



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykologprogrammet*

## **En liten röst som säger "vad fan vet du om det"**

**En kvalitativ studie om unga kvinnliga psykologers perspektiv på makt i psykologisk  
behandling**

**Linn Andersson & Maria Johansson Huamán**

Psykologexamensuppsats. 2019

Handledare: Tove Lundberg  
Examinator: Lars Gunnar Lundh

## Abstract

The purpose of the study was to, from a transformative and critical realistic approach, generate knowledge about perspectives of power in psychological treatment. This was examined through interviews with young female psychologists and their thoughts on and how to deal with power in their therapeutic work. Data was collected through nine semi-structured interviews with psychologists based on their clinical experience from psychological treatment with adults. Data was analyzed with a theoretical thematic analysis. The result was conceptualized in three main themes. A major aspect that was found was the importance of the context in which power is played and that the interviewees were helped by reflecting through a norm critical and intersectional point of view when analyzing power in relation to the patient. Gender and age were interpreted as two different factors of power, where age was experienced as a non-privilege in relation to older patients and gender was experienced as a factor eliminating power differences. The study also addressed perspectives on the power of the role as a psychologist. The results suggest that therapeutic techniques to even out power differences such as transparency, was experienced as helpful and necessary, but ought to be combined by an understanding of the responsibility that comes with it. Conclusions drawn from the results stress the importance of an active analysis of power and intersectionality in treatment with patients. In addition, power can be constructed and deconstructed partly in treatment, but also through a reflexive stance towards the organization and the society in which one work.

Keywords: power, age, gender, privilege, intersectionality, norm critical perspective

## Sammanfattning

Syftet med uppsatsen var att utifrån en transformativ och kritisk realistisk ansats bidra till kunskap om hur en kan tänka kring makt i psykologiskt behandlingsarbete genom att undersöka unga kvinnliga psykologers tankar kring, och sätt att hantera, makt i sitt arbete med patienter. Data genererades via nio semistrukturerade intervjuer med psykologer med erfarenhet av psykologisk behandling av vuxna. Data analyserades med en teoretiskt styrd tematisk analys. Resultatet tematiserades utifrån tre huvudteman. En central aspekt som resultatet behandlade var kontextens betydelse för makt i rummet där normkritiska och intersektionella perspektiv hjälpte informanterna att reflektera kring makt i förhållande till patienten. Genus och ålder tolkades som två olika maktfaktorer där ålder upplevdes som ett underprivilegium i relation till äldre patienter och genus som en i huvudsak positiv och maktutjämnande faktor. Uppsatsen berörde också sätt att se på och hantera psykologrollens makt. Uppsatsen fann att maktutjämnande tekniker som transparens upplevdes hjälpsamt och nödvändigt, men bör kombineras med en förståelse för det ansvar som följer och inte kan fransägas psykologrollen. Slutsatser handlade om vikten av att se på makt som något som måste analyseras på nytt med hjälp av intersektionella ramverk i varje nytt patientmöte samt att makt kan konstrueras och omförhandlas delvis i behandlingsrummet men att makt också bara kan arbetas med via ett aktiva reflektioner kring samhället och den organisation en verkar i.

Nyckelord: Makt, ålder, genus, privilegier, intersektionalitet, normkritiskt perspektiv

Tack!

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Tove Lundberg. Tack för ditt brinnande engagemang, ditt peppande och din både teoretiska och metodologiska vägledning. Vi vill också tacka våra informanter för att ni delat mer er, funderat och reflekterat tillsammans med oss. Ni har lärt oss jättemycket! Vi författare vill också passa på att tacka varandra för en termin av gemensamma diskussioner, läsande, skrivande och power napande – ett ständigt pendlande mellan upprymdhet och nedslagenhet på vår resa genom detta ännu utforskade landskap.

Introduktion .....	1
Begrepp och klargöranden.....	2
Teori.....	4
Feministisk psykoterapi.....	4
Kulturell kompetens. ....	6
Ett normkritiskt och intersektionellt perspektiv. ....	7
Maktanalyser i praktiken. ....	8
Makt i samhället och dess inverkan på terapisituationen. ....	10
Sammanfattande kommentarer .....	11
Syfte och frågeställning .....	12
Metod.....	12
Kvalitativ metod .....	12
Reflexivitet .....	13
Epistemologisk reflexivitet.....	14
Personlig reflexivitet. ....	14
Deltagare .....	15
Procedur .....	16
Dataanalys .....	17
Etik.....	18
Resultat .....	20
Psykologisk behandling förs i en kontext .....	21
Organisationens makt.....	21
Strukturers makt över patienten och dess lidande. ....	22
Normer förblindar psykologen. ....	25
Genus dolda roll i behandlingskontexten. ....	26
Ålder som komplex maktfaktor .....	28
Att vara ung som ett ”underprivilegium”. ....	29
Likheter och olikheter – olika dilemman.....	31
Försök att hantera makt som psykolog.....	33
Jämna ut makt?.....	34

Psykologrollens oundvikliga maktövertag. ....	36
Intersektionellt perspektiv hjälper. ....	39
Diskussion.....	41
Resultatdiskussion .....	41
Genus och ålder – två olika maktfaktorer. ....	42
Normativa och icke-normativa erfarenheter.....	43
Komplikationer i att jämföra privilegier. ....	44
Normmedvetenhet och blinda fläckar. ....	45
Makt och ansvar. ....	46
Motståndsetik. ....	47
Metoddiskussion.....	47
Reflexivitet. ....	48
Intern koherens och trovärdighet.....	48
Överförbarhet. ....	49
Slutsatser och studiens implikationer.....	49
Framtida forskning .....	51
Referenser .....	52
Bilaga 1. Rekryteringsaffisch .....	56
Bilaga 2. Informationsbrev .....	57
Bilaga 3. Samtyckesblankett.....	59
Bilaga 4. Intervjuguide .....	60

## Introduktion

Kritik från feministiska, kulturella och post-koloniala perspektiv har pekat på hur psykologiforskning systematiskt individualiserat strukturella problem och exkluderar kontextens och samhällsstrukturers betydelse (Bruns & Kaschak, 2009; Tummala-Narra, 2013; Comez-Diaz, 2011; Fish & Evans, 2016). I förlängningen har psykologisk praktik utifrån ett individualiserande perspektiv förts med konsekvensen att vissa grupper såsom kvinnor, svarta eller hbtq-personer diskriminerats (Guilfoyle, 2003; Madsen, 2015).

Trots att kritiken sedan länge förts finns fortfarande bevis på att diskriminering sker inom vården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014) har i en rapport om omotiverade skillnader i vården pekat ut vårdmötet mellan patient och behandlare (däribland psykologer) som en bidragande faktor till ojämlik vård. En bakomliggande orsak ansågs vara omedvetet beteende hos behandlarna grundat i normer och värderingar om olika befolkningsgrupper. Detta innebär i praktiken att behandlare (däribland psykologer) omedvetet reproducerar normer baserat på förtryckande strukturer som diskriminerar vissa patientgrupper. Detta tyder på ett behov att förstå hur makten tar sig in i och reproduceras i vårdrelationen och specifikt utifrån en svensk kontext.

Litteratursökningar på psykologisk behandling och makt, vittnar om att makt i psykologisk behandling är relativt outforskat i en svensk kontext. Befintlig forskning som berör makt i psykologisk behandling i svensk kontext utgörs främst av studentuppsatser. Två studentuppsatser och en studie har undersökt olika sätt som psykologer integrerat feministiska utgångspunkter i psykoterapi (Eskner Skoger & Magnusson, 2015; Narvola & Skarin, 2012; Windh, 2005). En studentuppsats av Ingela Thylin-Hammar (2008) undersökte psykoterapeuters tankar och förhållningssätt till begreppen ansvar, makt och maktlöshet och hur dessa upplevdes inverka på psykoterapi. Studien fann att samtliga psykoterapeuter ansåg att en patient-psykoterapeutrelation alltid upplevs asymmetrisk maktmässigt samt att det var omöjligt att som psykoterapeut inte ha makt (Thylin-Hammar, 2008).

I sin bok "A Grammar of Power in Psychotherapy" utforskar Fors (2018) makt och privilegier och hur det kan ta sig i uttryck i terapin. Hon skriver om sina egna och andras konfrontationer med rasism, sexism, heterosexism och andra fördomar i psykologisk praktik. Vi menar precis som Fors att en viktig del i utvecklandet av vår profession är att våga erkänna, utforska och diskutera våra egna "blinda fläckar", värderingar, fördomar och

kunskapsluckor. Fors trycker också på det problematiska i att existerande litteratur i huvudsak fokuserar på terapeuten som privilegierad i relation till patienten som underprivilegierad.

Vi har på så sätt uppmärksammat ett behov av studier som undersöker makt och psykologisk behandling i en svensk kontext och utifrån nya maktordningar. Studien syftar således till att ge ökad kunskap kring hur en kan se på makt i psykologisk behandling. Genom att välja unga kvinnliga psykologer som informanter vill vi utforska de intersektioner som uppstår genom att de utifrån positioner som rör genus och ålder kan vara underprivilegierade i relation till patienten, samtidigt som de via sin psykologroll sitter på en maktposition. Vi gör också ett antagande om att de utifrån kön har ett underprivilegium i samhället som har tvingat dem reflektera kring makt på ett sätt som inte alla har gjort (Mertens, 2017). Genom att undersöka våra informanternas tankar och sätt att hantera makt hoppas vi beskriva deras perspektiv, men också bidra till idéer om hur en kan se på makt i psykologisk behandling.

I teoridelen redogör vi först för vår förståelse av makt samt de fält inom psykologin som har inkorporerat ett maktperspektiv så som feministisk psykologi, kulturell psykologi och normkritiska perspektiv. Vi kommer också att presentera intersektionalitetsperspektivet och dess implikationer för behandlingskontexten. Med utgångspunkt i Fors (2018) teoretiska ramverk presenteras hur existerande studier på etnisk bakgrund och makt synliggör hur olika grad av privilegier hos patient och psykolog verkar påverka maktrelationen. Slutligen teoretiseras hur maktordningar i samhället sätter ramar för maktordningen i terapirummet. Inledningen avslutas med syfte och frågeställning. Innan teorin presenteras några av de centrala begrepp som används i uppsatsen.

### **Begrepp och klargöranden**

Den aktuella uppsatsen utgår från Foucaults definition av maktens natur, nämligen synen att makt är något produktivt och påtagligt i alla relationer (Foucault, 1979; 1980). Han beskriver hur makten fungerar när vi genom diskurser, alltså sättet vi pratar om saker, sätter förutsättningar för normalitet. Vi skapar på så sätt normer som internaliseras och i sin tur reproduceras. I kritik mot en essentiell syn på makt som något substantiellt som går att äga, förklarar Foucault (1979; 1980) makt som dynamiska förhållanden i ständig förhandling. Att vissa maktförhållanden kan uppfattas stabila eller orörliga, kan enligt Foucault förklaras utifrån att hela samhället och även den enskilda individens makt är uppbyggt av ett otal maktrelationer som tillsammans kan skapa en varaktighet.



I Hörnqvist (1996) sammanställning av Foucaults texter, beskriver han Foucault som intresserad av att undersöka konkreta fall av maktutövning snarare än hur dessa maktrelationer är sammanvävda. Det senare kan liknas med det som kom att bli en intersektionell förståelse av makt som undersöker hur olika intersektioner av maktordningar i ett komplext system skapar förutsättningarna för makt i en given situation. Med detta maktperspektiv vill vi titta på relationen mellan psykolog och patient som den centrala utgångspunkten för att undersöka makt.

Det finns andra begrepp som kräver klargöranden för dess användning. Det pågår idag en akademisk diskussion kring hur begreppet "genus" bör användas inom forskning (Magnusson, 2003). Vi kommer i denna uppsats använda genus på två olika sätt. Dels används genus när vi syftar på de sociala aspekter och konstruktioner som är implicerade i könskategorier som "man" och "kvinna". Vi kan då prata om informantens genus på liknande sätt som det engelska begreppet "gender". Dels används genus för att belysa det "begreppsliga ramverk för att teoretisera kring det sociala kategoriserandet av människor baserat på deras biologiskt antagna könskategori" (Magnusson & Marecek, 2010). Detta innebär att vi också använder genus som teori eller perspektiv. Eftersom vi vill undersöka kvinnors tankar och erfarenheter av makt, tänker vi utifrån ett genusperspektiv att detta färgas av deras position som kvinnor. Vi vill också poängtera att vi rekryterade informanter utifrån att de könades, alltså lästes, som kvinnor. Vi vet inte huruvida informanterna identifierar sig som kvinnor eller ej.

Vår förståelse av ålder är dels ålder som något essentiellt men att den individuella upplevelsen av ens egen ålder självklart kan variera. Ålder konstrueras dessutom i relation till andras ålder - en och samma person kan såklart uppfattas och uppleva sig som ung i ett sammanhang och gammal i ett annat. Ålder är ofta kopplat till erfarenhet, både professionellt och i fråga om livserfarenhet. Samtidigt finns det socialt konstruerade normer, fördomar etcetera. kring olika åldrar som också påverkar individens upplevelse av sin ålder. Med "unga" psykologer menar vi i detta sammanhanget därför unga i kontexten psykologisk behandling.

Uppsatsen inkluderar en hel del amerikansk forskning på "ras". Forskning utifrån "ras" bedrivs inte på samma sätt i Sverige. Detta är en återkommande källa till debatt. Vissa menar att ordet ras bör återtas för att kunna synliggöra den diskriminering som uppenbarligen finns men som det inte forskas eller förs statistik på (Hübinette, 2015). Sverige har även fått

kritik både av FN och Europarådet för att begreppet ras har tagits bort ur diskrimineringslagen (“Sverige får kritik för att inte använda ”ras” i diskrimineringslagen”, 2017). Samtidigt bär rasforskningen på en minst sagt problematisk historia, och det tillsammans med att ordet även används av högerextrema grupper, några av de anledningar till att ras ännu inte är ett etablerat begrepp i Sverige idag (Sandberg, 2017). Därför kommer uppsatsen att använda begreppet etnicitet istället för ras, som betyder identifikation med och känsla av tillhörighet till en etnisk grupp (Etnicitet, n.d.). I den forskning vi refererar till som handlar om “black” and “white” översätter vi detta till forskning på “svarta” och “vita”.

## **Teori**

**Feministisk psykoterapi.** Den feministiska kritiken av psykologin samt utvecklandet av en feministisk psykoterapipraktik har precis som feminismen i stort, sett olika ut genom decennierna (Eagly & Riger, 2014). Vi vill här lyfta fram den feministiska kritik som dels syftar till att kritisera några av psykologins grundvalar samt de psykoterapeutiska tekniker som framförts av feminister med syfte att jämna ut makt i terapirelationen.

Ur ett historiskt perspektiv kom feministisk kritik av psykologin som en reaktion mot mainstream-psykologins tendenser att diagnostisera kvinnor som hamnat i lidande till följd av patriarkalt förtryck (Chesler, 1972). Med banderollen att det personliga är politiskt syftade feministisk kritik av psykologin till aktivism med mål att förändra det psykoterapeutiska fältet och synliggöra hur kontexten runt individens liv spelar roll för lidande. Ett exempel på en kritik som lyftes var att individer tolkas olika utifrån kön. En kvantitativ enkätstudie från 70-talet som kommit att bli viktig för fältet, studerade klinikers bedömningar av vad som räknas som en (1) psykiskt frisk person utan specificerat kön, (2) en psykiskt frisk kvinna och (3) en psykiskt frisk man. Forskarna fann skillnader i vad som beskrevs som en psykiskt frisk man och en psykiskt frisk kvinna. De fann också att bedömningar av en psykiskt frisk man stämde överens med en psykiskt frisk person utan specificerat kön men inte med en psykiskt frisk kvinna vilket författarna tolkade som ett bevis på androcentrism; mannen som norm (Broverman, Broverman, Clarkson, Rosenkrantz & Vogel, 1970). På liknande sätt påvisades hur kvinnors problem genom psykologin kom att individualiseras istället för att förstås som resultat av strukturella problem (Eagly & Riger, 2014).

De feministiska kritikerna ville också synliggöra det problematiska i att manliga terapeuter inledde sexuella relationer med kvinnliga patienter och på så sätt utnyttjade patienternas beroendeställning via den asymmetri i maktrelationen som fanns där (Haavind,

1994). Feministiskt orienterad terapi har därför handlat om uttalade försök att jämna ut maktskillnader sprungna ur psykolog-patient-relationen i syfte att försöka undanröja risker för maktmissbruk. Tanken har varit att en som terapeut genom att agera transparent och inte inta en expertroll ger tillbaka makt till patienten. Explicita tekniker för att jämna ut makt har handlat om att dela med sig av information, utbilda patienten om hens rättigheter, be om feedback och betrakta patienten som expert på sig själv och sitt liv (Bruns & Kaschak, 2009).

I kvalitativa studier har forskare intervjuat feministiska psykologer för att försöka rama in vad det innebär att vara feministisk psykolog. Feministisk psykoterapi beskrivs ofta som en hållning eller en filosofi snarare än specifika tekniker eller metoder (Bruns & Kaschak, 2009; Windh, 2005). Forskare har sett hur analyser av diskriminering, erkännande av sociokulturella faktorer för lidande samt makt i terapirummet försöker förstås och tas i beräkning. Därtill visar studierna att de för de feministiska psykologerna varit viktigt att värdera kvinnans unika erfarenheter samt att ha som mål att skapa samhälllig förändring i bakhuvudet (Hill & Ballou, 1998). I en kvantitativ studie av Moradi och Fischer (2000) framkommer att psykoterapeuter som identifierar sig som feminister på gruppnivå i större utsträckning ägnar sig åt beteenden i sitt behandlingsarbete som att göra könsrollsanalys och ge socioedukation, stärka patienten genom att respektera individuella skillnader, fokusera på patientens styrkor samt att uppmuntra till självständighet och autonomi.

Magnusson och Marecek (2010) problematiserar emellertid dessa idéers paradoxala inslag. De menar att om utjämning av makt är möjligt - alltså om det är möjligt att stärka patientens självständighet och "ge" patienten makt - innebär det att se makt som en egenskap och inte, som i linje med Foucault (1979; 1980), något som är beroende av sociala strukturer. Windh (2005) visar i sin examensuppsats med intervjuade psykologer som identifierar sig som feminister, på svårigheten som ofta upplevs kring att förena psykoterapi med feministiska ståndpunkter. En studentuppsats av Narvola och Skarin (2012) undersökte feministiska psykologers beskrivningar av att integrera feminism i kognitiv beteendeterapi. De fann att maktutövande upplevdes besvärande, att psykologrollens makt upplevdes ambivalent, och att maktutjämnande upplevdes som en obesvärad position. En spänning som informanterna berörde angående psykologrollens makt, var spänningen mellan ansvar och makt. Windh (2005), återigen, visar också på svårigheten som ofta upplevs kring att förena psykoterapi med feministiska ståndpunkter då vissa aspekter av psykoterapi kan förstås som inriktade på samhällsanpassning och normalisering.

Även om feministiska kritiker och psykoterapeuter haft delade åsikter om den feministiska terapins vara eller icke-vara (Kitzinger, 1991) så har många av de interventioner såsom transparens och feedback som feministiska psykologer fört framåt, blivit en naturlig del i många psykoterapiformer som finns idag (Dennhag, 2017). I Norden finns idag även yrkesetiska riktlinjer formulerade för att skydda patientens rättighet och värdighet, för att säkra yrkesmässig kompetens, ansvar och integritet. I detta ingår att psykologen är medveten om sina egna värderingar, attityder och behov och sin egen roll i den terapeutiska relationen, samt att inte missbruka sin maktposition och patientens beroendeställning (Sveriges Psykologförbund, 1998).

**Kulturell kompetens.** Ett annat viktigt fält inom psykologin med samma syfte att öka medvetenheten kring kontextualiserande faktorer är det som skrivits kring kulturell psykologi och kulturell kompetens. Denna forskning har bland annat handlat om den rätt som patienter i minoritetspositioner har att bli förstådda utifrån deras specifika kontext och har berört både kulturella och etniska minoriteter (Comez-Diaz, 2000; 2011; Tummala-Narra, 2015). Liknande resonemang har förts i relation till homo, bi, trans, queer och andra sexuella minoriteter (hbtq+) (Fish & Evans, 2016). En viktig kritik sprungen ur kritiska teorier från fältet kulturell psykologi berör hur psykologiska teorier och psykoterapier är utvecklade i en viss kontext (vit, europeisk medelklass etcetera) och ställer därmed krav på psykologen att bredda sina perspektiv och förstå att personer med olika bakgrund, samhällspositioner och identiteter inte alltid kan och bör förstås med hjälp av samma teorier och begreppsramar (Tummala-Narra, 2015). Kulturell kompetens har därför dels handlat om att som psykolog ha kunskap om olika kulturer, vilka normer som gäller där och även om att använda anpassade kliniska test, instrument och interventioner (Comez-Diaz, 2000; 2011).

Kritiska eller problematiserande röster har dock höjts mot tanken kring kulturell kompetens eller hbtq+-kompetens och menar att detta perspektiv kan bidra till tron om att det räcker att utbilda sig om en viss typ av patienter, men att en i och med det glömmar bort maktaspekter och frånsäger sig ansvaret för ojämlikhet och förtryck (Fors, 2018). Dessa röster menar att kulturell kompetens bygger på tanken om att förtryck, så som rasism eller homofobi, ligger i historien, och att det inte är något som vi alla är delaktiga i att mer eller mindre medvetet reproducera dagligen och som oundvikligen färgar varje interaktion.

Tummala-Narra (2015) trycker i sin artikel på vikten av att se kulturell kompetens, inte som en separat kunskap utan som något som bör inkorporeras i våra psykologiska

modeller där en förståelse för hur historia av förtryck mot vissa sociala grupper spelar in i den kontext vi oundvikligen måste ta in i terapirummet. Hon argumenterar för att utveckla ett självexaminerande av vår roll och det vi representerar genom vilka vi är som psykologer och som individer och en medvetenhet kring effekterna av historiska trauman. Hon pratar också om att vara medveten om den historia av socialt förtryck som följer av en individs identifikation med en social grupp (som svart, som jude etcetera) och hur stereotyper som både vi själva och patienterna lägger på varandra.

**Ett normkritiskt och intersektionellt perspektiv.** Kritiska röster har utöver feministisk och kulturell psykologi också kommit från andra psykologer som för fram hbtq-perspektiv (Kitzinger, 1997) och funkisperspektiv (Ladd, 2005). Samtliga dessa perspektiv har varit viktiga för att höja kunskapen om och rikta kritik mot psykologin och psykologer som upprätthållare av normen. Dessa teorier synliggör fenomen som internaliserad homofobi eller rasism, där människor från underordnade grupper nedvärderar sig själva och sina erfarenheter, som ett resultat av hur normen kommuniceras till dem (Holmes, 2006; Weinberg, 1972). Ett fenomen som är nära kopplat till detta är mikroaggressioner (Sue, 2007). Begreppet föddes ur anti-rasismrörelsen men har nu kommit att användas också för sexuella minoriteter och kvinnor (Sue, 2010). Mikroaggressioner förstås som subtil kommunikation till en person i en underordnad grupp som tydligt kommunicerar gränsen mellan norm och icke-norm. Dessa kommentarer eller beteenden är ibland inte illa menade och offret för kommunikationen avvisas ofta som överkänslig. Problemet är att de innehåller uppfattningar baserade på rasistiska, homofoba eller sexistiska värderingar vilket på sätt och vis gör mikroaggressioner till ett lika stort problem som öppen rasism (Sue, 2007).

Ovan nämnda teorier ligger till grund för det som i Sverige kallas normkritiska perspektiv (Lundberg et al., 2017). Normkritiken syftar till att synliggöra hur rådande normer skapas och upprätthålls i existerande maktrelationer i samhället, för att bidra till en ökad medvetenhet om normer och dess makt. Normkritisk analys tar sin utgångspunkt i identitet som en social och historisk konstruktion. Denna teori utgår från att olika normer bildar system av föreställningar, som verkar förtryckande för de identiteter och grupper som faller utanför den rådande normen. Men enligt detta perspektiv räcker det inte att sprida kunskap om normer och makt, det krävs också bland annat en reflexivitet kring sina egna normativa positioner (Lundberg et al., 2017).

Ett problem med det feministiska perspektivet eller andra perspektiv som fokuserar på en grupp underprivilegerade position är att de ibland misslyckas att adressera den variation som finns inom grupper, och inte bara mellan grupper. På 80-talet myntade svarta amerikanska feminister begreppet intersektionalitet för att peka på just detta och att maktrelationer, eller olika sociala kategorier, aldrig existerar i ett vakuum utan alltid korsar varandra (Crenshaw, 1991). Här synliggörs också hur maktrelationer förstärker varandra, så som exempelvis kapitalistiska, patriarkala och rasistiska maktrelationer tillsammans befäster en individs maktövertag eller underläge. Ett intersektionalitetsperspektiv, precis som det normkritiska perspektivet, uppmanar också till att uppmärksamma, inte bara de underordnade, avvikande kategorierna utan också de överordnade och inkluderande kategorierna samt hur dessa verkar tillsammans i en given kontext (Dennhag, 2017).

**Maktanalyser i praktiken.** Det intersektionella perspektivet är dock i första hand ett teoretiskt ramverk som kan uppfattas svårt att applicera i verkligheten. Fors (2018) presenterar en modell för hur applicera ett intersektionalitet i praktiken. Hon gör med hjälp av intersektionell maktanalys en matris över fyra olika dyader patienten och terapeuten kan befinna sig i maktmässigt utifrån olika privilegier. Hon utforskar med hjälp av existerande litteratur vilka olika svårigheter och fällor terapeuten kan hamna i beroende på om patienten eller psykologen är överprivilegerad, eller om de delar att vara över- eller underprivilegerad. Fors talar om "Privilege favouring the patient" eller som hon också kallar det, "confused subordination" alltså förväxlad/förvirrad underordning när en överprivilegerad patient befinner sig i terapi med en underprivilegerad psykolog. Fors menar att förväxlad underordning uppstår för att patienten, som i en annan situation än i terapirummet hade varit överordnad psykologen, nu på grund av psykologens auktoritet blir underordnad. Detta skapar ett internaliserat underläge hos psykologen som bland annat väcker oro om att inte vara bra nog vilket kan leda till olika kompensatoriska strategier. En annan dyad som beskrivs är "Similarity in privilege" eller likhet i privilegium, där både psykolog och patient delar privilegier så som exempelvis en vit terapeut och en vit patient.

Privilegier är dock olika. Vissa privilegier är mer essentialistiskt och andra mer socialt konstruerade. Vissa privilegier är mer eller mindre synliga och andra mer eller mindre statiska (till exempel har en svart person ett synligt och statiskt underprivilegium baserat på hudfärg, som kan jämföras med en funktionsnedsättning som kan vara förvärvad eller en homosexuell person som kan läsas som heterosexuell). Trots att privilegiers beskaffenhet skiljer sig åt, kan

de olika interaktionerna där maktrelationerna förhandlas, ändå studeras och ge oss ledtrådar för att förstå även andra privilegiers inverkan (Fors, 2018). Därför lyfter vi här studier som empiriskt studerat maktdynamiker utifrån etnicitet.

Okun, Chang, Kanhai, Dunn och Easley (2017) har studerat första sessioner mellan dyader med en svart terapeut och en vit patient (eg. “non-latino white”) och jämfört med dyader där både terapeut och patient är vita. Artikelförfattarna menar att när en vit person bedriver psykologisk behandling med en svart person speglar det den samhällliga ordningen maktmässigt. När det är tvärtom blir situationen annorlunda då vita patienter kan vara ovana att interagera med svarta individer i en auktoritetsposition. Detta kan alltså förstås som en situation av confused subordination som Fors (2018) är inne på. Dyaden med en vit terapeut och en vit patient kan beskrivas som en situation av “Similarity in privilege” baserat på etnicitet. I Okun et al.’s (2017) studie fick de syn på specifika beteenden både från svart terapeut och vit patient som skilde sig från situationer där patient och terapeut båda var vita. En sådan sak var en tendens hos de svarta terapeuterna att berätta om sin akademiska utbildning när möjlighet gavs mer än vad de vita terapeuterna gjorde. De vita terapeuterna förhöll sig också mer personligt medan de svarta terapeuterna hade en mer professionell hållning. Från patienternas sida kunde en se både konfrontativa beteenden i syfte att ifrågasätta de svarta terapeuternas kompetens, samt överkompenserande beteenden i syfte att övertyga terapeuterna om att de trodde på deras kompetens (Okun et al., 2017).

Det finns även studier med svarta terapeuters upplevelser av att jobba med andra svarta patienter, vad Fors (2018) i sin matris skulle kategorisera som “similarity of non-privilege”, alltså likhet i underprivilegium. Goode-Cross (2011) studie visar att svarta terapeuter upplever en från sin egen och patientens sida, automatisk samhörighet sprungen ur kulturell identifiering. De svarta terapeuterna menar att denna känsla av samhörighet på vissa sätt förenklar det terapeutiska arbetet men att de också upplever att förväntningarna på dem är högre och att de tillskrivs en roll som går utanför den professionella. De pekar också på riskerna med överidentifikation, att en antar och antas förstå saker som en, på grund av den stora mångfalden inom gruppen, inte förstår. Fors (2018) lyfter också en risk i denna dyad med att bli för politisk med patienter utifrån en övertro på att enbart en politisk analys ska hjälpa patienten. En annan risk hon lyfter är att just i försök att undvika överidentifiering hamna i att överdriva en neutral position.

Då de tidigare studierna, med många fler, fokuserar på etnicitet och dyader av svarta och vita patienter och terapeuter valde Tang och Gardner (2017) i sin artikel att utforska ett bredare spektrum av icke-normativa kulturella och etniska identiteter i en amerikansk kontext. Artikeln belyser kliniska små vinjetter med dyader och fann att exempelvis en vit lesbisk underklasskvinna kände sig tryggare och mer förstådd med en asiatisk terapeut på grund av delat minoritetsskap även om de tillhörde olika minoriteter.

**Makt i samhället och dess inverkan på terapisituationen.** Slutligen presenteras några kritiska röster som höjts mot psykologins dekontextualisering av behandlingssituationen och dess implikationer för att jämna ut makt. Guilfoyle (2003) hävdar att terapeuters perspektiv på makt kan komma att fördunklas när makt konstrueras i ett vakuum, i en isolerad situation så som behandlingssituationen, och avskilt från dess socio-politiska och kulturella kontext. Ett sådant perspektiv vilseleder terapeuten till att tro att en strävan efter en egalitär terapirelation i sig eliminerar makten i relationen. Makt kan alltså inte kontrolleras enbart i terapeut-patient-dyaden då den också är beroende av och skapas i relation till den sociala kontexten.

Madsen (2015) menar i sin tur att psykologer på en individuell nivå kan bidra till förändring, men på en samhällsnivå snarare upprätthåller den västerländska synen på mänskligt lidande, genom att betrakta patienters problem som individuella och att krav på förändring därav hamnar på den enskilda individen istället för samhället. En bidragande faktor till denna reproduktion antas vara psykologers bristande utbildning och avsaknad av professionell uppbackning i att ifrågasätta de socio-politiska förutsättningarna som omger den individuella patienten.

Rossiter (1998) studerade i en kanadensisk kontext hur de större institutionella systemen också bidrar till att tvinga in psykologer i positioner där vi upprätthåller och reproducerar normer. Med hjälp av en grupp psykoterapeuter med olika institutionella arbeten synliggör hennes studie hur terapeuterna begränsas, men också färgas av institutionens ramar. Institutionen definierar dem som vårdpersonal som frisk och patienten som den andra, den sjuka och den "abnormala". Psykoterapeuterna hamnar i etiska dilemman när deras egna etiska principer kring att vara personcentrerade, ta in sociala perspektiv och liknande går emot de institutionella ramarna som tvingar dem till att förstå patienter utifrån deras diagnoser eller kategorier snarare än som individer. De dras oundvikligen in i att bli en del av och reproducera samhälleliga maktstrukturer.



Rossiter (1998) lyfter på så sätt också vikten av att förstå och titta på makt som något som påverkas av institutionen och inte enbart kan regleras inom terapirelationen. Hon gör därför ett viktigt tillägg till övriga feministiskt orienterade teorier kring maktutjämning inom relationen då hon ser terapirelationen som en möjlig plattform för positiv förändring snarare än anpassning även om det sker inom ramen för en reglerande institution. Hon trycker på vikten av att ha detta med sig samt att ha en förståelse för att institutioner spelar en dubbel roll i att å ena sidan erbjuda hjälp för folk som lider och samtidigt sätta ramarna för normalitet. Hon yrkar på en motståndsetik med syfte att uppmana psykoterapeuter till att ständigt se över sitt arbetssätt för att titta på hur dessa är del i normaliserande diskurser och på så sätt en del i att reproducera makt.

### **Sammanfattande kommentarer**

Sammanfattningsvis gör översikten av den befintliga litteraturen tydligt att makt och psykologisk behandling har studerats från många olika perspektiv. Flera kritiska perspektiv så som det feministiska, kulturella och normkritiska har visat på vikten av se patienten i sin kontext. Psykologins fält har också kritiserats för att innehålla en dominerande diskurs som bidrar till en normaliseringsprocess genom att kategorisera människor som "friska" och "sjuka" och mänskliga uttryck som normala och onormala. Genom att ringa in den friska normen utifrån ett androcentriskt perspektiv har psykologin förtryckt kvinnor och då mycket av psykologi- och psykoterapiforskning utvecklats i en vit medelklass-kontext förtrycks de individer som inte läses in i denna kontext.

Ett verktyg för att förstå makt i psykologisk behandling är den makt- och privilegiumanalys utvecklad av Fors (2018). Hon påvisar utmaningar och fällor specifika för olika typer av dyader som kan vara till hjälp när psykologen ska försöka navigera vad som sker i mötet med patienter. Genom att titta på exempelstudier som undersöker etniska skillnader mellan terapeut och patient får vi syn på hur en förväxlad underordning skapas när psykologen är underprivilegerad och patienten är överprivilegerad. I situationer där båda tillhör en underprivilegerade grupper, i den forskning där både patient och psykolog är svarta, skapas risker för överidentifikation.

Ett feministiskt perspektiv har också fört till ljuset hur terapeuter missbrukat sin maktposition i behandlingsrummet, och som ett svar på detta utvecklat tekniker och strategier för att skapa en mer jämlik maktrelation mellan psykolog och patient. Slutligen har vi tittat på forskning som hävdar att psykologen trots allt är en del av ett större system av värderingar,

åsikter och normer och att det därför inte räcker att som psykolog “enbart” arbeta med att jämna ut makt i terapistrelationen utan också i relation till den institution och det samhälle en verkar i. Sammanfattningsvis blir det tydligt att makt i psykologisk behandling är mångbottnat och komplext, men är framförallt ett område som bör utforskas vidare.

### **Syfte och frågeställning**

Studien syftar till att ge ökad kunskap kring hur en kan se på makt i psykologisk behandling. Genom att välja unga kvinnliga psykologer som informanter vill vi utforska de intersektioner som uppstår utifrån att de via genus och ålder kan vara underprivilegerade i relation till patienten, samtidigt som de via sin psykologroll sitter på en maktposition. Genom att undersöka informanternas tankar kring och sätt att hantera makt ämnar uppsatsen generera kunskap om deras perspektiv men också utifrån dessa bidra till en ökad förståelse för hur en kan se på makt i psykologisk behandling. På så sätt har vi landat i följande frågeställning: “Vad tänker unga kvinnliga psykologer kring och hur hanterar de makt i psykologisk behandling?”

### **Metod**

I uppsatsen används en kvalitativ metodologi med en kritisk realistisk ansats. Vi kommer nedan redogöra närmare för vår ansats, epistemologiska positioner och kunskapsanspråk.

#### **Kvalitativ metod**

Kvalitativa metoder syftar till att skapa en bild av informantens egna perspektiv och deras sätt att skapa mening av sina erfarenheter (Kvale & Brinkman, 2014). Denna uppsats ämnade generera en ökad kunskap om psykologers tankar kring och sätt att hantera makt i psykologiskt behandlingsarbete. Kvalitativ metod med semi-strukturerade intervjuer för att generera data bjuder in till ett djup och en mångfald i berättelser som kan spegla den komplexitet som ämnet vi vill undersöka påbjuder, vilket föranledde att just intervjuer användes. Då makt i psykologisk behandling också är relativt utforskat, och speciellt i en svensk kontext, ansågs kvalitativ metod lämpa sig väl (Langemar, 2008).

Deduktion innebär att allmänna idéer används för att härleda särskilda konsekvenser (Kvale & Brinkman, 2014). Mot bakgrund av detta är uppsatsen deduktiv i sin ansats då våra analyser av datan är sprungna ur teorier om makt som relationellt fenomen. Uppsatsen utgår alltså från att maktrelationer är inbegripna i det psykologiska behandlingsarbetet, snarare än att undersöka om så är fallet. Hur maktrelationer kommer till uttryck och upplevs undersöks

dock utifrån deltagarnas egna perspektiv. I enlighet med kvalitativ metod utgår uppsatsen från att deltagarna liksom vi författare är meningsskapande och tolkande människor (Willig, 2013). Detta innebär att vi bara kan försöka få kunskap om vad deltagarna tänker kring och hur de hanterar makt, inte om maktrelationerna och dess orsak och verkan.

Vi utgår också från att vi som författare aldrig kan ge en exakt återspeglning av dessa erfarenheter. Kvale och Brinkmann (2014) diskuterar hur kunskap konstrueras i interaktionen mellan intervjuaren och den intervjuade och påvisar på så sätt hur forskaren är en aktiv del i skapandet av kunskap. För denna uppsats innebar det att författarnas förförståelse och epistemologiska antaganden har spelat en roll i vilka frågor som ställts och hur de är ställda samt hur informanternas berättelser tolkas och förstås. Genom att öppet tillåta oss att färgas av tidigare teorier har vi tillsammans med de intervjuade skapat ny kunskap och flera informanter har i slutet av intervjun berättat att de uttryckligen tänkt kring makt på nya och mer nyanserade sätt än tidigare. Den typen av gemensamt kunskapsproducerande kring forskningsfrågor som uttryckligen adresserar förtryck och diskriminering kan beskrivas som transformativ (Mertens, 2017). Vidare hävdar Mertens (2017) att transformativ forskning har kapacitet att skapa förändring på både ett personligt och ett samhälleligt plan. Då vår forskning syftar till att skapa kunskap kring hur makt påverkar det psykologiska behandlingsarbetet mot bakgrund av att dagens vård är ojämlik (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2014), kan den på så sätt anses ha transformativa inslag.

### **Reflexivitet**

Kvalitativ forskningsmetodik innebär krav på forskarna att vara transparenta med sin bakgrund och sina positioner, då dessa anses påverka vad vi väljer att undersöka, på vilket sätt och hur vi analyserar och tolkar resultaten (Malterud, 2001). Gemensamt för de olika riktlinjer som utvecklats för att utvärdera kvalitativ forskning, är krav på reflexivitet en gemensam nämnare (Willig, 2013). I enlighet med ett reflexivt förhållningssätt har vi därför genomgående strävat efter att delge våra föreställningar och metapositioner som bidragit till konstruerandet av mening genom hela forskningsprocessen. Willig (2013) lyfter två olika typer av reflexivitet. *Epistemologisk reflexivitet* handlar om vilka möjligheter och begränsningar den ställda forskningsfrågan har skapat, och på vilka sätt uppsatsens metod och analys konstruerat datan. *Personlig reflexivitet* innebär att reflektera över hur forskarnas egna värderingar, erfarenheter, övertygelser, politiska ståndpunkter och sociala identiteter format forskningen.

**Epistemologisk reflexivitet.** I vår uppsats har vi antagit en socialkonstruktionistisk förståelse av hur världen och de fenomen vi ämnar studera är beskaffade. Det innebär att den mening som tillskrivs kategorier såsom kön inte anses vara av naturen givna. Även om detta perspektiv erkänner att det finns människor med olika typer av könsorgan och biologisk uppsättning av hormoner så betraktas kategorierna “kvinna” och “man” som sociala konstruktioner som i sin tur är föränderliga. Dessa sociala kön benämner vi i denna uppsats som genus. Sociala konstruktioner anses alltså vara ett resultat av sociala krafter och historiska förlopp och hade därmed i teorin kunnat vara annorlunda (Hacking, 1994).

Socialkonstruktionistiskt orienterade forskare fokuserar därmed på hur människor talar om någonting i syfte att få syn på hur deras verklighet konstrueras genom språket (Willig, 2013). Ett diskursivt perspektiv innebär att studera hur vi konstrueras av och konstruerar oss själva och vår värld genom språket. Att ställa sig frågan hur unga kvinnliga psykologer tänker kring och hanterar makt är således att undersöka hur diskurser konstruerar dem som unga kvinnliga psykologer, vad det får för konsekvenser samt hur de genom sina utsagor konstruerar sig själva i den rollen. Häri återfinns på så sätt uppsatsens diskursiva förtecken (Willig, 2013).

Vi motsäger oss samtidigt ett renodlat relativistiskt perspektiv som innebär att koncept som sanning inte finns eller att det är omöjligt att erhålla kunskap om vår värld och väljer istället att förhålla oss pragmatiskt till den socialt konstruerade världen vi lever i. Detta placerar oss epistemologiskt inom kritisk realism. Kritisk realism ser på vetenskap som en social produkt som påverkas av både sociala, ideologiska och politiska förhållanden (Alvesson & Skoldberg, 2017). De menar samtidigt att de mekanismer som vetenskapen identifierar, emellertid verkar både före och oberoende av upptäckandet av dessa mekanismer (Bhaskar, 1998, refererat i Alvesson & Skoldberg, 2017). Vi erkänner alltså att de maktrelationer som informanterna ständigt befinner sig i är socialt skapade och därmed inte statiska, informanterna påverkas av, samt påverkar dessa själva. Emellertid anser vi också att dessa maktrelationer fanns före de formulerades av våra informanter, alltså bortom deras förståelse för dem, vilket gör det meningsfullt att undersöka och analysera deras tankar kring och hanterande av dessa maktrelationer.

**Personlig reflexivitet.** I vår uppsats har vi antagit en socialkonstruktionistisk förståelse av hur världen och Utöver att redogöra för vår epistemologiska utgångspunkt vill vi därför också presentera de teorier som inspirerat oss innan och under arbetets gång. Uppsatsen

har en intersektionellt feministisk utgångspunkt, då vi anser att det existerar socialt konstruerade maktordningar som samverkar med varandra och skapar ojämlikheter och förtryck. Utifrån detta perspektiv har vi ett antagande om att människor befinner sig på olika positioner i dessa maktordningar, där vissa privilegieras och andra inte (Crenshaw, 1991). Genom att synliggöra hur dessa socialt konstruerade privilegier och underprivilegier existerar och påverkar maktrelationer i psykologisk behandling, menar vi att det för den enskilda informanten kan bidra till en ökad förståelse för sig själv och sina patienter i enlighet med transformativ forskning (Mertens, 2017). Vidare har författarnas egna värderingar och övertygelser en klar koppling till uppsatsen, då dessa varit avgörande för att alls intressera sig för ämnet från första början, samt vilka metoder och ansatser vi valt framför andra. Författarnas sociala identiteter som unga kvinnor är ytterligare något som format uppsatsen utifrån våra erfarenheter av att koda och identifiera oss som just unga och kvinnor i psykologisk behandling och i samhället. Utifrån Mertens (2017) tankar om transformativ forskning kan våra livserfarenheter av att bland annat tillhöra kategorin kvinna, ge möjligheter att formulera frågor med transformativa potential.

### **Deltagare**

Inklusionskriterier för deltagande var att vara kvinna (könad som kvinna) och högst 35 år. Det relevanta för uppsatsens syfte handlade egentligen om att personerna skulle *uppfattas* som unga i förhållande till psykologrollen. Eftersom den typen av rekrytering hade blivit för svårtolkad och godtycklig för eventuella informanter valde vi att förhålla oss så pragmatiskt som möjligt och sätta en åldersgräns. Ett annat inklusionskriterium var att psykologerna skulle ha erfarenhet av, och ombads prata utifrån att arbeta med vuxna i behandlingsarbete. Detta baserades på ett antagande att de maktaspekter som finns mellan psykologen och ett barn ser väldigt annorlunda ut på grund av att ett barn exempelvis inte har juridisk självbestämmanderätt.

Kvale och Brinkman (2014) rekommenderar 10-15 informanter i en kvalitativ intervjustudie. Mot bakgrund av den begränsade tiden för uppsatsens genomförande rekryterades tio informanter från både annonser i slutna facebook-grupper för psykologer och via snöbollsurval i författarnas befintliga nätverk. På grund av ett sent avhopp intervjuades nio informanter totalt. Urvalet var ett bekvämlighetsurval, vilket de flesta urval i kvalitativa studier är, då informanterna väljs ut för att de svarar mot inklusions- och exklusionskriterierna och den givna forskningsfrågan (Malterud, 2001).

Informanterna som blev intervjuade var mellan 27 och 35 år (medelålder 31,8), och hade erfarenheter av att jobba med vuxna inom habilitering, allmänpsykiatri, specialistpsykiatri, specialistvård och privat psykoterapiverksamhet. En informant var PTP-psykolog och resterande informanter var legitimerade. De hade 0,5 till 9 års erfarenhet som psykologer (i medel 3,8 år).

Då uppsatsens syfte inte var att undersöka informanterna som personer, utan snarare hur de konstruerade sina upplevelser, har citaten som presenteras i resultatet anonymiserats och inga identifierande attribut används i relation till citaten. Detta är en väletablerad strategi bland kvalitativa forskare för att säkra deltagarnas anonymitet och rekommenderas i kvalitativa tidskrifter som *Qualitative Health Research* (Traianou & Hammersley, 2012). Ytterligare ett argument för detta var att skydda informanternas identitet i enlighet med Dataskyddsförordningen (Europaparlamentets och rådets förordning, 2016).

### **Procedur**

De deltagare som anmälde intresse via annonsen på Facebook eller i personlig kommunikation kontaktades via mejl eller meddelandefunktionen på Facebook. Alla informanter som svarade med fortsatt intresse fick tillgång till ett informationsbrev och en samtyckesblankett som signerades innan intervjun ägde rum.

Intervjuguiden (se bilaga 4) utformades kollaborativt av författarna. Intervjuguiden provades i två pilotintervjuer med två unga kvinnor med erfarenhet av psykologiskt behandlingsarbete med vuxna. I diskussion sinsemellan och med pilotdeltagarna gjordes därefter kompletterande justeringar av vissa intervjufrågor. Nio semistrukturerade intervjuer genomfördes under tre veckors tid i februari 2019. Intervjudeltagarna delades upp mellan forskarna som genomförde fem respektive fyra intervjuer. Intervjuerna varade mellan 40 och 56 minuter (medellängd 47 minuter). Fyra intervjuer genomfördes via telefon då informanterna befann sig i andra delar av Sverige. Tre intervjuer genomfördes på informanternas respektive arbetsplatser då dessa intervjuer gjordes under informanternas arbetstid. Ytterligare två intervjuer genomfördes i samtalsrum på ett bibliotek i Malmö samt på Institutionen för Psykologi på Lunds universitets då detta erbjöd att kunna tala ostört. Intervjuerna spelades in med ljudupptagning och fördes direkt efter varje avslutad intervju över på ett krypterat minne som hanterades enbart av forskarna i enlighet med informationen som gavs i informationsbrevet. Intervjuerna transkriberades och anonymiserades i det kvalitativa analysprogrammet NVivo.

## Dataanalys

Tematisk analys (Braun & Clarke, 2006; 2013) användes för att identifiera, analysera och rapportera mönster och teman som återfanns i datan. Denna analysmetod kan anses flexibel då den lämpar sig för både realistiska, kritisk realistiska och socialkonstruktionistiska epistemologiska utgångspunkter och är en väletablerad metod inom psykologi (Braun & Clarke, 2006). Valet att använda tematisk analys av datan grundade sig på metodens kompatibilitet med den kritisk realistiska metodologiska utgångspunkten samt att det tillåter en teoristyrd analys vilket passar vår deduktiva och transformativa ansats.

Analysen genomfördes i sex steg inspirerat av Braun och Clarkes (2006; 2013) konceptualisering av tematisk analys. Enligt dem är den tematiska analysprocessen inte linjär, utan sker i själva verket via rörelse fram och tillbaka mellan de olika stegen. I enlighet med Braun och Clarkes (2006) rekommendationer innebar det första steget av analysen att intervjuerna transkriberades av den författare som inte hade genomfört intervjun vilket blev ett sätt för forskarna att bekanta sig med all data. Då tematisk analys inte innefattar några specifika riktlinjer för transkription (Braun & Clarke, 2006), transkriberades intervjuerna verbatim. Transkriberingarna lästes sedan igenom för en ytterligare fördjupning av materialet i sin helhet.

I det andra steget skapades genom diskussion ett gemensamt initialt kodschema utifrån våra initiala intryck av datan. Vissa stycken kodades semantiskt och handlade om gemensamma mönster i idéer kring makt som informanterna delade. Andra referat kodades mer latent där vi tyckte oss se mönster i informanternas berättelser som relaterade till de maktteoretiska utgångspunkterna för uppsatsen. En första intervju valdes ut för att kodas separat av båda författare. Kodschemat utvidgades och jämfördes sedan sinsemellan. Därefter reviderades, utökades och förfinades kodschemat allteftersom intervju för intervju kodades. Slutligen skedde en uppdatering av alla kodade intervjuer utifrån det slutgiltiga kodschemat.

I det tredje steget började relationen mellan de olika koderna att analyseras. Braun och Clarke (2013) presenterar i detta steg hur koder grupperas till att bilda teman, något som forskarna valde att komplettera genom att även arbeta med mer teoridrivna analytiska mind-maps och med utgångspunkt i frågeställningen. På så sätt plockades teman fram i gränslandet mellan induktivt och teoridrivna tematisk analys (Braun & Clarke, 2006).

I det fjärde steget utvärderades framplockade teman. En analys av existerande temans olika nivåer genomfördes för att bedöma vilka som kunde klassificeras som teman och vilka

som kunde plockas bort, brytas ned eller slås ihop. Ytterligare en genomgång av transkriberingarna gjordes för att säkerställa att all relevant data representerades under respektive tema.

I den femte fasen definierades temana ytterligare med syfte att göra de befintliga temana så kärnfulla som möjligt. Varje sluttema sammanfattades för att konkretisera essensen av dess innehåll, och hur temat bidrog till att svara på uppsatsens frågeställning och till det övergripande narrativet. Teman namngavs med en strävan att fånga läsarens intresse och samtidigt spegla kärnan i varje tema.

I det sjätte och sista steget producerades en slutgiltig sammanställning av den tematiska analysen, med en vision att göra framställningen koherent, relevant och greppbar för läsaren, och samtidigt visa på komplexiteten i informanternas berättelser. Huvudteman och underteman illustrerades med noga utvalda citat som analyserades och tillsammans bildade en rapportering av resultatet (Braun & Clarke, 2006).

## **Etik**

Kvale och Brinkman (2014) delar in etik i mikro och makro där etik som berör den direkta forskningssituationen och deltagarna benämns som mikroetik. Makroetik innebär att se till de socio-politiska konsekvenserna som forskning kan få.

Mikroetiska överväganden har gjorts utifrån lagen om etikprövning av forskning som avser människor (Svensk Författningssamling, 2003:460), Dataskyddsförordningen (Europaparlamentets och rådets förordning, 2016) samt de yrkesetiska principerna för psykologer i Norden (Sveriges Psykologförbund, 2013). Lagen om etikprövning (2003:460) innefattar ej forskning som sker inom ramen för en högskoleutbildning, men det kräver bland annat att uppsatsen inte behandlar känsliga personuppgifter. Uppsatsens syfte anpassades därför till att undersöka psykologers erfarenheter utifrån deras yrkesposition där fokus låg på deras upplevelser utifrån ålder och genus, två parametrar som enligt lagen inte kategoriseras som känsliga personuppgifter. För att skydda informanterna anonymiserades citaten som presenteras i resultatet. Då intervjufrågor ämnade undersöka yrkesmässiga upplevelser, bedömdes inte uppsatsen riskera att åsamka psykisk skada eller obehag. Utöver nämnda åtgärder inhämtades ett skriftligt informerat samtycke från uppsatsens samtliga deltagare (se bilaga 3). Som en extra försiktighetsåtgärd förvarades ljudinspelningar och transkriberat material på krypterade hårddiskar som enbart hanterades av oss författare. Materialet kommer att raderas när uppsatsen är examinerad.



Ett annat mikroetiskt ställningstagande vi har gjort i samband med denna uppsats har handlat om det tolkningsföreträde vi som författare till uppsatsen har över informanternas berättelser. Då vi varit teoridrivna har vi använt våra analytiska verktyg för att förstå deras berättelser och kan aldrig helt försäkra oss om att de tolkningar vi gjort stämmer överens med deras intentioner, upplevelser eller uppfattningar (Willig, 2013). På grund av de tidsramar inom vilka uppsatsen skulle genomföras har vi inte heller haft möjlighet att låta våra informanter godkänna våra tolkningar vilket rekommenderas i kvalitetskriterier för kvalitativ forskning (Willig, 2013). Vi har dock, i den mån informanterna så önskat, gett dem möjlighet att läsa igenom och godkänna transkriptionerna. Vi har i vårt arbete strävat efter att utgå från en feministisk omsorgsetik byggd på sociala värden så som omhändertagande och ansvarsfullhet snarare än rättvisa (Edwards & Mauthner, 2002). Det innebär att partiskhet utifrån kontext och maktstrukturer ibland bedöms vara det etiska valet före opartiskhet. Vi lämnar i och med detta ett klassiskt mer eftersträvat objektivt perspektiv till förmån för att reflexivt försöka medvetandegöra vår subjektivitet som författare (Willig, 2013). Vi ämnade vara reflexiva med våra ansatser och infallsvinklar gentemot våra informanter och de som tar del av uppsatsen. Genom vårt informationsbrev (se bilaga 2) har våra informanter fått ta del av uppsatsens syfte och forskarnas infallsvinkel och i och med samtycke accepterat detsamma.

Ur ett makroetiskt perspektiv har vi genomgående reflekterat över vad den typen av kunskap vi genom vår uppsats producerar kan få för socio-politiska konsekvenser. Att fokusera på positionerna "ung" och "kvinna" framför andra sociala kategorier på det sättet vi gjort kan argumenteras gå emot en intersektionell maktanalys eftersom det kan implicera att dessa två underprivilegier anses viktigare än andra. Intersektionalitet kom just som en reaktion mot ett endimensionellt feministiskt perspektiv med fokus enbart på kön (Berg & Wickman, 2010). Att välja just ung och kvinna var, som framgår ovan, utifrån att kunna rekrytera informanter utan att handskas med vad som etikprövningslagen betecknar som känsliga personuppgifter. Valet grundar sig också i det faktum att informanterna utifrån sin position som ung kvinna, i högre utsträckning antogs vara medvetna om och ha reflekterat kring normer och strukturer, då detta sker i högre utsträckning i grupper som utsätts för förtryck (Fors, 2018). Vi har också genomgående i vårt resultat och diskussion försökt visa på komplexiteten i hur makten är beroende av fler faktorer än ålder och genus, även om dessa är huvudfokus för uppsatsen.

## Resultat

Ur den kvalitativa analysen har tre teman med tillhörande underteman tagits fram med anknytning till den aktuella frågeställningen (se tabell 1).

Tabell 1

Översikt över huvud- och underteman med två nivåer.

Huvudtema	Undertema
Psykologisk behandling sker i en kontext	Organisationens makt. Strukturers makt över patientens lidande. Normer förblindar psykologen. Genus dolda roll i en behandlingskontext.
Ålder som komplex maktfaktor	Att vara ung psykolog som ett underprivilegium Likhet och olikhet – olika fällor
Försök att hantera makt	Jämna ut makt? Psykologrollens oundvikliga maktövertag Ett intersektionellt perspektiv hjälper

De två första temana svarar i huvudsak mot vad unga kvinnliga psykologer *tänker* kring makt i psykologisk behandling och det sista huvudtemat i större utsträckning svarar mot hur de *hanterar* makt i psykologisk behandling.

Det första huvudtemat "Psykologisk behandling sker i en kontext" handlar om hur yttre faktorer såsom organisationens ramar, samhällliga maktstrukturer och normer tar sig in i behandlingsrummet på olika sätt. Här ser vi hur normer och maktordningar påverkar

patienten, psykologen och dialogen dem emellan. Det andra temat “Ålder som komplex maktfaktor” förhåller sig till det första temat som ett exempel på kontextuella faktorer som påverkar där vi närmare undersöker ålder - en maktfaktor som framstår som outforskad samt unik i en professionell kontext. I detta tema använder vi också ålder som exempel för att titta på hur likheter och olikheter mellan patient och psykolog skapar olika dilemman i förhållande till makt. Det tredje temat “Försök att hantera makt som psykolog” försöker synliggöra de olika diskurser informanterna påverkas av och dilemman de ställs inför i hanterandet av de makt. Temat redogör för strategier som informanterna berättar om, så som maktutjämning, och om dilemman som psykologen möter på grund av den makt som psykologrollen innebär. Vi beskriver också hur vissa informanter använder ett intersektionellt perspektiv och på vilket sätt det verkar hjälpsamt.

### **Psykologisk behandling förs i en kontext**

Flera informanter vittnar om hur samhälleliga och andra yttre faktorer tar sig in i behandlingsrummet. Detta tema syftar således till att via informanternas berättelser åskådliggöra hur maktstrukturer på olika sätt påverkar patienten och psykologen inte bara ute i samhället utan också i vården och i behandlingsrummet.

Det första undertemat “Organisationens makt” berör hur informanterna beskrev att organisationen har makten över såväl psykolog som patient samt hur vårdapparaten sätter ramar för maktdynamiken dem emellan. Det andra undertemat “Strukturers makt över patienten och dess lidande” behandlar informanternas beskrivningar av hur strukturer påverkar patienten, vilket lidande dessa skapar och att som psykolog förhålla sig till det. Det tredje undertemat “Normer förblindar psykologen” fångar informanternas beskrivningar om hur psykologens egna privilegier kan spela in i maktdynamiken. Det sista undertemat “Genus dolda roll i en behandlingskontext” berör informanternas upplevelser kring på vilket sätt deras genus spelar, och inte spelar en viktig roll i en behandlingskontext.

**Organisationens makt.** Utifrån deltagarnas berättelser framgår det att kontexten har stor betydelse för patientens och psykologens makt i psykologisk behandling då den sätter grunden för att kunna få och erbjuda vård. På temat makt inleder informanterna ofta med att ta upp den maktlöshet som framförallt patienterna men också de själva känner inför den organisation de befinner sig i. Informanterna påtalar “höga trösklar” för att få vård och att patienterna tvingas “ställa upp så mycket de bara kan på de villkor som finns för att ens få vård”. En informant säger:”...man blir väldigt utelämnad som patient till den man råkar få [...]

man har inte så mycket själv att säga till om [...] det där tycker jag har varit en stor frustration för många.” Informanten kontrasterar här skattefinansierad vård med privat vård som på ett tydligt sätt visar hur pengar är ett privilegium som ger tillgång till vård på egna villkor:

[...] personen betalar själv för sin behandling, då kan man ju vara som patient, kräsen på ett helt annat sätt. Känns inte något bra, då går man ju inte tillbaka helt enkelt så utan begär att få träffa en annan, eller sådär. Så där känns det lite tycker jag, schysstare på det maktfördelningssättet att det blir mer på patientens villkor.

Samma informant pekar på hur det faktum att kontexten (privat versus skattefinansierad vård) ger olika förutsättningar för maktfördelningen mellan psykolog och patient påverkar henne: “Jag tror jag ställer högre krav på mig själv som behandlare när jag vet att det är en privatperson som tar ur sin egen ficka liksom för att träffa mig.” Att jobba i skattefinansierad vård blir på så sätt något som psykologerna kan uppleva som en begränsning där de vittnar med frustration om att inte kunna hjälpa patienten så mycket som de önskar och vill och kanske skulle kunna göra om så resurser fanns. Samtidigt problematiserar en informant att psykologen från patientens perspektiv faktiskt är en del av organisationen och därför i patientens ögon har mycket makt.

[...] men att kanske för patientens del så är jag en del av ett system som är liksom psykiatrin [...] jag försöker komma ihåg det att jag [...] att det finns en risk att jag kommer förtrycka den personen bara genom att vara en del av psykiatrin på något sätt.

Sammanfattningsvis kan vi se hur organisationens makt och den vårdkontext psykologerna arbetar i spelar in i maktfördelningen mellan psykolog och patient. Den skattefinansierade vården beskrivs som ett ramverk där å ena sidan både psykolog och patient blir maktlösa men där maktdynamiken å andra sidan visar på en större asymmetri då psykologen formellt har organisationen bakom sig. Att ha privilegiet att kunna betala för sin vård ger patienten ökad makt att utforma den efter sina egna villkor och maktdynamiken patient-psykolog emellan får ett utgångsläge som är mer jämlikt.

**Strukturers makt över patienten och dess lidande.** Nästan samtliga informanter vittnade om att de i sin vardag möter patienter som på olika sätt påverkas och drabbas av

samhälleliga maktstrukturer och normer. De beskrev också att det i det psykologiska behandlingsarbetet blev tydligt hur sådant spelar in och påverkar patientens lidande. Informanterna nämner exempelvis “destruktiva heterorelationer” där patienter blir osynliggjorda av sina partners, att de mött rasifierade patienter som är rädda för hatbrott eller hur betydligt äldre patienter inom vården blir illa behandlade och diskriminerade på grund av sin ålder. En del informanter lyfter också hur samhället i stort men också vården specifikt inklusive psykiatri fungerar diskriminerande mot människor med psykisk ohälsa. Flera uttrycker en vilja att gå emot och inte vara en del av detta. Informanterna vittnar om vårdpersonalens tolkningsföreträde och en, som en informant uttrycker det, “föreställning om att det är väldigt stor skillnad på patient och vårdpersonal... och liksom att vårdpersonal aldrig själv har varit patienter.”

En av informanterna resonerar kring hur könsnormer kan bidra till psykiskt lidande och hur en samhällsanalys hjälper henne att hjälpa patienten förstå sig själv och sitt lidande:

[...] till exempel mycket kvinnor som jag möter, och som har liksom en viss position liksom i familjen eller liksom deras relationer ser ut på särskilda sätt som påverkar mycket hur de mår [...] att liksom ta väldigt mycket ansvar hemma över familj och sådär, att det är någonting som märks jättemycket när jag träffar såhär kvinnor med utmattning. [...] ja men att det är ett sätt att förstå liksom varför personer betar sig som de gör och varför de har fastnat i det de gör och också, det är sådant som är svårt att påverka. [...] det blir liksom tydligt och känns viktigt att [...] prata om de aspekterna. Så att det... för att förstå tillsammans varför personen mår som den mår...

På samma sätt är en annan informant inne på vikten av att tillsammans med patienten “försöka lägga problemet där det hör hemma, inte bara försöka förändra sig själv in absurdum för att försöka passa in i någon slags normer som egentligen är orimliga för vem som helst att passa in i.” En annan informant nämner att hon tar in ett samhällsperspektiv i de fall hon uppfattar att patienten är mottaglig för det. Hon säger: “Med en del personer har jag också gett såhär psykoedukation om minoritetsstress och sådär, det är inte du som är känslig utan det är en grej, det finns forskning och sådär.”

En informant lyfter stigma kring intellektuell funktionsnedsättning. Hon nämner att personer med intellektuell funktionsnedsättning inte ens har “ett namn som man själv vill

använda för att beskriva sin funktionsnedsättning”. När det bara finns ord som känns nedvärderande för att beskriva sin funktionsnedsättning menar hon att det då blir svårt att prata om makt: “hur ska man då kunna känna såhär, [prata om] att det här har med makt att göra för den här personen kommer ändå inte klara sig på det sättet som en person som har dyslexi”.

Informanten lyfter också att denna patientgrupps funktionsnedsättning inte lika självklart kan vändas till något positivt att vara stolt över på samma sätt som minoritetsgrupper som hbtq och autism gjort med pride och aspie-pride. Hon säger:

[För] personer med intellektuell funktionsnedsättning finns det liksom... det finns inga beskrivna fördelar där, [...] Samtidigt som jag tycker att man måste ju [...] kunna lyfta det man blir utsatt för från sig själv och lägga det på samhället, så behöver man ju prata om makt med de här personerna.

Citatet vittnar om de patientgrupper som fråntas makt på ett flerdimensionellt sätt där personen förutom ett stigma har en funktionsnedsättning som minskar deras makt över sig själva och sina möjligheter i samhället. Informanten berör också dilemmat kring att hjälpa patienter tänka kring makt på ett sätt som inte automatiskt leder till “pride”.

En annan informant problematiserar att använda det strukturella perspektivet och menar på att det snarare kan förstärka patientens känsla av maktlöshet och passivitet vilket blir ett hinder för förändring. “För oavsett dom strukturerna [...] ta en maktlös position [...] det är någonting som absolut inte hjälper patienten”. Att använda samhällsliga strukturer som förklaringsmodell, menar hon hjälper inte patienten i sin strävan mot förändring. Hon fortsätter senare:

Och så kanske kvinnor då lättare hamnar i det [att ta en maktlös position], men det [att se till strukturella faktorer] gör det ju ännu svårare att komma ur den... det blir ju på något vis lite förstärkt då, i terapin också.

Informantens perspektiv kastar ljus på hur strukturella förklaringar kan avlasta patienten, men också bidra till ytterligare känslor av maktlöshet genom att indikera att

patientens problem är omöjliga att lösa i terapin eftersom det ändå är strukturen som är problemet, fast att det ofta är mer nyanserat än så.

Sammanfattningsvis kan vi förstå hur informanterna på många sätt ser hur strukturer bidrar till patientens lidande och använder sina analyser till att förstå och spegla patienten. I vissa lägen menar informanterna, kan det vara bra att ge ytterligare psykoedukation för att validera och frånta patienten skuld och ansvar, samtidigt problematiserar informanterna kring att det i andra sammanhang kan förstärka känslan av maktlöshet.

**Normer förblindar psykologen.** Vissa informanter beskrev att de på olika sätt kan hamna i fällor som kan tolkas som att de förblindas av rådande samhällsnormer. Flera informanter diskuterade att de hade blivit medvetna om hur normer färgar deras benägenhet att se, undersöka, skapa hypoteser, bedöma och diagnostisera olika symtom hos kvinnor respektive män. En informant nämner exempelvis att "...En sådan diagnos som emotionell instabilitet [...] är jag nog mycket mer observant på när det gäller kvinnor" eller att: "...problem med ätande, eller vikt eller sådana saker, frågar jag i mycket högre utsträckning de kvinnliga patienterna än vad jag gör med de manliga. Det har jag märkt eftersom det ibland har kommit fram... liksom sent." Citaten belyser hur informanten när hon synade sig själv upptäckte att hon ibland behandlar kvinnor och män olika baserat på stereotypa könsnormer om hur lidande kan ta sig i uttryck. Ett par informanter nämner också hur en stereotyp mansroll påverkar hur vi förstår och bemöter män och deras lidande. En informant beskriver följande:

Jag tror att en sån sak som typ så här gråt. Hur man är såhär, hur ledsen man är, eller hur det är att vara ledsen, i samtalet, det tror jag är lite olika.... Eh... att jag har upplevt, ja men några gånger att.. det har känts mer känsligt när jag jag haft en manlig patient liksom. Ehm... att jag har förhållit mig lite mer... vad ska man säga, diskret till det.

Psykologers ofta privilegierade samhällsposition var också något som ansågs kunna förblinda psykologen: "Ja och att vi lever som många som grupp-, privilegierade liv, och alltså socialt säkert, och det kan vara väldigt svårt att relatera då till, betydelsen av att inte ha det så för mående". Informanten synliggör vikten av att inte bara se till patientens position i förhållande till samhället utan också reflektera kring sin egen och vilka möjligheter man utifrån den har att kunna relatera och förstå.

En annan informant trycker på vikten av att lägga tillbaka ansvaret för förändring hos patienten, insåg under samtalets gång att hon ibland är mer konfrontativ med manliga patienter och mer försiktig och inlindande med kvinnliga patienter. Hon säger menar att "...det kanske finns någon maktaspekt i det." På frågan vad det skulle kunna bero på svarar hon:

[A]tt jag har någon idé...[...] Nästan som att jag själv då, har någon slags idé om att, det är att vara kvinna, då är man lite mer hjälplös och lite mer offer. Även fast jag tycker ju inte det egentligen, jag tänker ju också, alltså jag tycker ju det, såhär på ett strukturellt plan tänker jag ju att man är mer, man har mindre makt. Eh, men jag tror att det också såhär seglar in lite i terapisituationen.

I citatet synliggörs hur informanten förhandlar med sig själv kring strukturers roll i terapirummet och huruvida hon som psykolog i en behandlingssituation ska använda och applicera sin förståelse för hur samhällsstrukturer, här könsroller, eller inte. Samtidigt får hon också syn på att hon på något plan gör det ändå.

Detta undertema kan sammanfattas som att informanterna kan se och märka själva hur de, trots ett ofta normmedvetet perspektiv, kan låta sig förblindas av könsnormer. De beskrev hur de hamnar i att exempelvis förstå och bedöma kvinnor och män olika och ha olika förväntningar på dem. Vi kan också se hur en informant kastar ljus på vilken av att se till hur ens eget, ofta privilegierade perspektiv kan försvåra för psykologer att se vikten av de strukturella perspektiven.

**Genus dolda roll i behandlingskontexten.** Flera informanter deklarerar i förhållande till makt och genus tydligt att de inte känner sig underprivilegierade i relation till sina patienter som följd av sitt genus. Samtidigt kastar flera av informanternas citat ljus på hur deras genus har en betydande roll för maktdynamiken. Många informanter pratade om att deras genus inte upplevdes vara något negativt i patientrelationen. "... jag vet inte hur mycket jag har känt av att det är en nackdel... begränsning, för mig, som kvinnlig psykolog, mer att det motsvarar liksom förväntan... Av, vad en psykolog är." En annan informant är inne på samma spår, att hon inte upplever sig missgynnas på något sätt utifrån sitt kön, och menar att hon snarare reflekterar mer utifrån andra parametrar så som klass, kognitiv funktionsnivå och patient-vårdpersonal.



Flera informanter resonerade kring att vara kvinna dels går i linje med psykolognormen och dels att stereotypa könade föreställningar om kvinnan matchar psykologrollen eftersom det allmänt anses: "lättare att prata känslor med kvinnor, eller att kvinnor är bättre på att lyssna". Samma informant fortsätter:

Ibland snarare så upplever jag att det finns ett... ganska liksom direkt förtroende [...] jag är en ganska ohotfull person liksom[...] och där bidrar ju mitt kön liksom och typ utseende till det [...] ja, att vara en snäll kvinna, inom citationstecken, ger en också ett liksom ett... förtroende som man liksom inte behöver kämpa för.

Det förtroende som informanten talar om kan också tolkas som hur hennes genus och ålder har en maktutjämnande effekt; att den psykologmakt hon besitter på så sätt tonas ned. Några informanter lyfte också att patienter de möter med erfarenheter av att ha blivit utsatta för våld av män ofta uttryckligen önskar en kvinnlig psykolog.

Något som flera informanter diskuterade var att genus framförallt märktes i relation till kollegor och på arbetsplatsen. En informant upplevde att det faktum att hon var ung kvinna var tydligare "på arbetsplatsen i stort i förhållande till kollegor och liksom i en organisation, än vad det gör liksom mötet med en patient". En annan informant vittnar om att "manliga kollegor, med typ lika mycket erfarenhet som jag, blir mer lyssnade på och kan säga precis samma sak som jag säger och få en helt annan respons".

En informant resonerade kring varför genus, eller kombinationen ung och kvinna, spelar olika stor roll i relation till patienter i jämförelse med kollegiala sammanhang. Hon menar att psykologrollens makt beskrivs dominera över andra maktrelationer som också kan finnas i psykolog-patientrelationen.

Jag tror att en faktor är att det finns en maktutjämning i, om jag skulle träffa en manlig patient som är äldre än jag så har jag ju fortfarande enorm maktsituation i den positionen eller situationen, som jag tänker jag spelar roll. Jag skulle nog kanske säga att konkret liksom mellan två personer så upplever jag att vårdgivare och patientrelationen liksom trumfar den andra maktrelationen.

I vissa intervjuer framkommer det exempel på när informanternas genus spelat en roll, om än sällan en speciellt avgörande roll. En informant berättar att hon fått sexistiska kommentarer av patienter vilket skapar en ökad självmedvetenhet om sitt utseende och sin klädsel och en strävan att klä sig neutralt:

Det har nog inte varit så många situationer där jag har tyckt att det har varit särskilt obehagligt, det som händer mellan mig och patienten. Men jag tycker att det skulle vara väldigt jobbigt i fall kollegor skulle tycka att jag på något sätt, vad heter det på svenska... 'lead on'... alltså anspela på sitt utseende eller så.

Att informanten inte kände sig hotad i situationen skulle kunna förstås som att hon hade andra maktmedel i relation till patienten men att hon fortfarande tvingas förhålla sig till att hon kan bli sexualiserad. Samma informant problematiserar neutralitetsidéalet hos psykologer när hon säger att “det är ju lätt kanske att också framstå som neutral om man är, ja, i en viss ålder, vit i en viss viktklass, alltså sådär typ. Ofta tar det där liksom inte alls hänsyn vilka förutsättningar om man är neutral”.

Sammanfattningsvis kan vi se hur genus, trots att det inte upplevs som ett problem, spelar roll för maktfördelningen mellan psykolog och patient. Många vittnar om hur deras genus går i linje med psykolognormen samt att deras samlade privilegier tillsammans med psykologrollens makt väger över patientens. Vi får samtidigt syn på situationer där informanternas genus och makten kopplat till detta blir synlig i form av ett automatiskt maktutjämning.

### **Ålder som komplex maktfaktor**

Majoriteten av informanterna berör i sina berättelser hur deras unga ålder, i högre utsträckning än deras genus som kvinna, skapat funderingar och på ett eller annat sätt spelat en roll i deras arbete som psykolog. Ålder kan här ses som om ett exempel för att illustrera hur normer är kopplade till makt och hur ålder som maktfaktor tar sig i uttryck i en behandlingskontext. Detta är fokus under det första undertemat “Att vara ung psykolog som ett ‘underprivilegium’”. Därefter behandlas “Likhet och olikhet - Olika fällor”, ett undertema som sammanfattar informanternas tankar kring och upplevelser av likheter och olikheter mellan patient och psykolog och hur det upplevs påverka.

**Att vara ung som ett "underprivilegium".** Nästan alla informanter vittnade om hur de på olika sätt är eller har varit medvetna om deras ålder och har reflektioner kring patienternas föreställningar om det. En av informanterna uttryckte sig på följande sätt:

[J]a men jag hade det rätt mycket med mig, det hade jag verkligen. [...] jag var inte osäker på min egen kompetens. Det är klart att man aldrig kan ha upplevt allt [...] utan det jag var orolig för var mer om patienten skulle känna sig missnöjd, eller typ besviken eller något sådant på... att de fick träffa- så där kände jag nog mer också att det, att jag blev ännu mer mån om att prestera bra och göra ett bra jobb, för att typ motbevisa liksom att ... att jag var ung. Men där tror jag också att det kom kanske inte egentligen från patienterna utan att det mer var jag som... som lade det på mig själv.

En annan informant uttalade sig om patientens föreställningar:

Jag vill inte att man skulle känna sig som att "ja det är lätt för dig som är ung och frisk och stark bla bla bla" liksom, men att det är som att jag inte kunde sätta mig in i hur situationen är för dem. Man skulle vara ung och naiv, så.

I båda citaten synliggörs informanternas föreställningar om att patienterna inte kommer att uppfatta dem som kompetenta, mycket på grund av psykologens antagna brist på livserfarenhet. De belyser också hur detta har lett till kompenserande beteenden eller att de, som en annan informant uttrycker det, måste "bevisa sig lite mer om man är yngre." Flera informanter uttrycker att de ser en logik i varför hög ålder är eftersträvansvärt. En informant säger: "Som yrkesperson tänker jag att en hög ålder oftast [...] premieras. Och det tycker jag är rimligt för att med ålder kommer ofta erfarenhet, dom går ju ofta hand i hand." En annan informant pekar på komplexiteten i att å ena sidan ha respekt för sin bristande kompetens som ny och å andra sidan akta sig för att kompensera:

Alltså jag tänker man får akta sig för att hamna i att kompensera [...] Alltså det är ju ingen fara att förbereda sig extra mycket därför att jag har aldrig gjort det här förut som praktiker, men att tänka att liksom "nu måste jag verkligen såhär, nu måste jag

kaxa upp mig för att jag, för att jag känner jag mig så ung och underlägsen liksom" att, kanske försöka och inte hamna i det.

Ytterligare en annan informant reflekterar kring att det på pappret är hennes akademiska kunskap som kvalificerar henne som psykolog men hur ålder och livserfarenhet kom att spela roll för hennes känsla av kompetens:

[D]et känns liksom speciellt på något sätt att jag ska hjälpa den här personen och kanske ge något råd [...] att jag liksom bedriver ju min terapi inte egentligen på grund av att jag har en massa erfarenhet utan på grund av att jag gått en utbildning och typ, har kanske en viss akademisk kunskap [...] jag kanske använder den för att hjälpa den här personen förstå hur den ska göra eller lösa någon slags problem och eh... att jag liksom ibland då kanske kan ha en liten röst som säger såhär "vad fan vet du om det här, den här personens lidande, den här personen har levt i massa år"

När informanten resonerar kring att hon bör kunna luta sig tillbaka på sin professionskunskap blir det tydligt hur hon som ung känner sig illegitim i förhållande till den makt hon besitter i egenskap av psykolog. Ett annat perspektiv på att vara en ung psykolog som lyfts fram av flera informanter är att deras unga ålder också kan vara något positivt. Det framhävs att man till skillnad från en äldre psykolog kanske inte tänker att man "vet redan vad det är för problem, utan [...] att det finns en, en äkthet eller nyfikenhet i också att vara ung." Ett sätt att förstå varför det upplevs som positivt att vara ung, skulle också kunna vara att det också påverkar maktbalansen åt ett håll som blir fördelaktigt för patienten, vilket gör psykologens ålder till en maktutjämnande faktor.

På frågan hur det kontrasterar att ha yngre och äldre patienter svarar en informant: "Alltså det spelar roll för min känsla av... av makt, eller av liksom det maktförhållandet liksom..." En annan informant beskrev att det med yngre patienter upplevs lättare att "ta den professionella rollen". Ålder beskrivs på så sätt som relativ maktfaktor som blir mindre viktig i relation till yngre patienter.

Sammanfattningsvis belyser informanterna hur deras ålder bidragit till en internaliserad känsla av illegitimitet i sin psykologroll som gör att de hamnar i att ifrågasätta sig själva och sin kompetens, sin förmåga att förstå och relatera samt sitt mandat att uttala sig

som psykolog. Detta kan tyda på en norm om att psykologen ska vara en äldre person vilken inger förtroende genom antagen livserfarenhet. Detta är ett ideal som psykologen måste kämpa mot på grund av sin bristande (arbets-)livserfarenhet. Flera informanter vittnar också om att patienternas ålder spelar roll för deras relativa känsla av makt i förhållande till olika patienter, där det känns mindre tryggt med äldre patienter men att det också kan ses som någonting positivt då det kan fungera maktutjämnande på samma sätt som genus i föregående avsnitt.

**Likhet och olikhet – olika dilemman.** En annan dimension som flera informanter lyfte när vi pratar om att arbeta med yngre respektive äldre patienter, handlar om att ha eller inte ha delade erfarenheter och referensramar med patienterna. Det här undertemat syftar till att belysa vad likheter och olikheter kan göra med psykologen. Det handlar dels om maktdynamiken i behandlingsarbetet och dels om vilka risker det kan medföra gentemot patienten beroende på hur psykologen hanterar dessa. Flera av citaten ovan framställer på olika sätt hur psykologens och patientens delade referensramar omöjligt kan vara en förutsättning för att bedriva ett bra behandlingsarbete, men att det är något som trots allt har betydelse för informanterna och deras känsla av kontroll och trygghet i behandlingsarbetet. En av informanterna reflekterar i följande citat kring hur den delade erfarenheten med en yngre person gör henne mer trygg i psykologrollen:

...sen så är det också, har jag märkt att jag använder nog mig själv mer som exempel, med yngre personer har jag mycket lättare. Och det är ju liksom naturligt, för jag har ju också lättare att relatera, har liksom varit med om liknande saker, men att, att det kan liksom bidra till den här lite, liksom tryggheten som behandlare liksom. [...] Men så att det är ju svårare med äldre, just för att jag har ju inte riktigt lika lätt att komma på exempel och kanske inte har liksom varit med om sådana saker, som att jag inte har barn själv och såna saker.

Det blir tydligt att den ökade möjligheten att relatera till och dela erfarenheter med jämnåriga eller yngre patienter, skapar en positiv känsla av trygghet hos informanten. Tryggheten som informanten beskriver kan kanske delvis, som föreslås i ovanstående undertema, bero på att maktdynamiken mellan den unga psykologen och en jämnårig eller yngre klient kan betraktas som mer jämlik, vilket för psykologen suddar ut underprivilegiet att

vara ung i en behandlingskontext. Att kunna bidra med egna erfarenheter och livserfarenheter kan också göra att informanten känner sig mer kompetent eftersom hon har närmare till att förstå och relatera till den yngre patienten. En annan informant visar emellertid att likhet i ålder också medför svårigheter:

Att jag kanske, på gott och ont, kanske relaterar lite mer till det de berättar. [...] Men det kan ju också vara en nackdel för att det kan bli mer som en vänskaplig relation som kanske inte alltid, även om den kanske är mer maktjämn, så kanske den inte alltid är det bästa för liksom, behandlingen eller syftet.

Citatet ovan kan förstås beröra att en risk med delade erfarenheter är att skapa en nära relation som för mycket påminner om en vänskapsrelation, med risken att glömma att en patient-psykologrelation i grunden är asymmetrisk maktmässigt. En annan informant talar om att utmaningen med just yngre patienter mycket handlar om att mer behöva föra tillbaka till fokuset för behandlingen och inte låta samtalet bli för vänskapligt. En annan risk som lyftes av flera informanter var att likhet kan leda till att psykologen inte utforskar tillräckligt mycket, på grund av en överidentifikation med patienten:

Alltså jag antar att det som skulle kunna vara ett problem är väl om man inte ställer tillräckligt många frågor för att man tror att man förstår. [...] Och istället, och när det är någon som är väldigt olik en själv [...] lite undermedvetet kanske man ställer mer frågor för att man behöver faktiskt förstå [...] då kanske man blir mer på många sätt, kanske mer objektiv.

Citatet ovan belyser också en positiv aspekt av att vara olik sin patient utifrån att en mer utforskande hållning bidrar till en förståelse av patienten som baseras mer på patientens än psykologens erfarenheter. Det kan också utläsas att en annan fördel med att vara olik sin patient, exempelvis äldre patienter, är att det blir lättare att hålla på det professionsetiska ramarna och inte riskera att skapa rollförvirring eller överidentifiera sig med sin patient.

Emellertid kan en risk med äldre patienter å andra sidan vara att den unga psykologen har svårare att relatera och förstå. I följande citat reflekterar en informant kring olika erfarenheter hos patienter som hon själv inte varit med om:

Jag vet inte om dom tänker att jag är förälder, alltså, jag tänker att det är lite saker som man pratar om med barn är ju lite såhär allmänmänskliga, alltså jag, jag fattar ju också att man är orolig för sina barn, även om jag inte har barn. [...] Så det är ju liksom saker som jag tänker att man förstår [...] även om man liksom, emotionellt inte kan sätta sig in i exakt hur det känns. [...] om man typ jämför med någon som varit med om en våldtäkt, som jag, inte har varit, tack o lov, eh, då vet jag ju inte hur det är, eh... på samma sätt som jag inte vet hur det är, att ha barn, men... skillnaden där är, alltså den som har blivit våldtagen där säger ju inte "du vet hur det är när man har blivit våldtagen".

Trots att en ung psykolog kan sakna livserfarenheter som exempelvis att ha barn, kan det ändå finnas en förväntan hos patienter att psykologen ska kunna relatera den sortens "allmänmänskliga" upplevelse. I motsats till detta pratar informanten om andra patienter som har erfarenheter som inte är "normala", men där det inte heller finns någon förväntan på psykologen att hen ska förstå eller kunna relatera. Ur ett maktperspektiv skulle denna skillnad i krav på psykologen kunna betyda att patienter med "normbrytande" erfarenheter, har mindre chans att kunna erfara den gemenskap som det innebär att dela erfarenheter med psykologen.

Sammanfattningsvis kan man se hur likhet och olikhet upplevdes påverka maktdynamiken och skapa olika fällor för psykologen. Informanterna upplevde att en stor åldersskillnad, eller andra större skillnader i erfarenheter, resulterade i en svårighet att förstå och relatera till patienten. Det skapade en osäkerhet hos psykologen, men utmanade också till att anta en undersökande hållning, luta sig tillbaka på metoden och stimulerade till att ställa högre krav på sin professionalitet. Med yngre patienter upplevdes maktdynamiken mer jämlik vilket många informanter uppfattade som mer tryggt då de lättare kunde relatera till dessa. Samtidigt visade vissa informanter på risken att förblindas av likheten; att överidentifiera sig med sin patient och utgå för mycket från sina egna erfarenheter, samt att genom att använda delade referensramar som ett sätt att bygga allians, kan vara vilseledande då relationen upplevs som vänskaplig och jämlik, trots den faktiska maktobalansen.

### **Försök att hantera makt som psykolog**

Följande tema fokuserar på informanternas förhållningssätt och försök att hantera makt. Första temat "Jämna ut makt?" beskriver hur de flesta informanter ägnar sig åt olika sätt

att försöka jämna ut den maktasymmetri de upplever mellan psykolog och patient, och hur de tänker kring att jämna ut makt. Det andra temat "Psykologens oundvikliga maktövertag" undersöker informanternas upplevelser av att tillskrivas makt via psykologrollen och de etiska dilemman som uppstår då den oundvikliga psykologmakten går emot deras värderingar att vilja ha en maktjämn relation. I det sista temat "Ett intersektionellt perspektiv hjälper" beskrivs hur informanterna menar att ett intersektionellt perspektiv hjälper dem hantera makt.

**Jämna ut makt?** Många informanter lyfter en strävan att jämna ut makt i relation till sina patienter utifrån tanken att en mer jämlik maktbalans är önskvärd. En informant menar att ett sätt att jämna ut maktbalansen är att vara medveten om den kunskapsmakt som en psykolog har och att dela med sig av sin kunskap till patienten och på så sätt ge den makt:

Jag tänker att en del behandlare tror att patienterna vet samma saker som de vet om till exempel hur det fungerar i vården och att det är inte ont menat så, men det är naivt.

Och att där får man ta ett ansvar för att försöka fylla kunskapsluckor till exempel. Som jag tycker att en del missar att man faktiskt behöver ta.

En annan informant pratar om att jämna ut makten som snarare kanske kommer från den sociala makt man kan signalera med hjälp av kläder och liknande och att på så sätt försöka matcha sin målgrupp. Hon pratar också om hur språk kan vara ett maktmedel och att akta sig för att använda ett "kliniskt lite högrävande språk" och i stället uttrycka sig vardagligt, begripligt och tillgängligt. För henne har det inneburit att aktivt jobba med sitt språk och att stämna av tillsammans med sina patienter att hon gör sig förstådd: "då har jag ibland bett mina patienter så här utvärdera hur begriplig har jag varit".

Flera informanter lyfter också vikten av transparens och en av dem talar om att prata öppet kring den makt man faktiskt *inte* har som psykolog och menar att "Jag kan tycka att det är lika illa ifall personen sitter där och tror att jag har en massa makt som jag inte har, då kommer ju det påverka!" Informanten visar på hur hon genom att vara transparent med sina befogenheter skapar en mer jämlik och kollaborativ utgångspunkt tillsammans med patienten.

Andra sätt att jämna ut makt som informanterna lyfte var att påminna både sig själva och patienterna om att patienten är expert på sig själv, att tillsammans med patienten sätta



agenda och att skapa personligt relevanta mål, att inte sitta inne på hypoteser eller gömda agendor samt att utvärdera arbetet de gör tillsammans. En annan informant lyfter dock ett annat perspektiv som tolkas handla om att ta ansvar för makten:

Ehm... Jag har tänkt ganska mycket tror jag att... det är viktigt och att ta den makten på något sätt, att inte lägga över det på patienten liksom. [...] erkänner liksom obalansen i förhållandet liksom mellan patient och psykolog och att jag ibland kan tycka att det är, att det känns lite orealistiskt och lite att man förnekar någonting när man [...] pratar om att man, att man ska vara en... ha en jämlik relation och man ska ha samarbete och ja, det kan bli lite skevt tycker jag, ibland.

På vilket sätt hon tar ansvar svarar hon:

...jag tänker att använda mig av min kunskap, att när jag ser någonting eller uppfattar någonting, att inte, även om patienten inte alls ser det, eller uppfattar det eller liksom [...] att ha kvar hypoteser eller idéer eller observationer liksom [...] även om patienten säger såhär "nej men det här är inga problem alls på det här området" att, att jag kan ha en annan åsikt, eller en annan uppfattning som jag kanske inte såhär måste dela direkt.

Citatet berör de situationer där dilemmat kring psykologmakten blir tydlig först när patientens och hens förståelse av sig själv inte stämmer överens med psykologens bild. Informantens resonemang går på ett sätt stick i stäv med hur andra informanter betonat att inte sitta inne på hypoteser och tankar kring patienten som expert på sig själv. En annan informant reflekterar kring hur en föreställning om maktutjämning är svår i praktiken, men att det ändå är värdefullt att i alla fall sträva efter att ge tillbaka makt till patienten genom att ge patienten kunskap och hjälpa dem formulera sina problem:

...ja men det finns ju den här klassiska föreställningen typ om att det ska vara så här "ja psykologen är expert på metoden eller terapin och patienten är expert på sitt eget liv" [...] det kan ju vara ganska svårt att hålla det så i praktiken, men jag tror att om man försöker liksom ge liksom personer själv makten att liksom definiera kanske sitt problem och vad den vill ha hjälp med och kanske sina egna erf- alltså verkligen sina

egna erfarenheter, få sätta egna ord på dem, att ja men det tror jag bara blir bättre för alla inblandade och jag tror att det är svårt att liksom bedriva psykologisk behandling utan att försöka ge tillbaka lite av makten till patienten typ.

På liknande sätt är en annan informant inne på att det kanske inte går att helt jämna ut makt men att det i alla fall är viktigt att undanröja de hinder som kan komma av en allt för stor maktasymmetri, som leder till att vi inte förstår och kan hjälpa patienten alls. Istället uttrycker informanten att en får göra "så gott man, så gott det går för att utjämna, eller i alla fall för att det inte blir ett stort hinder, för det arbete vi ska göra tillsammans".

Sammanfattningsvis kan vi se att det finns en samstämmighet kring att en kan och bör använda olika strategier för att ge patienten makt, bland annat i syfte att hjälpa patienten att själv formulera sina problem för att undvika att jobba efter en felaktig konceptualisering. Samtidigt lyfter en annan informant risken med att tro att det helt går att jämna ut makt och trycker på vikten av att som psykolog också ta ansvar för sin roll, den makt den medför och den kunskap en besitter.

**Psykologrollens oundvikliga maktövertag.** Samtliga informanter berörde upplevelser av att psykologrollen oundvikligen innebär makt i förhållande till patienten och att detta upplevdes som en viktig och betydande makt som de ibland också brottades med. En av informanterna talade om vikten av att ha respekt för den typ av makt det innebär att exempelvis ställa diagnoser:

...jag tycker att liksom diagnossättning är en makt. Det är ett maktutövande, ett myndighetsutövande, och att... det är en som en... liksom, process som [...] som jag är respektfull inför, som jag tycker är svår, därför att... det får en påverkan på någons liv, vad jag bestämmer att dom har, utifrån att jag träffar dom som, inte så jättemånga gånger i ett specifikt skede i deras liv.

En annan informant pratade om två andra aspekter som bidrar till psykologens makt:

...ja men jag tänker typ alltså så jätteuttröttat uttryck men att kunskap är makt och att som psykolog så har man dels någon slags företräde i att beskriva eller förstå hur psykiskt lidande uppstår och vad i ditt liv som gör att du lider, blir deprimerad, får

psykos eller vad som helst. Men sen så tror jag också att typ, att kunskap över hur hela vårdapparaten fungerar, vilka olika instanser som finns, var vänder man sig för att få rätt vård, hur kan man uttrycka sig så att man blir förstådd i samtalet med en läkare... [...] ja men kunskapsövertag som absolut inte har att göra med intelligens eller liksom utbildning, utan snarare någon slags, att ens roll och det system man jobbar i på något sätt ger en någon slags företräde i att uttrycka sig och säga hur saker är.

Informanten talar om vad som bidrar till psykologens maktposition; det kunskapsövertag psykologen har kring både vårdssystemet och klinisk psykologi, och hur psykologen via det har och tillskrivs tolkningsföreträde kring patientens problematik. En annan informant pratade just om tolkningsföreträdet som något hon på riktigt fick syn på under psykologutbildningen i sin utbildningsterapi: "Det är först när man hamnar på andra sidan som man förstår det kanske."

Flera informanter berörde att man på olika sätt får agera med ödmjukhet, som en informant uttrycker det, "det står ändå psykolog på min dörr och det ger vissa föreställningar om vad jag kan och vad jag vet". Flera informanter uttryckte en rädsla att omedvetet göra övertramp och råka skada eller sära patienter i och med det tolkningsföreträde de tillskrivs i egenskap av psykolog. En informant sa följande:

Men det, ibland så tycker jag att det känns ganska så jobbigt att också, att någon tror, eller att någon liksom ger en den kunskapsmakten på nåt sätt, att... ja men att jag kan bli såhär orolig att jag ska säga nånting som ska sära personen för att den tänker att det är jag som säger det liksom, någon slags sanning eller... Så det är lite både och tror jag..

Samma informant talade just också om hur hon kan hamna i att ifrågasätta rätten till den makt som tillskrivs psykologrollen. Hon sade att "på något sätt har ju jag den rätten för att jag har en viss utbildning. Alltså då har jag rätt att säga till den personen 'du funkar såhär, och det är på grund av det här och det här'". Hon menar dock att "det är en väldig maktposition, för även om den här personen inte håller med om till exempel den diagnosen jag sätter så spelar det ju ingen roll för den kommer ju få den diagnosen ändå."

Citaten visar, kanske inte helt förvånande, att makten upplevs svårare att bära när ens bedömning inte går i linje med det som patienten själv säger. En annan informant arbetar med personer med intellektuell funktionsnedsättning och reflekterade över sin makt i relation till dem som patientgrupp:

[...] personer med intellektuella funktionsnedsättningar har ju oftast egna strategier för att förhålla sig till att de inte har så mycket att säga till om i sina liv, att människor försöker styra dem på olika sätt, och där... det tänker jag är mycket som ett etiskt dilemma i mitt jobb nu... mycket, när är det till exempel bra att försöka få någon att äta nyttigare och när är det liksom ett maktutövande att liksom manipulera någons vardag så att det ska se ut på ett annat sätt än vad en själv hade valt, eller sådär. Så då tänker jag mycket på det där.

Informanten vittnar om svårigheten i att använda makt mot patienter som också i grunden har fundamentalt mindre makt i sitt liv i övrigt. Flertalet informanter pratade om att de i sin vardag möter människor som lider av strukturellt förtryck på många plan i sitt liv, och en vilja hos psykologerna att inte skapa ännu en maktrelation som befäster dessa patienters maktlöshet:

Näe, ja men precis, för det har jag känt verkligen som att det är något som har varit genomgående för de som jag har träffat med långvarig smärta att man har spenderat mycket tid i miljöer där man har haft väldigt lite möjlighet att styra över.. [...] Och då vill inte jag medverka till att det blir ännu mer så svårt att styra.

Sammanfattningsvis kan vi se att samtliga informanter tar upp psykologrollens makt som den kanske viktigaste och mest centrala maktaspekten de förhåller sig till. Det handlar dels om konkret makt som kan uttryckas genom att sätta diagnoser eller utredningar vilka har avgörande konsekvenser för en patients liv. De pratar också om den makt som följs av att tillskrivas expertmakt, att ha ett kunskapsövertag och att via det ges ett visst tolkningsföreträde. Makten verkar skapa konflikt i psykologen när psykologens förståelse och bedömning av patienten strider mot patientens åsikt, och värderingar om en jämlik person-

centrerad vård utmanas. Än svårare blir det om patientens samlade underprivilegier är många då maktrelationen blir ännu mer asymmetrisk.

**Intersektionellt perspektiv hjälper.** Ett sista perspektiv som en del informanter lyfte för att tänka kring och hantera makt var att de genom att använda ett intersektionellt maktperspektiv strävade efter att lyfta in så många maktaspekter som möjligt och se hur de samverkar både hos patienten och sig själv.

Följande informant pratade om män som har diagnoser som vanligtvis är kvinnodominerade, och menade att det är otillfredsställande att se på denna grupp utifrån ett endimensionellt könsmaktperspektiv. Citatet kastar ljus på hur normer kring genus också drabbar män på ett negativt sätt:

En del män har haft diagnoser som vanligtvis är ett kvinnodominerat [...]. Så då tycker jag att de männen har fått brottas mycket med också sina förväntningar och, på till exempel många som har kämpat med att inte kunna jobba så mycket som man vill, inte kunna försörja sin familj, att det blir mer skamfyllt, att man har mer såna produktionskrav på sig själv, kanske, eller en del men i alla fall har haft.

Informanten lyfter vidare vikten av att utgå från varje patients unika förutsättningar och begränsningar för makt som kan liknas vid ett intersektionellt perspektiv:

Jag tycker också att de män som jag har träffat, de har också varit offer för, sen jag kan inte säga att all smärta, beror ju på kontextuella faktorer så, det gör det såklart inte. Men att även män som har varit i dåliga relationer har haft jättehöga krav på sig själv, inte har haft någon uppmuntran, har haft partners, kvinnliga oftast som har behandlat dem riktigt dåligt. [...] Att det har varit svårt då att kunna säga så här "ja män hamnar ju i den här rollen i samhället och kvinnor hamnar i den här rollen" utan att man måste ju ändå se till, men vad har den här personen faktiskt varit med om. Så väldigt svårt att bara rakt av säga att "såhär är det ju för alla", det tycker jag, det har jag försökt att säga emot patienterna på också, att en del kan fastna i att ja vi vet ju alla hur män är, de är ju hopplösa, att faktiskt också lyfta att det finns ju många män som har det väldigt kämpigt också, så. Män blir också lidande av ojämlikheterna.

Informanten gör tydligt att förtryck kan straffa även män och att en för att förstå detta inte får vara för endimensionell i sin maktanalys. Trots att exempelvis män och kvinnor på gruppnivå har en maktdynamik som gynnar mannen, eller trots att patient-psykologrelationen på gruppnivå gynnar psykologen, finns det alltid undantag. En informant reflekterade också kring hur psykologens maktposition är ett resultat av både psykologens och patientens positioner:

När jag läste om studien också så blev det så tydligt för mig att jag har framförallt jobbat i verksamheter där jag tycker att jag har haft väldigt mycket makt i relation till patienterna. Det är ju väldigt få patienter som jag saknat makt [i relation till] eller känt mig liksom utsatt utifrån mina olika identitetsparametrar eller sådär. Men det är ju för att jag också jobbat mycket med personer med funktionsnedsättning eller med personer som har liksom ganska låg samhällsstatus eller vad man ska säga. På andra sätt.

En annan informant menar att hon uttryckligen använder sig av det intersektionella perspektivet för att se till sina och patientens förutsättningar:

Jag har en mer så intersektionell syn på makt så jag tror ju på många sätt om jag går till mig själv, då tänker jag ju att jag på många sätt är i en maktposition för att jag är liksom, en vit medelklasskvinna med akademisk bakgrund, jag har ett jobb, jag har ett boende, jag är heterosexuell, alltså det finns en massa saker i mig som gör att det eventuella missgynnande jag skulle ha på grund av att jag är kvinna, vägs upp väldigt mycket av andra privilegier. På samma sätt så tycker jag inte att jag kan säga att [...] jag har mindre makt än alla män jag möter för de kan ju ha andra faktorer som gör att de är mer utsatta i samhället eller har mindre rörelsefrihet.

En annan informant pratade explicit kring hur hon använder ett intersektionellt synsätt som ett "reflexionsverktyg" som hon använder i sitt liv i allmänhet men också för att förstå patienten och relationen som uppstår dem emellan. På så sätt kom informanten in på hur hon ska förhålla sig till sina egna över- och underprivilegier:

Jaa, jag tror liksom inte att det funkar att typ bara gå in och tänka såhär "ja men jag ska skita i att jag är ung" typ eller att jag är kvinna eller vad det nu är för att jag tror att man ändå kommer lite grand ha med sig själv, och eventuellt att patienten också har med sig det, så då är det bättre att försöka tänka att jo men de här förutsättningarna har vi liksom, och vad kan vi jobba med tillsammans, trots det.

Sammanfattningsvis kan vi se hur både informanterna uttryckligen och indirekt använder sig av ett intersektionellt perspektiv för att se hur olika under- och överprivilegier samspelar. Informanterna gör också tydligt att en analys av relationen till varje specifik patient måste göras för att undvika att felaktigt utgå från generaliseringar om maktordningar.

### **Diskussion**

Syftet med uppsatsen var att ge ökad kunskap kring hur en kan se på makt i psykologisk behandling. Mot bakgrund av en transformativ, kritisk realistisk ansats har vi med hjälp av teorier analyserat hur informanterna tänker kring och hanterar makt. Resultatet återspeglar på så sätt informanternas reflektioner kring makt utifrån olika aspekter som baserats på våra tolkningar och fångas av följande teman: "Psykologisk behandling sker i en kontext", "Ålder som komplex maktfaktor" och "Försök att hantera makt". Diskussionen som följer syftar vidare till att sammanfatta och kritiskt diskutera resultatet samt återkoppla till vår ursprungliga frågeställning och vårt syfte. Vi kommer inleda vår diskussionsdel med en resultatdiskussion som följs av en metoddiskussion.

### **Resultatdiskussion**

Resultatdiskussionen kommer att föras utifrån de sex temana "Genus och ålder - två olika maktfaktorer", "Normativa och icke-normativa erfarenheter", "Komplikationer med att jämföra privilegier", "Normmedvetenhet och blinda fläckar", "Makt och ansvar" och "Motståndsetik". Genus och ålder lyfts då genus och framförallt ålder är två maktfaktorer som är relativt utforskade i psykologisk behandling i en svensk kontext, och hur dessa här kan verka som underprivilegier. Vidare lyfts normativa och icke-normativa erfarenheter då detta tema belyser ett ökat behov att förstå vilka förväntningar patienter har baserat på deras position som majoritet eller minoritet. Därefter lyfts vilka komplikationer det medför att likställa privilegier med varandra, vilket understryker vikten av att fortsätta utforska makt även utifrån andra aspekter än ålder och genus. På detta följer en diskussion om hur normmedvetenhet även innebär att vara medveten om sina egna privilegier och inte bara

patientens, samt varför ett intersektionellt maktperspektiv bör integreras med andra tekniker. Därefter lyfts hur psykologrollens makt och ansvar innebär olika utmaningar vilket kan föra diskussionen om maktutjämning framåt. Slutligen lyfts motståndsetik som ett förslag på hur psykologiskt förändringsarbete kan breddas till att innefatta mer än bara behandlingsrelationen.

**Genus och ålder – två olika maktfaktorer.** Uppsatsens fokus var att utforska makt utifrån informanternas positioner baserat på deras genus och ålder. När vi frågade informanterna om det faktum att de könas som kvinna spelade roll i deras psykologiska behandlingsarbete, svarade de flesta att de inte upplevde sin position som kvinna som ett problem trots att ett kvinnligt genus är förenat med många underprivilegier i samhället. De uppfattade snarare att det faktum att de könas som kvinna som något som jämnade ut makten mellan psykolog och patient och som därför kunde upplevas som positivt i enlighet med en del av den feministiska terapins strävan att jämna ut makt (Bruns & Kaschak, 2009). Anledningen till varför det att informanterna könades som kvinnor i denna kontext snarare upplevdes hjälpsamt, menar några informanter, kan också förklaras utifrån att de normer de tänker råder för hur en psykolog ska vara stämmer överens med könsstereotypa normer för kvinnor som att vara inlyssnande, förstående och omhändertagande.

Att könas som kvinna upplevdes däremot bli ett problem i relation till kollegor och organisationen. Mot bakgrund av ett intersektionellt perspektiv (Crenshaw, 1991) kan detta begripliggöras utifrån att informanterna i förhållande till sina kollegor har ett mer maktjämt utgångsläge än i förhållande till patienten. I relation till kollegor blir därför en maktordning baserad på kön något som informanterna märkte av.

Ålders implikationer för makt i psykologisk behandling är tidigare helt outforskat. Det vi fann var att informanternas unga ålder i relation till patienter skapade mycket reflektion vilket resulterade i olika beteenden i behandlingssituationen. Deras unga ålder gav olika utmaningar beroende på om patienten var lika i ålder eller äldre. I relation till äldre patienter talade många informanter om en risk att överkompensera för sin unga ålder, i iver att framstå som kompetent och säker på sin sak. Det ledde också hos många till ett ifrågasättande av sin egen kompetens och förmåga att förvalta sin psykologmakt på ett konstruktivt sätt.

Enligt Fors (2018) fokuserar merparten av den litteratur som finns på makt i patient-psykologrelationen på psykologen som överordnad i förhållande till patienten. Utöver denna dyad presenterar hon tre andra dyader med andra maktdynamiker än den traditionella. Enligt



henne skulle den maktdyad där psykologen är underställd patienten (här gällande ålder) kunna benämnas som "Privilege Favouring the Patient". Fors (2018) menar på att denna maktdyad kan väcka oro hos terapeuten över att inte vara bra nog, vilket går i linje med merparten av informanternas utsagor. Det finns också likheter med den empiriska forskning som gjorts av Okun et al. (2017) på dyader med svarta terapeuter och vita patienter. Den svarta terapeuten agerade på olika sätt för att hävda sin överordning som att prata om sin akademiska utbildning, vilket kan liknas vid informanternas tanke om att en risk med sin unga ålder var att hamna i överkompensation eller självhävdelse.

Ung ålder nämns precis som att bli könad som kvinna, också som en positiv utjämnande maktfaktor som bidrar till en mer jämlik relation. Att som ung psykolog ha unga patienter beskrivs av flera informanter som tryggare, mer bekvämt och bidragande till deras känsla av makt. Det ledde också till att några informanter delade fler exempel utifrån sitt eget liv. En risk som framkom i behandling med yngre patienter, var överidentifikation med patienten. Flera informanter beskriver också att de i dessa behandlingsrelationer ibland får kämpa för att själva undvika att glida in i en kompisrelation, samt att yngre patienter kan uppfatta relationen som jämlik trots psykologens vetenskap om att så inte är fallet. Detta liknar de analyser som Goode-Cross (2011) gjorde när han studerade dyader med svarta terapeuter och svarta patienter och kom fram till att både terapeut och patient upplevde en automatisk samhörighet med den andre baserad på kulturell identifikation. På samma sätt som våra informanter beskriver, tolkades detta delvis underlätta det terapeutiska arbetet, men kunde också komma att bli problematiskt bland annat då terapeuten tillskrivs en roll som går utöver den professionella.

Att ålder av de flesta informanter upplevdes skapa mer problem än kvinnligt genus, skulle kunna förklaras av det faktum att ett kvinnligt genus och de underprivilegier som medföljer, är något som kvinnor erfarit under hela sina liv och i många kontexter. Att vara ung är däremot något som kanske i högre grad premieras i andra kontexter, och är dessutom relativt till andras ålder. Med andra ord, att vara mellan 27-35 kan i en psykologkontext anses som relativt ungt i jämförelse med medelåldern hos psykologen, men kan i andra kontexter anses "normalt" eller till och med "önskvärt".

**Normativa och icke-normativa erfarenheter.** Flera informanter lyfte olika referensramar som något positivt just för att det kräver en mer utforskande hållning för att förstå patienten. En informant jämförde dock olika förväntningar på att bli förstådd som

patienter kan ha, där de patienter som är föräldrar uttryckte en automatisk förväntan på att informanten skulle förstå hur det är att ha barn. Informanten kontrasterade detta mot patienter som blivit utsatta för våldtäkt, och som inte förutsätter att en psykolog ska kunna förstå utifrån egna erfarenheter. Informanten belyser hur patienter har olika förväntningar på psykologen som kan tolkas som beroende på om deras upplevelse faller inom normen eller ej. Om vi översätter detta till minoritets- och majoritetsupplevelser kan vi se att en som majoritetsperson signalerar gemenskap, alltså utgår från att andra kan förstå en och att personer ur minoritetspositioner inte automatiskt gör det på samma sätt, förutsatt att inte psykologen koddas till samma minoritetsposition. Mycket litteratur kring kulturell kompetens har handlat just om att en som majoritetsperson ska lära sig förstå "den andre", att känna till olika kulturer och praktiker. Via informantens uttalande får vi dock syn på hur förväntningar internaliseras. Detta blir ett tydligt exempel på hur normer och makt internaliseras, kommuniceras och reproduceras på det sätt som Foucault (1979; 1980) menade.

**Komplikationer i att jämföra privilegier.** En tanke med vår uppsats har varit att fokusera på ålder och genus men också se hur dessa faktorer kan fungera som ett konkret exempel att reflektera kring utifrån makt, samt att se hur dessa maktfaktorer aktualiseras och hanteras i psykologisk behandling.

Att använda ålder var dels att utgå från oss själva som författare men också för att använda något alla kan relatera till, förstå och lära sig av. Det är också en faktor som tidigare är näst intill outforskad i denna kontext. I vår studie får vi syn på ålder som underprivilegium utifrån att det som sker i psykologen; de internaliserade känslorna av otillräcklighet samt överkompensation genom att exempelvis yrka på professionskunskap, påminner om existerande litteratur på etnicitet (Goode-Cross, 2011; Okun, et al., 2017).

Vi vill samtidigt understryka att ålder och etnicitet inte kan likställas med varandra på grund av de vitt skilda konsekvenser det har för människorna som kategoriseras. Vi ser, precis som Fors (2018) pekar på, att olika minoriteter och olika privilegier skiljer sig. Vissa är förvärvade, vissa är statiska, vissa är mer essentialistiska och vissa är helt och hållet sociala konstruktioner. Medan vi förstår ålder som delvis essentiellt (se vår förståelse av ålder under begrepp och klargöranden) ser vi etnicitet och rasmaktsordningen som socialt konstruerade och skapade i historiska och politiska processer (Etnicitet, n.d.). Vi ser med andra ord inte unga som en minoritet med historia av förtryck på samma sätt som människor som rasifieras,

men menar ändå att det har faktiska implikationer för makt som påverkar båda parter i behandlingsrelationen.

I resultatet återfinns fler exempel på att det inte går att hantera alla underprivilegerade grupper likadant. Ett sätt att arbeta kring och hantera makt som informanterna tar upp är att tillsammans med patienten utforska och ge socioedukation (Moradi et.al, 2000). Hur detta blir problematiskt speglas i hur en informant funderar över hur en kan prata om makt tillsammans med intellektuellt funktionsnedsatta patienter, utifrån att denna grupp inte har en historia av att äga sin position på samma sätt som andra minoritets- och i vissa fall funktis-grupper (Aspie-pride etcetera.). Ett strukturellt analysverktyg riskerar här att förstärka patientens redan existerande känsla av maktlöshet. Detta är ännu ett exempel på vikten av att fundera över just vilka maktspekter som finns i relation till den patient som sitter framför en.

**Normmedvetenhet och blinda fläckar.** Det första huvudtemat i resultatet, “Psykologisk behandling förs i en kontext” svarar på hur informanterna tänker om makt och på vilket sätt kontexten spelar in. Detta tema illustrerar hur både samhällliga faktorer som sociala kategoriers olika hierarkier, vårdapparatusens inramande av vårdmötet samt psykologrollens makt spelar in. Informanterna tar i stor utsträckning hänsyn till att väga in samhällliga maktordningar för förståelsen av sina patienter, vilket synliggörs väl i undertemat “Strukturers makt över patientens lidande”. Det kan tolkas som att informanterna besitter mycket “kulturell kompetens” och medvetenhet kring normer och makt. Vissa får också först i efterhand syn på blinda fläckar i form av att ha färgats av exempelvis stereotypa könsnormer eller liknande vilket synliggörs i undertemat “Normer förblindar psykologen”. Något som reflekteras något mindre medvetet kring är psykologernas egen roll i det hela, hur deras maktpositioner spelar in i rummet. I undertemat “Ett intersektionellt perspektiv hjälper” återfinns dock, hur en del informanter i större utsträckning också, i enlighet med Tummala-Narra (2015), Fors (2018) samt Lundberg et al. (2017) har en reflexivitet kring sina egna normativa positioner. Ju fler maktordningar en kan reflektera kring som spelar en roll i den unika situationen, både för psykologen själv och patienten, ju lättare blir det att navigera kring makt. På ett konkret plan kan det innebära att ha koll på utifrån vilken position en pratar för att kunna tänka kring hur det en säger landar. Att prata utifrån positionen som psykolog blir därför en av alla dessa positioner i maktordningar en behöver ha koll på.

Det blir tydligt att det intersektionella reflektionsverktyget framförallt är något som används som en hållning hos informanterna. Ibland använder vissa informanter också

socioedukation tillsammans med patienten, vilket kan sägas vara en feministisk intervention (Moradi & Fischer, 2000). En informant berättar att hon gör detta när hon upplever att patienten har en öppenhet inför det. En annan informant pratar om att lyfta in ett maktperspektiv inte alltid är funktionellt, utan också kan bidra till att förstärka patientens maktlöshet. Även om insikt kring de strukturer som bidrar till ens lidande kan avlasta individen, så tar de inte bort strukturerna, på samma sätt som psykoedukation om depression inte heller är ett bot mot depression. Insikt om strukturer kan inte heller direkt ta bort patientens lidande eftersom de externa förtryckande strukturerna redan internaliserats och fått faktiska psykologiska konsekvenser (Fors, 2018). Därför kan ett intersektionellt maktperspektiv inte ses som ett substitut för, utan snarare användas som ett integrerat komplement till, andra terapeutiska tekniker.

**Makt och ansvar.** Nästan samtliga informanter tog upp makten de har som psykolog som det första och mest uppenbara de tänker på i förhållande till makt i psykologisk behandling. Psykologmakten, menar de, innebär både juridisk och informell makt. Den informella makten kommer av att tillskrivas tolkningsföreträde för psykologiska förklaringar på patientens lidande samt kunskapsmakt kring både vårdapparaten och de psykologiska teorierna. Resultatet här stämmer överens med tidigare forskning som Thylin-Hammars (2008) studentuppsats kring feministiska terapeuters upplevelser av makt, att terapirelationen alltid är asymmetrisk och att en som psykolog alltid har makt. Flera informanter ifrågasätter legitimiteten och godtyckligheten i den makten, att de, till följd av en utbildning ges makt att styra över människors liv, samt att det medför en risk att råka göra människor illa. Som ett led i detta nämner många informanter att de använder sig av olika strategier för att jämna ut makt. Att jämna ut makt, menar många, handlar om att agera transparent och ge patienten makt över att styra behandlingen via ett kollaborativt arbetssätt. Dessa tekniker kan antas komma från de feministiskt inspirerade psykoterapimetoderna som presenteras i teoriavsnittet med syfte att överbrygga den maktasymmetri som tidigare lett till maktmissbruk av behandlare (Bruns & Kaschak, 2009; Haavind, 1994).

Att jämna ut makt, reflekterar samtidigt en informant, innebär att fränsäga sig ansvaret från den makt som en tilldelats vilket hon upplever oärligt. Att vara psykolog innebär enligt denna informanten att konstruktivt förvalta sin makt, använda sin kunskap till patientens fördel och ta ansvar för att vara den hjälpare i relationen. Narvola och Skarin (2014) fann att feministiska terapeuter ställde sig ambivalenta till psykologrollens makt, medan utjämning av

makt var en position som upplevdes som obesvärad. Mot bakgrund av detta skulle positionen som utgår från att utjämning av makt är möjlig, vara en lättare position att inta framför att konfronteras med sin egen maktutövning.

I enlighet med Guilfoyle (2003) finns en annan risk med att tro att en kan jämna ut makten i relationen. En glömmer då att makten är beroende av historiska och politiska processer som sker utanför terapirummet. På samma spår problematiserar Madsen (2015) psykologmakten, då den tenderar att individualisera problem och lägga ansvar för förändring på individen, snarare än samhället. En informant berör vikten av att inte bara hjälpa patienter att förändras "in absurdum", utan att också hjälpa till att kritiskt granska de strukturer för vilken idén om förändring föds ur.

**Motståndsetik.** I undertemat "Organisationens makt" berörs vidare hur de institutionella ramarna upplevs vara begränsande för psykologen. Informanterna belyser hur institutioner som psykiatri inom vilka vården bedrivs, sätter upp ramar för en relation med en påtaglig maktasymmetri mellan psykolog och patient på basen av att de på ett tydligt sätt ringas in som patient och vårdgivare, som frisk och sjuk. Dessutom tvingas psykologerna i dessa skattefinansierade institutioner agera efter en utilitaristisk etik där så många som möjligt ska hjälpas och vårdprocesser standardiseras vilket ökar kategoriseringen av patienter som en homogen "sjuk" grupp, och försvårar en personcentrerad vård. Precis som Rossiter (1998) säger blir det här extra viktigt att förstå institutionens och, samtidigt, sin egen dubbla roll i att å ena sidan hjälpa individen med sitt personliga lidande och samtidigt se vilka diskurser och normer en är med i att reproducera i sitt arbete. Precis som en informant påpekar riskerar hon, bara genom att vara en del av psykiatri, att förtrycka patienten eftersom hon har ett ansvar att sätta diagnoser och genom att verka i psykiatri ofrivilligt bidrar till en reproduktion av den diskurs i vilken psykiatri produceras. Med hjälp av Rossiters "motståndsetik" kan vi dock förstå vissa informanternas tankar om att vilja motarbeta systemet. På så sätt synliggörs på att informanterna på sätt och vis, precis som Rossiter menar, arbetar med makt både i terapirummet, och genom att reflektera kring sig själv, sina kollegor och sin organisation i ett försök att hantera reproduktionen av förtryckande normer i sin praktik.

### **Metoddiskussion**

Enligt Willig (2013) bör kvalitativa metodologier evalueras utifrån deras epistemologiska utgångspunkt. Att diskutera reliabilitet och validitet utifrån vår epistemologiska utgångspunkt är därför missriktat då vårt resultat inte strävar efter att spegla

en objektiv verklighet. Uppsatsen utgår från kritisk realism, en epistemologi vi ej funnit specifika kriterier för att utvärdera. Langemar (2008) beskriver att då studiers epistemologiska utgångspunkt kan anses befinna sig på mitten av ett kontinuum mellan realism och relativism, är det en idé att välja ut de kriterier som lämpar sig bäst. För att kunna diskutera uppsatsens kvalitet har vi därför valt att utgå från tre kriterier som kan ses som generella för de flesta riktlinjer för utvärdering av kvalitativa metodologier. Dessa är reflexivitet, trovärdighet och överförbarhet (Willig, 2013). Vi har utifrån influenserna av socialkonstruktionistiska teorier också lagt till kriteriet intern koherens och diskuterar detta i relation till trovärdighet.

**Reflexivitet.** Enligt Malterud (2001) är kvalitativa metodologiers krav på reflexivitet ett sätt att positionera sig mot tanken på att en objektiv forskare varken finns eller eftersträvas. Vi har genomgående strävat efter reflexivitet i vårt metodavsnitt genom att delge våra epistemologiska utgångspunkter, vilka teorier vi burit med oss in i uppsatsen som färgat våra tolkningar och resultatet samt våra metapositioner. Vi är i detta medvetna om hur våra metapositioner som unga kvinnor men också som exempelvis svenskfödda medelklassindivider ger oss ett perspektiv som gör att vi tydligare kan se och analysera vissa maktordningar och andra inte. Vi har även makten och privilegiet att genom denna uppsatsen vara en del i att konstruera kunskap.

**Intern koherens och trovärdighet.** Ett annat viktigt kriterium som Willig (2013) lyfter fram för en god utvärdering av kvalitativ forskning med socialkonstruktionistiska inslag berör intern koherens vilket handlar om huruvida analysen är sammanhängande och inte innehåller motstridigheter. Att sammanfatta och tematisera nio olika informanternas emellanåt motsägande tankar kring makt har varit en utmaning. Vi har eftersträvat en balans i att å ena sidan spegla en ambivalens och mångfald i berättelser för att uppnå trovärdighet, vilket är ett annat viktigt kriterium för god kvalitativ forskning (Willig, 2013). Å andra sidan har vi velat föra fram tydliga och koherenta poänger som gör det enkelt för läsaren att följa med i den berättelse vi förmedlar. Vi har som författare till uppsatsen tvingats göra val när vi exempelvis presenterat citat för att framföra kärnfullhet, där vi ibland exkluderat citat som innehåller allt för mycket otydlighet, tvetydighet eller ambivalens för att kunna göra tydliga poänger som för narrativet framåt. I vår eftersträvan att vara koherenta och samtidigt spegla diversiteten i våra informanternas berättelser finns dock risken att resultatet emellanåt framstår som svårläst. Vi är också medvetna om att våra teman inte förhåller sig till varandra på ett horisontellt sätt, alltså de är inte konstruerade på samma nivå. Vi har strävat efter att med text och figur vara så

tydliga som möjligt med hur de förhåller sig till varandra. Detta kan förstås som att uppsatsen inte helt lever upp till kravet om intern koherens. Trovärdigheten skulle också kunna anses vara kompromissad om det är så att vi har tolkat våra informanternas berättelser på sätt som inte stämmer överens med deras egna intentioner. Detta kan också förstås som ett etiskt problem, vilket vi tagit upp i vår metoddiskussion. Ett sätt att motverka detta kan vara låta informanterna läsa igenom resultatet, något vi på grund av tidsbrist ej låtit göra. Däremot har vi erbjudit informanter att läsa igenom transkriberingen av deras intervju, vilket några deltagare önskat men sedan inte återkopplat kring. Författarna till studien har däremot haft kontinuerliga diskussioner med varandra samt deras handledare för att kontrollera tolkningarnas rimlighet. I enlighet med vår epistemologiska utgångspunkt är det i slutändan upp till läsaren att tolka och bedöma resultatet.

**Överförbarhet.** Slutligen vill vi diskutera överförbarheten för vår uppsats.

Överförbarhet syftar till i vilken utsträckning studiens resultat kan antas översättas till andra kontexter (Malterud, 2001), alltså i vilken utsträckning den kunskap som uppsatsen producerat är användbar. Syftet för studien var att skapa kunskap om hur vi kan se på makt i psykologisk behandling då detta är något som saknas i svensk kontext idag. Resultatet som presenteras baseras på nio informanternas berättelser, reflektioner och problematisering av ämnet utifrån semi-strukturerade intervjuer. Vi har eftersträvat att så tydligt som möjligt klargöra för kontexten i vilken studien framkom och menar inte på något vis att deras idéer kan motsvara alla unga kvinnliga psykologers tankar kring och hanterande av makt. Speciellt då vi i linje med resultatet kring kontextens betydelse, framhäver att maktrelationer, och således förståelsen för dessa, är beroende av psykologen och informantens unika maktpositioner. Däremot tror vi, med den transformativa deduktiva ansats vi har, att den kunskap vi konstruerar med hjälp av informanternas berättelser och våra teorier kan vara användbar för samtliga psykologer som arbetar i en svensk kontext och då i synnerhet vara av extra intresse för andra unga kvinnliga psykologer, för att förstå mer om makt i psykologisk behandling.

### **Slutsatser och studiens implikationer**

Uppsatsens syfte var att generera ökad kunskap om hur en kan tänka kring makt i psykologiskt behandlingsarbete genom att undersöka unga kvinnliga psykologers tankar kring och sätt att hantera makt i sitt arbete med patienter. I vårt resultat har informanterna diskuterat kontextens betydelse med organisatoriska ramar och samhällsnormer, ålder respektive genus

som två olika typer av maktfaktorer samt sätt att hantera den makt som följer av psykologrollen.

Resultaten illustrerar hur en ung ålder hos psykologerna kan förstås som ett underprivilegium i relation till äldre patienter i behandlingskontexten. I de situationer där psykologen har ett underprivilegium kan det skapa oro i psykologen att inte vara tillräckligt kompetent och en potentiell risk att överkompensera genom att försöka framstå som mer säker än vad hen är. Att vara kvinna men också ung lyftes samtidigt också som något positivt i det avseendet att dessa maktspekter verkade maktutjämnande i behandlingsrelationen. Detta ger implikationer för att vidare undersöka om, och i så fall hur, andra maktspekter kan verka maktutjämnande. Likhet i ålder mellan patient och psykolog bidrog till en ökad trygghet hos informanterna, men ökade också risken för överidentifikation och rollförvirring; att makten glöms och göms. Detta skulle kunna tala för vikten av att reflektera kring de aspekter hos patienter som en som psykolog identifierar sig med i varje behandlingsrelation. Sammantaget kan dessa resultat rörande ålder och makt ses som bidrag till kunskapsfältet, då det finns en avsaknad av vetenskapliga studier på ålder och makt i psykologisk behandling.

Uppsatsen kan ses som ett bidrag till ökad kunskap om hur ett intersektionellt perspektiv kan vara användbart för att förstå inte bara patientens livssituation och bakgrund till sin problematik, utan också psykologens egna positioner och hur dessa tillsammans skapar specifika möjligheter och utmaningar. Uppsatsens transformativa inslag har möjliggjort för informanterna, författarna själva och förhoppningsvis framtida läsare att tänka kring makt på nya sätt. Vi har fått syn på sätt att förstå och hantera psykologmakten.

Alla informanter beskrev psykologmakten som ett stort ansvar att axla. Perspektivet framfördes att jämna ut makt är viktigt men måste förenas med ett erkännande av att detta i sig är möjligt enbart utifrån en maktposition. Att helt jämna ut makten vore att frånsäga sig sitt yrkesansvar. Då makt inte förhandlas enbart i behandlingsrelationen, är det inte heller möjligt att arbeta med att jämna ut makten enbart i relation till patienten. Det förändringsarbete som kan benämnas gå i linje med en motståndsetik, bör därför ske även gentemot organisationen och samhället psykologen verkar i.

Uppsatsen synliggör hur teori kring hur beteenden i en maktdyad med underprivilegierade psykologer till viss del stämmer överens med våra informanters berättelser utifrån deras unga ålder. Vi ser också att ålder och genus som underprivilegium inte upplevs på samma sätt. Privilegier kan inte likställas med varandra. Olika privilegier har



olika grund, och påverkar människor på olika sätt. Detta ger implikationer för att anpassa exempelvis maktutjämnande tekniker, till varje specifik situation.

Vi landar inte i ett entydigt svar på hur makt kan förstås och hanteras i psykologisk behandling. Resultaten synliggör dock att varje unik situation är styrd av kontexten och de intersektioner av maktordningar patient och psykolog befinner sig i. Vi föreslår därför att ett inkorporerande av ett maktperspektiv i undervisningen redan på psykologutbildningen bör göras, i stället för att som idag, se det som en separat kunskap (i likhet med kulturell kompetens) som vissa studenter kan välja, och inte välja, att fördjupa sig i. Det räcker dock inte bara att ha en teoretisk kunskap om makt, intersektionalitet och maktordningar. Vi argumenterar också för att explicit adressera makt i handledningen för studentterapi och i fortsatt handledning i arbetslivet för att det krävs en aktiv reflektion kring sina egna privilegier och positioner i förhållande till patienten i varje nytt möte. Först när vi gör detta, kan vi medvetet förhålla oss till de maktskillnader som existerar både utanför och i terapirummet. Vi tror att detta är essentiellt för att i enlighet med evidensbaserad psykologisk praktik kunna anpassa sin psykologiska praktik till patientens unika karakteristika och kontext (Sveriges Psykologförbund, 2013).

### **Framtida forskning**

Till att börja med uppmuntrar författarna till studien fortsatt forskning på makt i psykologisk behandling. Som vi i vår uppsats synliggjort finns det ett behov att studera olika privilegier och maktordningar för att se på vilka sätt internaliserade normer tar sig i uttryck i form av känslor, tankar och förhållningssätt hos patient och psykolog. Vi får också syn på att olika privilegier skiljer sig åt och på så sätt skapar olika typer av utmaningar där en som psykolog måste vara sensitiv och vara flexibel i sina avvägningar beroende på patienten framför en. Därför tror vi att liknande studier skulle kunna göras utifrån andra psykologer och patienter med andra typer av majoritets- och minoritetspositioners perspektiv. Som en informant också föreslog hade det varit intressant att intervjua andra yrkesgrupper inom vården, så som läkare utifrån deras perspektiv på makt eftersom att de, i ännu högre utsträckning än psykologer, besitter en makt som kommer med deras yrkeslegitimation. Det hade också varit intressant att studera makt i psykologisk behandling utifrån andra vetenskapliga ansatser så som exempelvis kvantitativa, för att ytterligare bredda kunskapen om detta forskningsområde.

## Referenser

- Broverman, I. K., Broverman, D. M., Clarkson, F. E., Rosenkrantz, P. S., & Vogel, S. R. (1970). Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34*(1), 1–7.
- Chesler, P. (1973). *Women & madness*. New York: Avon books.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the marigins: intersectionality, identity politics, and violence against women of colour. *Stanford Law Review, 43*(6), 1241. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.2307/1229039>
- Comas-Díaz, L. (2000). An ethnopolitical approach to working with people of color. *The American Psychologist, 55*(11), 1319–1325. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=11280941&site=eds-live&scope=site>
- Comas-Díaz, L. (2011). Multicultural approaches to psychotherapy. In L. Comas-Díaz (Ed.), *History of psychotherapy: Continuity and change* (2nd ed., pp. 243–267). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/12353-008>
- Dennhag, I. (2017). *Makt och psykoterapi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Eagly, A. H., & Riger, S. (2014). Feminism and psychology: Critiques of methods and epistemology. *American Psychologist, 69*(7), 685-702.
- Eskner Skoger, U., & Magnusson, E. (2015). What makes feminist knowledge legitimate for therapists? A study of Swedish child psychotherapists. *Feminism & Psychology, 25*(4), 489-505.
- Etnicitet. (n.d.). I *NE.se*. Hämtad från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/etnicitet>
- Fish, J., & Evans, D. T. (2016). Guest Editorial: Promoting cultural competency in the nursing care of LGBT patients. *Journal of Research in Nursing, 21*(3), 159–162. <https://doi.org/10.1177/1744987116643232>
- Fors, M. (2018). *A grammar of power in psychotherapy: Exploring the dynamics of privilege*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Foucault, M. (1979). *Discipline and punish: The birth of the prison*. New York, NY: Vintage.
- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977*. New York, NY: Pantheon.

- Goode-Cross, D. T. (2011). Same difference: Black therapists' experience of same-race therapeutic dyads. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(5), 368–374. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/a0025520>
- Guilfoyle, M. (2003). Dialogue and power: A critical analysis of power in dialogical therapy. *Family process*, 42(3), 331-343.
- Haavind, H. (1994). Forhandlinger om erotikk og autoritet i det terapeutiske rom = Negotiating sexuality and power in the therapeutic encounter. *Psyke & Logos*, 15(1), 125–145.
- Hill, M., & Ballou, M. (1998). Making therapy feminist: A practice survey. *Women & Therapy*, 21(2), 1–16.
- Hubinette, T. (2015). *Vad är jämlikhetsdata? Råd och tips för att arbeta med jämlikhetsindikatorer*. (Mångkulturellt centrum, 2015:2). Botkyrka: Tryck Botkyrka offset.
- Hörnqvist, M. (1996). *Foucaults maktanalys*. Stockholm: Carlsson.
- Holmes, D. E. (2006). The wrecking effects of race and social class on self and success. *The Psychoanalytic Quarterly*, 75(1), 215–235. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2006.tb00038.x>
- Kitzinger, C. (1997). Lesbian and gay psychology: A critical analysis. In D. Fox & I. Prilleltensky (Eds.), *Critical psychology: An introduction* (pp. 202-216). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Lundberg, T., Nordlund, L., & Narvola, J. (2017). Normkritiska perspektiv. Nya möjligheter för svensk psykologisk praktik. *Lambda Nordica*, 4(4), 66-90.
- Ladd, P. (2005). Deafhood: A concept stressing possibilities, not deficits. *Scandinavian Journal of Public Health*, (suppl 66), 12. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/14034950510033318>
- Madsen, O. J. (2015). *Psychotherapists: Agents of Change or Maintenance Men?* Handbook of Critical Psychology, Ed. Ian Parker, 222–30. London: Routledge.
- Magnusson, E., & Marecek, J. (2010). *Genus och kultur i psykologi: teorier och tillämpningar*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Moradi, B., Fischer, A. R., Hill, M. S., Jome, L. M., & Blum, S. A. (2000). Does "feminist" plus "therapist" equal "feminist therapist?" An empirical investigation of the link between self-labeling and behaviors. *Psychology of Women Quarterly*, 24(4), 285-296.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6402.2000.tb00211.x>

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014). *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. (Rapport 2014:7).

Stockholm: TMG Sthlm. Hämtad från <https://www.vardanalys.se/rapporter/en-mer-jamlik-var-d-ar-mojlig/>

Narvola, J., & Skarin, F. (2012). *Skiljelinjer mellan feministisk kritik och praktik: Sex terapeuters förhandlingar mellan terapeutiska och feministiska diskurser i arbetet med våldsutsatta kvinnor* (Psykologexamensarbete), Umeå Universitet, Institutionen för psykologi.

Okun, L., Chang, D. F., Kanhai, G., Dunn, J., & Easley, H. (2017). Inverting the power dynamic: The process of first sessions of psychotherapy with therapists of color and non-Latino white patients. *Journal of Counseling Psychology*, 64(4), 443–452.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/cou0000223>

Rossiter, A., de Boer, C., Narayan, J., Razack, N., Scollay, V., & Willette, C. (1998). Toward an Alternative Account of Feminist Practice Ethics in Mental Health. *Affilia: Journal of Women & Social Work*, 13(1), 9–30. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/088610999801300102>

Sandberg, C. (2017). *Språktidningen. Antirasister tvistar om ordet ras*. 1(7), artikel 1. Hämtad från <http://spraktidningen.se/artiklar/2016/12/antirasister-tvistar-om-ordet-ras>

Sue, D. W. (2010). *Microaggressions in everyday life: Race, gender, and sexual orientation*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons.

Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. L., Holder, A., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007) Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. *American psychologist*, 62(4), 271.

*Sverige får kritik för att inte använda "ras" i diskrimineringslagen*. (2017). Hämtad 9 maj 2019, från <https://www.svt.se/nyheter/granskning/ug/sverige-far-kritik-for-att-inte-anvanda-ras-i-diskrimineringslagen>

Sveriges Psykologförbund. (1998). *Yrkesetiska principer för psykologer i Norden*. Hämtad från <https://www.psykologforbundet.se/globalassets/yrket/yrkesetiska--principer-forpsykologer-i-norden.pdf>.

- Sveriges Psykiologförbund. (2013). *Policy för evidensbaserad psykologisk praktik*. Hämtad från <http://www.psykiologforbundet.se/globalassets/forbundet-tycker/policydokument/evidensbaserad-psykiologisk-praktik.pdf>
- Tang, N. M., & Gardner, J. (1999). Race, culture, and psychotherapy: Transference to minority therapists. *The Psychoanalytic Quarterly*, 68(1), 1–20. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/j.2167-4086.1999.tb00634.x>
- Thylin-Hammar, I. (2008). *Ansvar, Makt och Maktlöshet: Psykioterapeuters tankar och erfarenheter* (Psykiologexamensarbete), Umeå Universitet, Institutionen för klinisk vetenskap, Psykioterapi.
- Traianou, A., & Hammersley, M. (2012). *Ethics in Qualitative Research: Controversies and Contexts*. Sage Publications. <https://dx.doi.org/10.4135/9781473957619>
- Tummala-Narra, P. (2015). Cultural competence as a core emphasis of psychoanalytic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 32(2), 275–292. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/a0034041>
- Weinberg, G. H. (1972). *Society and the healthy homosexual*. New York: St. Martin's Press.
- Windh, A. I. (2005). *Skärningsytan mellan terapeutisk yrkesövning och feministiska utgångspunkter: tretton svenska behandlares berättelser och brottningar* (Psykiologexamensarbete), Lunds Universitet, Institutionen för psykologi.

## Bilaga 1. Rekryteringsaffisch

DELTA I EN STUDIE OM

# **MAKT I PSYKOLOGISKT BEHANDLINGS- ARBETE**



LUNDS  
UNIVERSITET

Vi söker nu deltagare till vår studie "Makt i förhandling - en kvalitativ studie om unga kvinnliga psykologers perspektiv på makt i psykologiskt behandlingsarbete". För att kunna delta i studien vill vi att du är leg. psykolog eller PTP-psykolog, könad som kvinna och max 35 år gammal samt har erfarenhet att arbeta kliniskt med vuxna patienter. Du behöver inte ha reflekterat aktivt kring dessa frågor.

Vi söker dig som är tillgänglig för intervju (ca 60 min) inom Skåne i februari 2019 någon gång vecka 7-9.

Studien är ett examensarbete inom ramen för psykologprogrammet vid Lunds universitet

### ÄR DU INTRESSERAD?

Kontakta oss för mer information.

Linn Andersson: [psy13la1@student.lu.se](mailto:psy13la1@student.lu.se)

Maria Johansson Huamán: [psy13mh@student.lu.se](mailto:psy13mh@student.lu.se)

## Bilaga 2. Informationsbrev



### Informationsbrev

Tack för att du anmält ditt intresse! Nedan följer information om studiens syfte samt praktisk information om hur studien kommer att gå till.

#### **Bakgrund & syfte**

Psykologins individfokus har länge fått kritik från flera håll, bland annat från forskare inom kritisk, feministisk och kulturell psykologi. Det har nu i större uträkning börjat uppmärksammas hur normer och samhällsliga maktstrukturer spelar in i psykologins fält. Studien sker inom ramen för en examensuppsats på psykologprogrammet och ämnar studera hur maktstrukturer påverkar det kliniska behandlingsarbetet.

Genom att via intervjuer undersöka unga kvinnliga psykologers erfarenheter av och sätt att hantera maktaspekter syftar studien till att (1) synliggöra maktaspekter i behandlingsarbete utifrån genus och ålder och (2) tematisera hur unga kvinnliga psykologer idag hanterar maktskillnader utifrån sin position som underprivilegerad baserat på deras genus och ålder.

Vi söker därför dig som är legitimerad psykolog eller PTP-psykolog, är könad som kvinna (det kön som majoriteten av omgivningen tillskriver dig), max 35 år gammal samt har erfarenhet att arbeta med vuxna patienter.

#### **Hur går studien till?**

Intervjun kommer beröra hur du utifrån din professionella roll som psykolog tänker kring och hanterar maktrelationer i det psykologiska behandlingsarbetet och hur detta påverkas av din position som ung och kvinna. Ca 10 psykologer kommer att rekryteras för semistrukturerade intervjuer som kommer äga rum under februari 2019. Deltagande tar ca 45-90 min och vi vänder oss till dig som har möjlighet att genomföra intervjun i Skåne, eller via telefon.

Intervjun kommer att spelas in med ljudupptagning. Efter intervjun får du godkänna det som framkommit i intervjun. Därefter kommer materialet transkriberas och anonymiseras av oss. Anonymiseringen innebär att personnamn, ortnamn och annan potentiellt identifierande information kommer tas bort och att citat ur intervjuerna aldrig kommer användas på ett sådant sätt som skulle kunna identifiera en enskild person. Materialet kommer att analyseras kvalitativt och utgöra grundmaterialet för vår uppsats.

### **Hantering av data**

Dina svar samlas endast in i forskningsändamål för denna studie. Det ljudinspelade materialet och dina personuppgifter kommer enbart att hanteras av författarna till studien. Efter examinerad och godkänd studie kommer ljudinspelningarna och personuppgifterna att raderas. Har du några frågor om hanteringen av data, vänligen kontakta oss som genomför studien eller vår handledare Tove Lundberg.

### **Frivillighet**

Ditt deltagande är frivilligt, och du kan när som helst välja att avbryta utan vidare motivering. I intervjun väljer du själv vilka frågor du eventuellt inte vill svara på. Väljer du att avbryta under intervjun kommer ljudinspelningen att raderas. Det finns inga kända risker med att delta i studien. Vår ambition är att främja en integrering av samhällliga maktstrukturer i en klinisk kontext. Ditt deltagande är ett viktigt bidrag.

### **Ansvariga**

Om du har frågor går det bra att kontakta oss.

Maria Johansson Huamán, psykologstudent

Email: [psy13mhu@student.lu.se](mailto:psy13mhu@student.lu.se)

Telefon: 0729-40 49 72

Linn Andersson, psykologstudent

Email: [psy13la1@student.lu.se](mailto:psy13la1@student.lu.se)

Telefon: 0709-55 06 92

Handledare Tove Lundberg, fil. dr och leg. psykolog

Email: [tove.lundberg@psy.lu.se](mailto:tove.lundberg@psy.lu.se)

Telefon: 0737-18 88 75



### Bilaga 3. Samtyckesblankett



LUNDS  
UNIVERSITET

### Blankett för samtycke

**Titel på projektet:** ”Makt i förhandling - En kvalitativ studie om unga kvinnliga psykologers perspektiv på makt i psykologiskt behandlingsarbete”

**Forskningsledare:** Linn Andersson & Maria Johansson Huamán

1. Jag bekräftar härmed att jag tagit del av och förstått informationen kring studiens syfte, vilka som är ansvariga för studien, metoder som kommer att användas och eventuella risker.
2. Jag förstår att mitt deltagande är frivilligt, och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att ange skäl och utan vidare konsekvenser.
3. Jag bekräftar härmed att tagit del av och förstått information kring hur insamlade uppgifter kommer att hanteras.
4. Jag bekräftar härmed att jag fått möjlighet att ställa frågor och få svar.
5. Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

*Kommentarer eller frågor kopplat till forskningen:*

*Om du har några som helst frågor eller kommentarer kan du ta upp dem under intervjun eller maila Linn*

*Andersson: [psy13la1@student.lu.se](mailto:psy13la1@student.lu.se) eller Maria Johansson Huamán: [psy13mhu@student.lu.se](mailto:psy13mhu@student.lu.se)*

## Bilaga 4. Intervjuguide

### Inledning

Först prata kring makt generellt och sedan mer specifikt makt i psykologisk behandling, sedan hur ålder förhåller sig till makt och hur genus förhåller sig till makt. Vi kommer också komma in mer specifikt på egenupplevda situationer kopplade till dessa teman.

- Skulle du vilja berätta vad du heter o hur gammal du är?
- Vill du berätta kort om vilken verksamhet du jobbar i och dina arbetsuppgifter?
- Hur länge har du varit verksam som psykolog?
- Har du jobbat som psykolog i någon annan verksamhet tidigare? Kliniskt?
- (Hur länge har du arbetat med vuxna?)

### MAKT

- Vad är dina spontana tankar kring makt i psykologiskt behandlingsarbete?

- spontana tankar - om osäker. vi tänker att man kan ha reflekterat olika mycket kring denna fråga samt på olika sätt och från olika synvinklar. vi vill veta var du står, vissa har inte tänkt alls, du verkar ändå ha gjort det.

- Vi ser liknande på makt: maktstrukturer socialt konstruerade, makt skapas i relationer som är föränderliga

- Har du erfarenheter i din professionella roll som psykolog av situationer där du explicit reflekterat kring makt?

- professionell roll menar vi inom ramen för ditt jobb. En kan ha reflekterat kring makt i sin/sina relationer/i sin familj

- Sammanfatta

## GENUS & MAKT

*Genus som ett könsbegrepp (socialt kön)  
Tänker du att kön (socialt kön) spelar roll ur ett  
maktperspektiv? Isåfall hur?*

- Vad tänker du om genus och makt? (lite kort, spontant)
- Hur kan detta spela in i ditt psykologiska behandlingsarbete? (genus & makt)
- Finns det situationer där det faktum att du är kvinna (/könad som/uppfattas som kvinna) har spelat en roll i ditt arbete? På vilket sätt?
- Tror du att det faktum att du är kvinna påverkar vad klienten tar upp i behandlingen med dig?

### Försöka fånga in:

Hur upplever du att det är att arbeta:

- med äldre vs yngre patienter?
  - manlig klient vs. en kvinnlig patient?
  - äldre kvinnliga patienter vs. äldre manliga?
  - yngre kvinnliga patienter vs. yngre manliga?
- När kan det vara bra att ta upp privilegier/maktaspekter med en klient?  
När är det inte så bra?

### Avslut

- Sammanfatta personens resonemang: är det såhär..... du menar?
- Nu har vi talat en del om hur du upplever att det är att jobba med psykologiskt behandlingsarbete som/utifrån din position som ung kvinna.
- Har du något mer du vill tillägga? Något som väckts under samtalet?
- Tack för ditt deltagande!

Hur kommer det sig att vi vill skriva om detta?

- Vi har saknat det under utbildningen. Att ta in ett maktperspektiv i psykologisk behandling.
- Vi har en förutfattad mening om att privilegier/underprivilegier spelar roll både "ute i samhället" och i ens behandlingsarbete som psykolog. Vare sig en specifikt tänker på det i termer av makt eller ngt annat.

- Vill du få den slutgiltiga studien skickad till dig? Be om mejl.

## ÅLDER & MAKT

- Vad tänker du om ålder och makt?
- Hur kan ålder och makt spela in i ditt psykologiska behandlingsarbete?
- Tror du att din ålder påverkar vad dina klienter tar upp med dig?

### Följdfrågor

- Har du exempel på detta?
- Hur blev det?
- Hur kändes det?
- Vad gör det... med dig?
- (Vad fick det dig att vilja göra?)
- Hur hanterade du det? Inom dig/gentemot den andre?
- Kan du utveckla?
- Har du fler/andra exempel?
- Finns det för- och nackdelar tänker du, med att hantera det så? (Hur skulle du vilja hantera det? (om det är en diskrepans)
- Kontrastfråga: hur blir det då när du ist. möter...