t ex exponering), men terapeutens medkänsla kan hjälpa till att reglera ned rädsla (eller andra känslor som försvårar patientens engagemang, som skam) och underlätta att den terapeutiska aktiviteten utförs.

För hög poäng på aspekten Empati krävs att terapeutens bidrag bedöms vara utslag av träffsäker empati ("accurate empathy"). En terapeut som blir påtagligt ledsen och berörd när patientens uttryck snarare vittnar om återhållen ilska, ska därför ges låg poäng snarare än hög. Likaså om en terapeut kommer med sammanfattningar eller tolkningar som stämmer mycket dåligt med patientens troliga upplevelsevärld, ska det ges låg poäng snarare än hög. Klumpiga försök att trösta eller lugna patienten där bedömaren har lätt att förstå att patienten reagerar på motsatt sätt än vad terapeuten önskar, tillhör också de fenomen som renderar i låg poäng. För högsta poäng på aspekten empati krävs att terapeuten kontinuerligt under sessionen visar prov på samtliga tre aspekter av empati (inlevelse, perspektivtagande och medkänsla). Om

Bilaga 1

terapeuten bara ger prov på en eller två av aspekterna blir skattningen lägre. Skattningen bör bli hög om terapeuten visar förmåga att uppfatta subtila signaler från patienten (verbala eller icke-verbala) och möter patientens känslor med ett träffsäkert gensvar med adekvat intensitet. Bedömningar av empatins träffsäkerhet kräver speciella ställningstaganden vid sessioner i terapimetoder där terapeuten gör tolkningar av omedvetna mentala processer hos patienten, såsom psykodynamisk terapi. Här blir det upp till bedömaren att avgöra hur rimliga terapeutens tolkningar är utifrån det material som framkommer i terapisessionen. Till viss hjälp i dessa bedömningar är patientens respons på dessa tolkningar. Verkar patienten uppnå större självförståelse genom tolkningen; verkar patienten uppleva tolkningen som meningsfull, begriplig och igenkännlig; väcker tolkningen känslor och associationer hos patienten som driver den terapeutiska processen framåt? Sådan patientrespons talar för hög poäng. Blir patienten i stället förvirrad av terapeutens tolkningar och upplever dem som obegripliga; verkar terapeutens tolkningar meningslösa för patienten och lämnar denne oberörd; gör terapeutens tolkningar att terapiprocessen stannar upp och båda parter kommer av sig? Sådan patientrespons talar för låg poäng. Terapeutens tolkningar att patienten bär på en viss känsla men värjer sig emot den, bekräftas av att patienten känner igen sig och kommer i kontakt med den känsla terapeuten pekade på. Sådana träffsäkra tolkningar talar för hög poäng, medan mindre träffsäkra tolkningar talar för lägre poäng. Alla exempel på låga poäng i detta stycke handlar om kvalitetsbrist av typ A.

I vissa fall måste skattningen bli låg på grund av kvalitetsbrist av typ B, vilket kännetecknas av att terapeuten visar för mycket emotionell inlevelse. Det är i de fall den emotionella smittan är så stark att terapeuten rycks med i de starka känslor som patienten förmedlar, till exempel om patienten berättar om svåra upplevelser, och terapeut förlorar sig i de starka känslorna utan att kunna kontrollera sina egna känslouttryck och utan att kunna använda sitt tänkande för att orientera sig i situationen. Terapeuten kanske också okritiskt instämmer i patientens perspektiv och uppfattningar om olika saker, utan att reflektera över hur väl grundade dessa är. Terapeuten verkar då ha bristande förmåga att reglera sina känslor, använda sin reflektionsförmåga och styra sitt eget beteende i terapisituationen.

5. Uppmärksamhet/närvaro

Denna aspekt knyter an dels till begreppet "attentiveness" som betraktas som en viktig del av "therapist responsiveness" (Elkin et al., 2014) och dels till begreppet "therapeutic presence" (Geller & Greenberg, 2002). Skattningen av denna aspekt ska grundas på olika tecken att terapeuten under session har sin uppmärksamhet riktad mot patienten. Sådana tecken är att terapeuten håller god ögonkontakt med patienten, lyssnar uppmärksamt på patienten och underlättar patientens talande med förstärkande ljud eller gester (hummanden, korta repliker som "ja" eller "aha", nickningar). Höga skattningar ges vid tydliga tecken på att terapeuten är intresserad av patienten och ägnar denne sin fulla uppmärksamhet. Vidare tecken på god uppmärksamhet/närvaro är när terapeutens kommentarer visar att han/hon har lyssnat noggrant på patientens berättelse, t ex speglingar och sammanfattningar som överensstämmer väl med det som patienten har sagt. Ett annat tecken är när terapeuten på ett korrekt sätt kommenterar något han/hon har observerat av patientens icke-verbala uttryck eller känsloläge under sessionen. Vidare kan terapeuten ibland explicit understryka att det som patienten säger är intressant eller viktigt. Låga skattningar av typ A ges till motsatsen till ovanstående. Det vill säga att terapeuten ger dålig ögonkontakt, inte lyssnar ordentligt på patienten, ter sig ofokuserad eller ointresserad. Terapeuten kan i allvarliga fall te sig mentalt frånvarande under terapisessionen och verka ha tankarna någon annanstans. Något som kan vara komplicerat att skatta är om man i exempelvis beteendeterapi arbetar med att släcka ut ett överskotts-beteende,

Bilaga 1

det vill säga beteenden som förekommer för ofta, vid fel tillfälle eller i fel situation. Ett exempel på överskotts-beteende kan vara att patienten fastnar i ältande och terapeutens teknik för utsläckning är att systematiskt inte ge förstärkande gensvar på ältandet, utan i stället förstärka förändringsprat. Skattningen av uppmärksamhet/närvaro sänks då genom att terapeuten ignorerar vissa patientbeteenden, men kan ändå rendera skattningar på skalans övre del ifall terapeuten visar en stark närvaro i terapisituationen.

Det förekommer ibland att terapeuter visar för mycket uppmärksamhet, vilket föranleder lägre skattningar av typ B. Exempel på detta är om terapeuten är påträngande, stirrar intensivt och nästan oavbrutet på patienten eller om terapeuten ideligen kommenterar patientens kroppsspråk. Om terapeutens beteende på detta sätt bryter starkt mot gängse sociala normer och är alltför påträngande, görs skattningar på skalans nedre halva. En sådan låg skattning stärks av om patienten blir tydligt besvärad, irriterad eller dylikt av terapeutens intensiva uppmärksamhet.

6. Samarbete

Denna aspekt avser terapeutens bidrag till att skapa ett samarbete med patienten under sessionen, det vill säga terapeutens ansträngningar till att etablera en vi-känsla där patient och terapeut jobbar tillsammans och strävar åt samma håll. Observera att skattningen bara avser terapeutens ansträngningar och inte patientens eller det faktiska samarbete som präglar sessionen (då det senare snarare skulle vara en bedömning av en relationsfaktor – arbetsalliansen).

För skattningen av denna aspekt måste hänsyn tas till att optimalt samarbete ser olika ut i olika terapimetoder. I vissa terapimetoder, som kognitiv beteendeterapi, struktureras terapin genom att terapeuten sätter upp en agenda för varje terapisesion och styr aktiviteterna under sessionen. Med dessa utgångspunkter ges höga skattningar om terapeuten är lyhörd för patientens synpunkter, undersöker om patienten är enig med terapeuten om föreslagen agenda eller aktivitet och återkommande kollar av hur patienten upplever aktiviteterna och stegen mellan dem. Höga skattningar ges också om terapeut och patient i dialog förhandlar fram agenda, aktiviteter under sessionen och hemuppgifter till nästa session. För höga skattningar bör terapeuten dessutom maximera vi-känslan genom att betona att det är ett gemensamt arbete man sysslar med, förklara och svara på frågor om ändamålet med olika aktiviteter, samt berömma patienten för goda arbetsinsatser.

Andra terapimetoder, som psykodynamisk och humanistisk terapi, bygger mer på det spontana mötet och de samtalsämnen som är angelägna för patienten i ögonblicket. (För psykoanalys och psykoanalytiskt orienterad psykoterapi ska samtalen dessutom bygga på patientens fria associationer.) Med dessa utgångspunkter ges höga skattningar om terapeuten aktivt bidrar till en samarbetsanda och strävan efter ett meningsfullt och konstruktivt samtal. Det typiska vid höga skattningar är att sessionen utgörs av en dialog där terapeut och patient tillsammans kommer fram vad samtalet ska handla om och hur arbetet ska ske. Utifrån termen ”samarbete” ska terapeuten aktivt bidra till ”sam-”, det vill säga att både terapeut och patient är delaktiga och försöker komma överens, och ”-arbete”, det vill säga att det sker ett terapeutiskt arbete som är meningsfullt och potentiellt verksamt för att hjälpa patienten med dennes problem. Optimalt sker detta med en vi-känsla, där terapeuten tydligt kommunicerar till patienten att terapin är en gemensam angelägenhet för dem båda. Om patienten ter sig omotiverad, tvivlande eller oförstående till terapins syfte och innehåll, ska terapeuten aktivt anstränga sig för att skapa bättre förutsättningar för samarbete och vi-känsla.

Bilaga 1

Gemensamt för höga skattningar i alla terapimetoder är att terapeuten allmänt anstränger sig för att skapa samarbetsanda och vi-känsla. Något annat som talar för höga skattningar är om terapeuten tydligt tar ansvar för de terapeutiska ramarna och på så sätt inger patienten trygghet och förtroende, till exempel håller tiderna för sessionens början och slut, samt tar ansvar för att samtalet inriktas på meningsfulla frågor. Dåligt samarbete som renderar låga skattningar finns av två typer. Typ A är när terapeuten ensidigt styr sessionen, det vill säga terapeuten kontrollerar och bestämmer allt för mycket (agenda, aktiviteter, tolkningsföreträde) och patienten förväntas rätta sig efter detta. Det kan exempelvis ta formen att terapeuten tar monopol på sessionen och pratar allt för mycket, utan att checka med patienten om denne är ense om vad sessionen ska innehålla. Vidare blir skattningen lägre om terapeuten upprepade gånger i onödan avbryter eller talar i munnen på patienten. Typ B av dåligt samarbete är när terapeuten lämnar över allt ansvar till patienten och själv visar en "låt gå"-attityd. Det vill säga terapeuten låter patienten prata på, utan att styra något och utan att göra någon ansträngning för att sessionen ska innehålla meningsfullt terapeutiskt arbete. Om patienten pratar om saker som är triviala eller irrelevanta för det terapeutiska arbetet, så låter terapeuten detta ske genomgående eller kanske till och med ansluter sig i ett trivialt vardagssamtal.

7. Kommunikationsstil (tydlighet, begriplighet, engagemang)

Denna aspekt handlar om terapeutens förmåga att kommunicera sina budskap till patienten på ett sätt som innebär goda chanser att patienten förstår och tar till sig budskapet. Det handlar främst om terapeutens sätt att prata. Höga skattningar ges om terapeutens uttalanden är tydliga och välformulerade, och därmed lätta att begripa och förstå. Höga skattningar ges också om terapeuten vinnlägger sig om att patienten förstår, genom att terapeuten i de fall då patienten inte förstår lägger kraft på att omformulera och förtydliga sitt budskap. För högsta skattning krävs också att terapeutens sätt att tala är engagerande och intresseväckande, vilket båda handlar om terapeutens formuleringskonst och den inlevelse och energi som terapeuten utstrålar. Låga skattningar av typ A ges om terapeutens uttalanden är otydliga, antingen rent ljudmässigt (tysta, ohörbara, med dålig artikulation) eller i betydelsen svårbegripliga (osammanhängande, svamliga, användande av för svåra ord eller tillkrånglat språk, alltför teoretiska eller abstrakta resonemang, obegripliga liknelser). Likaså ges låga skattningar av typ A om terapeutens sätt att kommunicera är livlöst och tråkigt, vilket gör att lyssnaren har svårt att engagera sig i det som sägs. I vissa fall kan låga skattningar av typ B ges för att terapeutens kommunikation är för tydlig eller för engagerande. Det handlar dels om kommunikation som är övertydlig, det vill säga att terapeuten pratar till patienten som en "mindre vetande" med överförenklat språkbruk (i relation till patientens ålder och kunskapsnivå) och onödigt många upprepningar. Det kan då märkas att patienten blir kränkt eller irriterad över tilltalet. Och dels handlar det om terapeuter som är alltför underhållande eller showmässiga i sitt sätt att prata, så att det terapeutiska innehållet och arbetet hamnar i bakgrunden.

Referenser

- Elkin, I., Falconnier, L., Smith, Y., Canada, K. E., Henderson, E., Brown, E. R., & McKey, B. M. (2014). Therapist responsiveness and patient engagement in therapy. *Psychotherapy Research, 24*(1), 52-66, DOI: 10.1080/10503307.2013.820855
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy, 48*, 43– 49. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022187>

Bilaga 1

Geller, S., & Greenberg, L. (2002). Therapeutic presence: Therapists experience of presence in the psychotherapy encounter in psychotherapy. *Person Centered & Experiential Psychotherapies, 1*, 71–86.

Bilaga 1

Terapeutens relationskompetens under en terapisesession – skattningsformulär för observatör

Terapeutkod: _____
Bedömare: _____
Datum för bedömning: _____

Instruktioner

Varje punkt i detta formulär har att göra med terapeutens förhållningssätt, interventioner eller övriga beteende under en bestämd terapisesession. Samtliga punkter handlar om terapeutens **relationskompetens**, såsom den visar sig i den aktuella sessionen just med denna patient. För varje punkt ska en bedömning göras av **kvaliteten** av terapeutens insatser, det vill säga hur pass väl terapeuten utförde de aktiviteter och det förhållningssätt som respektive punkt avser. Se manualen för närmare beskrivning av hur bedömningen ska göras.

Skattningsskalan för alla punkter i detta formulär varierar från 0 (lägst) till 6 (högst). Beskrivningar ges bara för bedömningar med jämna tal, men udda tal (dvs. 1, 3 och 5) kan användas när bedömningen hamnar mellan två beskrivna skalsteg.

För varje punkt ska skattningen av kvalitet (dvs. 0 till 6) noteras på angivet streck. Vid skattningar i spannet 0-3, notera om den låga kvaliteten är av typ A eller typ B.

1. Vänlig/omtänksam _____ **Typ av kvalitetsbrist** _____
(siffran för kvalitet) (A eller B)

Bedömning av **Kvalitet**:

- 0 Terapeuten framstod som: A) kall, oengagerad, utan omsorg och/eller fientlig, eller B) gränslös i sin värme/omhändertagande.
- 2 Terapeuten framstod som: A) något reserverad och distanserad, eller B) överdrivet varm och omhändertagande.
- 4 Terapeuten framstod som tillräckligt vänlig och omtänksam.
- 6 Terapeuten framstod som optimalt vänlig och omtänksam.

2. Respektfull/accepterande _____ **Typ av kvalitetsbrist** _____
(siffran för kvalitet) (A eller B)

Bedömning av **Kvalitet**:

- 0 Terapeuten framstod som: A) mycket kritisk, dömande och respektlös, eller B) mycket undfallande och inställsam.
- 2 Terapeuten framstod som: A) något kritisk, dömande och bristande i respekt, eller B) något undfallande och inställsam.
- 4 Terapeuten framstod som tillräckligt accepterande, respektfull och icke-dömande.
- 6 Terapeuten framstod som optimalt accepterande, respektfull och icke-dömande.

3. Genuin/äkta _____ **Typ av kvalitetsbrist** _____
(siffran för kvalitet) (A eller B)

Bedömning av **Kvalitet**:

- 0 Terapeuten framstod som: A) icke-genuin eller mycket stel och formell, eller B) hämningslöst självutlämnande.
- 2 Terapeuten framstod som: B) inte särskilt genuin eller något stel och formell; eller B) något för självutlämnande.
- 4 Terapeuten framstod som tillräckligt genuin och äkta.
- 6 Terapeuten framstod som mycket genuin och äkta inom ramen för ett professionellt förhållningssätt.

Bilaga 1

4. Empati _____ Typ av kvalitetsbrist _____ (A eller B)
(siffran för kvalitet)

Bedömning av Kvalitet:

- 0 Terapeuten visade: A) dålig förmåga till empati – verkade inte leva sig in i patientens känslor, förstå patienten eller visa medkänsla för patienten, eller B) för stark emotionell inlevelse och oförmåga att reglera sina egna känslor.
- 2 Terapeuten visade: A) begränsad förmåga till empati – verkade stundtals leva sig in i patientens känslor, förstå patienten eller visa medkänsla, men saknade i andra stunder sådan inlevelse, förståelse och medkänsla, eller B) tenderade att bli överdrivet deltagande.
- 4 Terapeuten visade tillräcklig förmåga till empati. Verkade generellt att leva sig in i patientens känslor, förstå patientens perspektiv och visa medkänsla för patienten.
- 6 Terapeuten visade mycket god förmåga till empati. Verkade genomgående på ett utomordentligt sätt leva sig in i patientens känslor, förstå patientens perspektiv och visa medkänsla för patienten. Uppfattade även subtila signaler från patienten.
-

5. Uppmärksamhet/närvaro _____ Typ av kvalitetsbrist _____
(siffran för kvalitet) (A eller B)

Bedömning av Kvalitet:

- 0 Terapeuten var: A) ouppmärksam (dålig ögonkontakt, lyssnade dåligt), ointresserad och/eller mentalt frånvarande, eller B) var påträngande och intensivt uppmärksam.
- 2 Terapeuten hade: A) vissa brister i sin uppmärksamhet, intresse och närvaro, eller B) var något för intensiv i sin uppmärksamhet.
- 4 Terapeuten var tillräckligt uppmärksam, intresserad och närvarande.
- 6 Terapeuten var mycket uppmärksam (god ögonkontakt, lyssnade intensivt), mycket intresserad och fullt närvarande.
-

6. Samarbete _____ Typ av kvalitetsbrist _____
(siffran för kvalitet) (A eller B)

Bedömning av Kvalitet:

- 0 Terapeuten A) styrde ensidigt sessionen, eller B) överlät allt ansvar till patienten.
- 2 Terapeuten försökte samarbeta men tog A) för mycket ansvar, eller B) för lite ansvar för sessionens innehåll och riktning.
- 4 Terapeuten samarbetade tillräckligt och delade ansvar med patienten rimligt väl.
- 6 Terapeuten samarbetade mycket och delade ansvar helt med patienten för sessionens innehåll och riktning. De fungerade som ett "team".
-

7. Kommunikationsstil _____ Typ av kvalitetsbrist _____
(siffran för kvalitet) (A eller B)

Bedömning av Kvalitet:

- 0 Terapeutens kommunikation var: A) mycket otydligt, svårbegripligt och/eller inte alls engagerande, eller B) extremt övertydligt/underhållande.
- 2 Terapeutens kommunikation var: A) något otydlig, svårbegriplig eller föga engagerande, eller B) något övertydlig eller för underhållande.
- 4 Terapeutens kommunikation var tillräckligt tydlig, begriplig och engagerande.
- 6 Terapeutens kommunikation var optimalt tydlig, begriplig och engagerande.
-