



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykiaterprogrammet

Compassion - från riskfaktor till friskfaktor?

**En tematisk analys av hur terapeuter som arbetar med compassionfokuserad
terapi upplever sin metod**

Anna Båfält & Amparo Ortega Rayo

Psykiaterexamensuppsats. 2021

Handledare: Sima Wolgast

Examinator: Per Johnsson

Abstract

The aim of this study was to reach a greater understanding of how psychotherapists, working with Compassion Focused Therapy (CFT), experience their psychotherapeutic method compared to usual CBT and how working with CFT affects their experiences of stress, professionally as well as in private life. Semi-structured interviews were conducted with eight therapists working with CFT in different ways. Thematic analysis was used to analyse the data and seven themes were identified: Filling in gaps – the missing piece; Theoretical width – strength or weakness?; Common Humanity – we are all in the same boat; Self-care – what do I need now?; Setting limits – good enough; Change of attitude towards others – enjoying being kind; Integration – practicing what you teach. The results indicated that therapists experience several benefits working with CFT compared to usual CBT. Another finding was that therapists have integrated their therapeutic method in their everyday lives, which in turn was seen as a preventive factor against stress. The results are consistent with studies that have been able to demonstrate the correlation between self-compassion and resilience against stress related symptoms.

Keywords: Compassion Focused Therapy, CFT, CMT, compassion, self-compassion, thematic analysis, compassion fatigue, psychotherapists.

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att få en fördjupad förståelse av hur terapeuter som arbetar med compassionfokuserad terapi (CFT) upplever sin arbetsmetod jämfört med sedvanlig KBT samt hur arbetet med CFT påverkar deras upplevelse av stress, både yrkesmässigt och privat. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med åtta terapeuter som arbetar med CFT på olika sätt. Tematisk analys användes som metod för att analysera datan, vilket resulterade i sju teman: Fylla luckor – den saknade pusselbiten; Teoretisk bredd – styrka eller svaghet?; Common Humanity – vi sitter i samma båt; Självmhändertagande – vad behöver jag nu?; Sätta gränser – good enough; Ändrat förhållningssätt gentemot andra – att njuta av att vara snäll; Integration – att leva som man lär. Resultaten visade att terapeuterna upplever att det finns ett flertal fördelar med att arbeta med CFT jämfört med sedvanlig KBT. Resultaten visade även att terapeuterna integrerat metoden i sina liv, vilket i sin tur upplevs vara en skyddsfaktor i förhållande till stress. Resultatet är i linje med de studier som har kunnat påvisa sambandet mellan självmedkänsla och resiliens mot stressrelaterade symptom.

Nyckelord: Compassionfokuserad terapi, CFT, CMT, medkänsla, självmedkänsla, tematisk analys, compassion fatigue, psykoterapeuter.

Tack!

Vi vill framföra ett varmt tack till våra informanter som tagit sig tid att intervjuas och som så generöst delat med sig av sina upplevelser och erfarenheter – utan er hade vi inte kunnat genomföra denna studie. Vi vill också tacka vår handledare Sima Wolgast för all inspiration, och värdefulla synpunkter. Slutligen vill vi tacka våra familjer för deras tålamod och stöttning under arbetets gång.

Innehållsförteckning

Compassion - från riskfaktor till friskfaktor? En tematisk analys av hur terapeuter som arbetar med compassionfokuserad terapi upplever sin metod.....	1
Compassion fatigue – medkänslans pris?	2
Compassionfokuserad terapi	3
Interventioner och särdrag i CFT	4
Medkänslans olika former.....	6
Evidensen för CFT	7
Självmedkänsla som stressförebyggande faktor	9
Syfte och frågeställningar	10
Metod	11
Design och teoretisk ansats	11
Urval och beskrivning av informanterna	11
Procedur för datainsamling	12
Dataanalys.....	13
Vår förförståelse	14
Etiska överväganden	14
Resultat	16
Fylla luckor – den saknade pusselbiten	16
Teoretisk bredd – styrka eller svaghet?	17
Common Humanity – vi sitter i samma båt	18
Självomhändertagande – vad behöver jag nu?.....	19
Sätta gränser - good enough.....	21
Ändrat förhållningssätt gentemot andra - att njuta av att vara snäll	22
Integration - att leva som man lär	24

Diskussion	26
Resultatdiskussion	26
Metoddiskussion	30
Praktiska implikationer och framtida forskning	34
Slutsatser	35
Referenser	37
Bilaga 1. Information till deltagare	44
Bilaga 2. Intervjuguide	47

Compassion - från riskfaktor till friskfaktor? En tematisk analys av hur terapeuter som arbetar med compassionfokuserad terapi upplever sin metod

Under fjärde terminen på psykoterapeutprogrammet hade vi en tvådagars föreläsning om compassionfokuserad terapi (CFT). Vi blev båda väldigt inspirerade och kände oss efter dessa dagar uppfyllda och motiverade att lära oss mer. Vi fann att dessa dagar, förutom att ge oss en introduktion till metoden, även gav oss som blivande psykoterapeuter något som vi inte tidigare fått inom ramen för utbildningen. Vi upplevde att vi genom de upplevelsebaserade övningarna fick en möjlighet att träna vår egen medkänsla och att detta lämnade ett bestående avtryck på oss.

I Psykologtidningen (2020) kunde man i höstas läsa om Christina Andersson som var en av de som introducerade CFT i Sverige för snart 10 år sedan. Hon beskriver i artikeln att hon ser ett ökat intresse för CFT i Sverige och att det numera används inom flera olika verksamheter, som till exempel primärvården, företagshälsovården, psykiatri samt på ungdomsmottagningar. Även bland patienter märks ett ökat intresse för CFT och det har lett fram till att ett självhjälpssystem inom kort kommer att lanseras på 1177 Vårdguiden. Ett självmedkänsloprogram för vårdpersonal har också tagits fram (Wahlgren, 2020).

Det finns studier där man lyft fram CFT och självmedkänsla som ett sätt att minska stress och förebygga utmattning hos vårdpersonal (t ex Finlay-Jones et al., 2015). Psykiska diagnoser är den vanligaste orsaken till långvarig sjukfrånvaro inom vården. Av dessa sjukskrivningar är reaktion på svår stress den vanligaste psykiatriska diagnosen. Kvinnor har tre gånger högre risk att hamna i långtidssjukskrivning på grund av stress jämfört med män inom samma yrke (AFA Försäkring, 2020). En av de grupper där sjukskrivningstalet under de senaste åren har ökat är psykologer. Försäkringskassan rapporterade (2013) att psykologer var en av de yrkesgrupper där risken för sjukfall med psykiatrisk diagnos var störst, särskilt för kvinnor. I en artikel i Psykologtidningen från 2021 redovisades siffror från AFA försäkring som visade att psykologer anställda inom kommun eller landsting oftare än genomsnittet blev långtidssjukskrivna. I samma artikel benämndes psykologyrket som ett möjligt riskyrke (Allwood et al., 2021).

Trots att effekten av CFT ser lovande ut och ett flertal studier publicerats om metoden, kan evidensen ännu inte säkerställas med tanke på de få randomiserade och kontrollerade studier (RCT:s) som finns. Det finns två forskningsöversikter som konstaterat att CFT är en behandlingsform som uppvisar positiva resultat (Beaumont & Hollins Martin 2015; Leaviss & Uttley, 2015), men mer forskning behövs.

Mot bakgrund av ovanstående bestämde vi oss för att genomföra en studie där vi försöker ta reda på mer om hur terapeuter som arbetar med CFT upplever sin metod samt hur det påverkar deras upplevelse av stress.

Compassion fatigue – medkänslans pris?

Det engelska ordet för medkänsla – compassion – kommer från latinets *com-*, tillsammans med, och *pati*, att lida, och handlar således om att utstå och dela lidande med någon annan människa. Begreppet är nära kopplat till empati och sympati och dessa definieras på flera olika sätt i litteraturen, vilket leder till viss begreppsförvirring. Ofta definieras medkänsla som något som väcks av någon annans lidande och som motiverar till en vilja att göra någonting åt detta lidande, medan empati är förmågan att känna in andras känslor och således inte lika aktivt som medkänsla (t ex Gerace, 2020). Dalai Lamas beskrivning av medkänsla, “compassion is a sensitivity to the suffering of self and others, with a deep commitment to try to relieve it”, är sannolikt den mest använda beskrivningen av medkänsla (Gilbert, 2010, s. 3).

Stressrelaterad ohälsa hos psykologer, psykoterapeuter och andra yrkesgrupper där omvårdnad har en central roll är väl beskrivet i litteraturen (t ex Allwood et al., 2020; Lee et al., 2020; Simionato & Simpson, 2018; Maslach et al., 2001).

Begreppet compassion fatigue dök upp i litteraturen första gången 1992 i samband med en artikel som beskrev de negativa effekterna av emotionell stress hos vårdpersonal (Joinson, 1992). Tillståndet kännetecknas av emotionell och fysisk utmattning och uppstår som en följd av långvarigt medkännande bemötande av patienters lidande (Figley, 2002; Sorenson et al., 2016) samt är nära besläktat med andra tillstånd, såsom sekundärt traumatiskt stressyndrom (STS) och burn out/utmattning, vilka vi av utrymmesskäl inte kommer att beskriva närmare.

I en studie om psykoterapeuter och compassion fatigue beskriver Figley medkänslans ”pris” på följande sätt:

The very act of being compassionate and empathic extracts a cost under most circumstances. In our effort to view the world from the perspective of the suffering we suffer. The meaning of compassion is to bear suffering. Compassion fatigue, like any other kind of fatigue, reduces our capacity or our interest in bearing the suffering of others.” (Figley, 2002, s. 1434).

Figley (2002) beskriver compassion fatigue som ett resultat av bristen på gott självomhändertagande hos psykoterapeuterna och lyfter fram vikten av olika konstruktiva strategier för förebyggande behandling och rehabilitering vid detta tillstånd.

På Karolinska institutets hemsida (2021) översätts compassion fatigue till empatitrötthet och definieras som ”en stressrespons som uppstår hos individer i vårdgivande yrken. Tillståndet är ingen vedertagen diagnos i varken ICD-11 (WHO, 2020) eller DSM-V (APA, 2013), men förekommer frekvent i litteraturen.

Enligt hjärnforskarna Klimecki och Singer (2011) skulle man kunna beskriva compassion fatigue som en form av patologisk altruism. I en studie från 2014 kunde de finna påtagliga skillnader mellan empati och medkänsla, både psykologiskt och neurologiskt. Med hjälp av hjärnabbildningar kunde de se hur exponering för andras lidande kan leda till två former av emotionella reaktioner, antingen empatisk stress eller medkänsla/empatisk omsorg. Empatisk stress leder till negativa känslor och undvikande, vilket enligt författarna kan leda till att vårdpersonal sjukskrivs i stor utsträckning. Medkänsla, däremot, beskrivs som en slags förfinad form av empati som leder till positiva känslor, prosociala beteenden och resiliens, vilket i sin tur innebär bättre stresshantering för till exempel vårdpersonal (Singer & Klimecki, 2014). Samma forskare har föreslagit att begreppet compassion fatigue skulle kunna ersättas med begreppet ”empathetic distress fatigue” (Klimecki & Singer, 2011).

I den prisbelönta boken, ”The Managed Heart – Commercialization of human feeling”, vill den framstående amerikanska sociologiprofessorn Hochschild introducera och problematisera kring begreppet ”emotional labor”. Begreppet syftar på det emotionella arbete som personal – vars arbeten ställer krav på emotionell anpassning och kontroll – gör, utifrån vad som förväntas av dem i den kontext som de arbetar i; vilka ”känsloregler” som gäller för dem för att det ska vara kommersiellt gynnsamt för företaget/organisationen som de arbetar för. Enligt Hochschild har ca hälften av alla kvinnor och en tredjedel av alla män i USA arbeten som innebär ansenlig ”emotional labor”, vilket hon menar kan leda till stress och utbrändhet/utmattning (Hochschild, 2012).

Compassionfokuserad terapi

CFT är en terapiform som började utvecklas under 1980-talet av Paul Gilbert, psykolog och professor i klinisk psykologi. Metoden är integrativ och har sin bakgrund i evolutionspsykologi, affektiv neurovetenskap, anknytningsteori, buddhistisk tradition samt kognitiv beteendeterapi (KBT) (Gilbert, 2010).

I sitt terapiarbete upptäckte Gilbert att många av hans klienter hade mycket självkritik, skamkänslor och självförakt. Han observerade att traditionell KBT verkade fungera dåligt för just dessa klienter. Även om de verkade ta till sig kognitiva tekniker och kunde identifiera negativa automatiska tankar, tankefällor samt ta fram alternativa tankar så kände de sig inte bättre. Det fanns en brist på överensstämmelse mellan vad klienter tänkte och vad de kände som gjorde att kognitiva tekniker inte fick dem att må bättre. (Kolts, 2019; Gilbert 2010). CFT utvecklades alltså ursprungligen för att hjälpa personer med mycket skam och självkritik

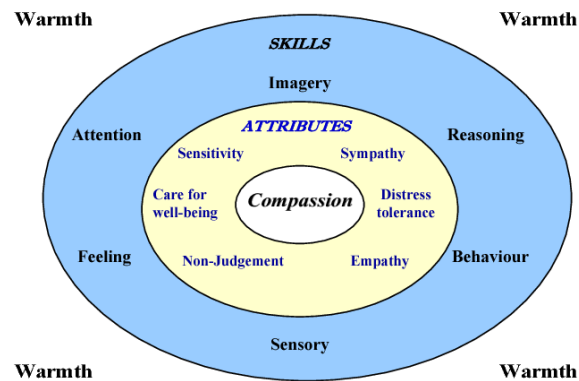
CFT bygger på kontextuell funktionalism och betraktas därför ofta som en del av tredje vågens KBT. Fokus ligger på att förhålla sig till svåra tankar och känslor i stället för att förändra dem eller göra sig av med dem, utvecklandet av mindfulness samt fokus på livskvalitet i stället för på symtomreduktion. Målet i behandlingen är att lära sig att möta svårigheter, egna och andras, på ett varmt, accepterande och stöttande sätt (Kolts, 2019).

Interventioner och särdrag i CFT

Inom CFT tillämpas, som tidigare nämnts, ett integrativt förhållningssätt och ett flertal sedvanliga evidensbaserade KBT-interventioner används, såsom beteendeanalys, sokratisk dialog, väglett upptäckande, identifiering av säkerhets- samt undvikande beteende, exponering, beteendexperiment, mindfulness samt visualiseringsövningar (Gilbert, 2010).

Vad är det då som särskiljer CFT från traditionell KBT? Gilbert beskriver följande särdrag inom CFT: 1) psykoedukation om vår ”komplexa och luriga hjärna”; 2) modeller för emotionsreglering med fokus på anknytning och parasympatiska nervsystemet; 3) självkritikens komplexitet, där skam och skuld är vanligt förekommande känslor; 4) medkännande motiv samt 5) fokus på motstånd mot medkänsla samt positiva känslor (Gilbert, 2010). Gilbert menar vidare att medkänsla är något som utgörs av en rad färdigheter och förmågor som kan tränas upp. Denna träning kallar Gilbert för Compassionate Mind Training, CMT. Detta illustreras av figur 1 nedan. Att utveckla en ”compassionate mind” eller ett medkännande själv utgör således kärnan i CFT. I denna träning ingår exempelvis visualiseringsövningar, mindfulnessövningar och medkännande brevskrivning (Gilbert, 2014).

Figur 1. Compassioncirkeln – medkännande färdigheter och egenskaper.



Från "The Compassionate Mind", Gilbert (2009).

Gilberts grundar sin terapimodell bland annat på tidigare forskning kring emotioner och anknytning (t ex Depue & Morrone-Strupinsky, 2005), på hur grundläggande emotionsreglerande system fungerar (t ex Panksepp, 1998) samt på hur formandet av vårt sociala själv utvecklas genom våra anknytningsrelationer (t ex Shore, 1994).

I CFT kategoriseras känslor utifrån deras funktion i den s.k. trecirkelmodellen som beskriver 3 olika typer av emotionsreglerande system: hotsystemet, utforskandesystemet samt trygghetssystemet. Hotsystemet innefattar känslor som rädsla, ilska och ångest, vilka ska få oss att identifiera och reagera på hot och söka skydd och säkerhet. Utforskandesystemet associeras med känslor så som upphetsning och lust och dessa känslors funktion är att motivera oss för att uppnå mål. Till skillnad från de två ovan beskrivna systemen som är aktiverande, är trygghetssystemet det system som verkar lugnande. Detta system associeras med känslor av trygghet, lugn och tillfredsställelse. Acceptans, tillgivenhet, samhörighet och anknytning är upplevelser som kan kopplas till trygghetssystemet (Gilbert, 2009).

Modellen beskriver alltså varför vi tänker, känner och agerar som vi gör; den skapar en grundförståelse för patientens problem som kan användas psykoeducativt i arbetet med förändring.

För den blivande CFT-terapeuten är egen träning via upplevelsebaserade övningar ett oundgängligt inslag och fortsatt regelbunden träning uppmuntras inom CFT, då man tänker att detta kan ha en gynnsam effekt för terapeuten inom olika områden, inte minst vad gäller självmedvetenhet under terapisesionerna och hantering av egen skam och självkritik (t ex Gale et al., 2017; Kolts, 2019. Genom tematisk analys fick Gale et al. (2017) fram fem teman

som poängterade att egen träning kändes ovanligt i början, men upplevdes som överraskande effektivt; att övningarna blev allt mer automatiserade med tiden samt som en ny ”livsstil”; att egen träning upplevdes bidra till ökad självmedkänsla samt medkänsla med andra; att träningen ökade terapeutens närvarokänsla i terapierna samt att den bidrog till att terapeuterna fick ökad självinsikt avseende det som de tog med sig in till terapierna. Författarna konstaterar vidare att det är viktigt att ”leva som man lär” när man arbetar med CFT, men drar försiktiga slutsatser av studien till följd av metodologiska begränsningar.

Då detta är ett tämligen obeforskat område undrade vi om det skulle vara möjligt att ta reda på mer om det via en kvalitativ studie. Vi ville veta hur terapeuter som arbetar med CFT upplever sin metod, jämfört med sedvanlig KBT, samt om metoden på något sätt utgjorde ett skydd för dem avseende stress.

Medkänslans olika former

I CFT är tanken att medkänsla flödar i tre olika riktningar; medkänsla vi riktar mot andra, medkänsla som andra riktar mot oss samt medkänsla som vi kan rikta mot oss själva, dvs självmedkänsla (Gilbert, 2014). För Gilbert skiljer sig således inte begreppen medkänsla och självmedkänsla sig innehållsmässigt. Vi har valt att använda oss av de svenska begreppen – medkänsla och självmedkänsla – då dessa blivit allt vanligare i svenska översättningar (t ex i Lagercrantz översättning av Neff & Germer, 2019).

Begreppet självmedkänsla, som är hämtat från buddhistisk filosofi, har fått allt större uppmärksamhet under de senaste åren och har definierats på olika sätt i litteraturen. Bergsten (2013) har beskrivit självmedkänsla som ”en vän i nöden”.

Enligt Neff (2003a) – som är en förgrundsgestalt inom detta forskningsområde – omfattas självmedkänsla av tre huvudbeståndsdelar, där varje beståndsdel har en positiv och en negativ pol som representerar medkännande respektive icke-medkännande beteenden: 1) vänlighet mot sig själv kontra självkritik; 2) känsla av ”common humanity” kontra isolering samt 3) mindfulness kontra överidentifiering. Vänlighet mot sig själv innebär förståelse, värme, tröst samt ovillkorlig acceptans gentemot sig själv i stället för sträng självkritik pga personliga tillkortakommanden eller vid smärtsamma omständigheter. Common humanity inbegriper upplevelsen av att ens erfarenheter är en del av ett större mänskligt sammanhang i stället för isolerade fenomen. Mindfulness inbegriper förmågan att ha ett balanserat perspektiv på tankar och känslor för att slippa att smälta samman med dem eller undvika dem, dvs ett accepterande, icke-värderande perspektiv. Neff beskriver vidare självmedkänsla som ett begrepp som innebär ett emotionellt positivt förhållningssätt gentemot självet som borde

skydda från de negativa konsekvenser som självkritik, isolering och grubblande har vid till exempel depression (Neff, 2003a). För att kunna mäta dessa tre aspekter av självmedkänsla, har Neff konstruerat en skala, Self compassion Scale (SCS) (Neff, 2003b).

Evidensen för CFT

Man kan säga att evidensen för CFT baseras på två olika forskningsfält; dels på forskning om CFT-interventionernas effekt, exempelvis CMT:s effekt, dels på forskning kring teorierna bakom CFT (Kolts, 2019).

Gilbert et al. (2011) har, utifrån ovannämnda 3 olika flöden för medkänsla, utvecklat 3 skalor, Fears of Compassion Scales (FCS), för att mäta rädsla för medkänsla hos en icke-klinisk population bestående av 222 studenter och 53 terapeuter: 1) rädsla för att rikta medkänsla mot sig själv/självmedkänsla, 2) rädsla för att ta emot medkänsla från andra samt 3) rädsla för att rikta medkänsla mot andra. De kom fram till att rädsla för självmedkänsla var kopplat till rädsla för att ta emot medkänsla från andra samt att båda dessa rädslor var kopplade till självkritik, otrygg anknytning, depression, ångest och stress.

I en metaanalys granskade Kirby et al. (2019) 19 olika studier där ovannämnda skalor – FCS – användes. Utifrån analysen kunde de bl a konstatera att det var lättare att rikta medkänsla mot andra än mot sig själv, att det är gynnsamt för den psykiska hälsan att rikta medkänsla mot andra samt att det skyddade mot depression att ta emot medkänsla från andra. Vidare kunde de se att det fanns ett tydligt samband mellan rädsla för att rikta medkänsla mot sig själv och problem med depression, ångest, skam, självkritik.

Neff (2007) undersökte i en korrelationsstudie hur självmedkänsla förhåller sig till god psykisk hälsa samt till olika personlighetsdrag utifrån 5-faktormodellen för personlighet. Studien visade att självmedkänsla korrelerade positivt på ett signifikant sätt med självrapporterad god psykisk hälsa/funktion oberoende av personlighetsdrag.

Trots att effekten av CFT ser lovande ut och ett flertal studier publicerats om metoden, kan evidensen inte säkerställas ännu med tanke på att det fortfarande endast finns ett fåtal randomiserade och kontrollerade studier (RCT:s). CFT och CMT har använts brett för behandling av patienter med diagnoser såsom depression (t ex Farokhzadian & Mirderekvand, 2018); tvångssyndrom (t ex Petrocchi et al., 2021); social ångest (t ex Boersma et al., 2015); PTSD (t ex Beaumont et al., 2012; Lawrence & Lee, 2014); psykoser (t ex Braehler et al., 2012; Heriot-Maitland et al., 2019) ätstörningar (t ex Carvalho Barreto et al., 2018); smärta (t ex Gooding et al., 2020) samt personlighetsstörningar (t ex Naismith et al., 2019) med varierande effekt. Både individuella behandlingar och behandlingar i grupp finns med bland

studierna.

Beaumont och Hollins Martin (2015) har i en översikt om effekten av CFT lyft fram 12 studier som visat på signifikanta effekter av CFT på olika kliniska grupper, men konstaterar att flertalet studier har små samples eller är fallstudier. De fann dessutom endast en RCT som höll den stringens som behövs för att kunna uttala sig säkert om effektstorlekar. Beaumont och Hollins Martin (2015) bedömer sammanfattningsvis att CFT kan vara en effektiv terapeutisk intervention för sig självt, men kan även utgöra ett gott komplement till andra psykoterapier.

Den RCT som lyfts fram i ovannämnda översikt är Braehler et al:s (2012) undersökning om hur CFT i grupp fungerar för 40 patienter med psykosjukdom, vilket också är den första RCT:n som gjorts för CFT. Författarna kunde visa på att psykopatienterna fick minskade depressionssymptom, minskade känslor av skam samt ökad medkänsla. Metoden bedömdes vara säker, lätt att tolerera samt lovande för denna patientgrupp.

I en annan systematisk översikt, sammanställde Leaviss och Uttley (2015) 14 studier på både kliniska och icke-kliniska grupper som visar på både signifikanta respektive icke signifikanta effekter av CFT. Utöver Braehler et al:s (2012) studie inkluderade de ytterligare två RCT:s. I den ena studien tittade man på effekten av CMT för rökavvänjning, men fann inga signifikanta skillnader mellan experimentgrupperna och kontrollgruppen avseende minskning av rökning, men gjorde en del intressanta fynd, såsom att CMT funkade bäst för de med lägst motivation (Kelly et al., 2010). Den andra RCT:n var en icke-klinisk studie, där deltagare med sårbarhet för depression inkluderades och där medkännande brevskrivande utgjorde CFT-interventionen. Författarna redogör för en signifikant ökning avseende lyckokänslor samt minskning av depressionssymptom i experimentgrupperna jämfört med kontrollgruppen (Shapira & Mongrain, 2010).

I en RCT om effekten av Compassionate Mind Training i grupp (baserad på Gilberts CMT-manual) för behandling av depression, visade Noorbala et al. (2013) att 12 sessioner med CMT gav en signifikant minskning av patienternas symptom på depression och ångest efter en 2-månaders uppföljning, men dock inte direkt efter avslutad behandling. Studien kunde emellertid inte visa på signifikanta skillnader vad gäller självkritik efter avslutad behandling, vilket man sett i andra studier.

Cuppige et al. (2018) har i en kontrollerad, men inte randomiserad studie, undersökt hur CFT i grupp fungerar för en transdiagnostisk grupp. Signifikanta förbättringar kunde ses gällande psykiska symptom jämfört med TAU. På liknande sätt utvärderade McManus et al. (2018) effekten av CFT i en transdiagnostisk grupp inom allmänpsykiatrin. Signifikanta

förbättringar avseende symptom kunde ses även hos denna patientgrupp som dessutom upplevde terapiformen som mindre stigmatiserande, då den fokuserade på gemensamma faktorer såsom skam och självkritik i stället för på diagnoser. Studien baserades endast på 13 patienter och är inte kontrollerad, varför författarna menar att mer forskning inom området behövs innan det går att dra några säkra slutsatser.

Självmedkänsla som stressförebyggande faktor

Självmedkänslans roll vid utvecklandet av psykiskt välmående och resiliens mot stress – för att på så sätt förebygga stressrelaterad ohälsa hos psykologer och andra vårdgivare – finns dokumenterad i ett antal studier (t ex Finlay-Jones et al., 2015). Medkänsla för andra beskrivs i litteraturen som nära förknippat med medkänsla för sig själv samt med självomhändertagande (Figley, 2002). I en svensk studie från 2013, beskrev Wiklund Gustin och Wagner självmedkänsla som en förutsättning för att kunna ha medkänsla för andra, vilket de kallade för ”the butterfly effect of caring”.

Raab (2014) har i en litteraturöversikt lyft fram det positiva sambandet mellan mindfulness-interventioner, speciellt de med inslag av ”loving kindness”, och utvecklandet av självmedkänsla samt hur dessa interventioner kan reducera stress och utmattning bland vårdgivare. I en kvantitativ studie undersökte Beaumont et al. (2016) hur förhållandet mellan självmedkänsla, psykiskt välmående, compassion fatigue och utmattning såg ut bland kurators- och psykoterapeutstudenter (inriktning KBT) under deras sista studieår. De fann att studenter som skattade sig högt på självmedkänsla även skattade sig högt på psykiskt välbefinnande samt lågt på compassion fatigue och symptom på utmattning. Utifrån denna negativa korrelation, drog de slutsatsen att träning i självmedkänsla kunde vara en hjälp för blivande kuratorer och psykoterapeuter, liksom för annan hälsovårdspersonal med risk för att utveckla compassion fatigue, att hantera stresssymptom och på så sätt få bättre professionell livskvalitet.

Barnard och Curry (2012) undersökte hur olika personlighetsdimensioner – viljan att vara till lags; skuld- och skamorientering; förmågan till självmedkänsla; förmågan att ha distans till sin yrkesroll – kunde predicera utmattningssyndrom hos präster. Samtliga dimensioner ansågs, tillsammans, ha en predicerande roll i förhållande till utmattning, men självmedkänsla var den enda prediktorn som ensam hade signifikans; ju högre självmedkänsla, desto mindre risk för utmattning. Författarna konstaterade att högre grad av självmedkänsla kan skydda präster från utmattningsproblem.

Vad är det då som händer neurologiskt, psykologiskt samt beteendemässigt när vi tränar upp vår medkänsla och självmedkänsla? Kim et al. (2020) har i en färsk studie velat lyfta fram detta; speciellt vilka neurofysiologiska markörer som finns i samband med träning i CMT. De kunde bland annat konstatera att neurala nätverk som associeras till rädsla/hot minskade efter att deltagare genomgått CMT samt att deltagarna även visade på lägre sympatikuspåslag vid stressorer.

Utifrån ovanstående tänkte vi att det skulle vara intressant att fördjupa oss i detta område via en kvalitativ studie.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka hur terapeuter som arbetar med CFT upplever sin arbetsmetod samt om och i så fall hur dessa upplevelser skiljer sig åt från de upplevelser de haft när de arbetat med sedvanlig KBT. Vi vill också undersöka om deras arbetsmetod påverkar deras upplevelse av stress i deras kliniska vardag och privatliv.

1. Hur upplever terapeuter som arbetar med CFT sin metod jämfört med sedvanlig KBT?
2. Hur tänker terapeuter som arbetar med CFT kring sin metod utifrån skydds- och riskfaktorer för stressrelaterad problematik?

Metod

Design och teoretisk ansats

Studien är kvalitativ och bygger på en tematisk analys av åtta semistrukturerade intervjuer. Ett kvalitativt angreppssätt valdes utifrån syftet att uppnå ökad förståelse för terapeuternas upplevelser. Kvalitativ forskning fokuserar på att beskriva, förstå och klargöra upplevelser (Polkinghorne, 2005). Tematisk analys är en metod för att organisera, analysera och identifiera teman inom ett datamaterial. Enligt Braun och Clarke (2006) är det en flexibel och lättillgänglig metod som är vanlig inom psykologisk forskning. De menar vidare att den är lämplig för personer som inte har så mycket erfarenhet av kvalitativa studier. (Braun & Clarke, 2006; Braun & Clarke, 2012).

Den tematiska analysen är en teoretisk obunden metod som inte är knuten till någon specifik epistemologisk eller ontologisk position. Enligt Braun och Clarke (2012) är det just därför av stor vikt att tydliggöra analysens teoretiska utgångspunkt. Vår teoretiska ansats är fenomenologisk, vilket innebär att vi har varit intresserade av individuella upplevelser och förståelse. Vi har valt en kritiskt realistisk hållning, vilket innebär att man utgår från att människan är socialt producerade och socialt definierade. Forskaren ses ur detta perspektiv som en aktiv deltagare i produktionen av kunskap. Kunskapen kommer dels från deltagarnas upplevelser och förståelse av världen, dels av hur vi sammanställer och tolkar. På detta sätt har vi eftersträvat att få en förståelse för individens unika erfarenheter och upplevelser (Ponterotto, 2005).

Urval och beskrivning av informanterna

Kriterier för att delta i studien var minst KBT steg 1 samt någon form av grundutbildning i CFT. Vi eftersträvade ett brett urval med informanter som har olika erfarenheter av att jobba med CFT. Om informanter har olika perspektiv ges möjlighet, genom jämförelse av data, att identifiera centrala aspekter i upplevelsen av ett fenomen (Polkinghorne, 2005).

För att få ut så mycket information som möjligt valde vi att använda oss av ett ändamålsenligt urval. Vi kontaktade informanter utifrån vår kännedom om deras kunskap och erfarenhet inom området för studien. Vi frågade dessutom dessa informanter om tips på andra informanter, så kallat snöbollsurval. Dessa två urvalsmetoder går enligt litteraturen bra att kombinera (Denscombe, 2017).

Åtta personer deltog i studien. Alla som intervjuades var kvinnor. Av informanterna är sex psykologer och två socionomer. Socionomerna har minst steg 1 KBT. Fyra av

informerarna är legitimerade psykoterapeuter. Informanterna har arbetat i sin grundprofession mellan åtta och fyrtio år. Deras utbildning i CFT varierar i omfattning, men alla har någon form av grundutbildning i detta. Informanterna har arbetat mellan fem och elva år med CFT och de använder metoden i olika stor utsträckning. Några av informanterna uppgav att de använder CFT renodlat medan de flesta uppgav att de använder CFT som ett komplement till KBT. Då intervjuerna genomfördes via zoom kunde vi inkludera informanter från hela landet. Detta bidrog också till att urvalet breddades vilket i sin tur resulterade i att olika perspektiv kunde samlas in.

Procedur för datainsamling

Första steget var att ta fram en intervjuguide utifrån våra frågeställningar. För att tillförsäkra oss om att frågorna var relevanta utifrån ämnet, inhämtades synpunkter från sakkunnig. Efter denna procedur gjordes vissa justeringar och tillägg. Sedan påbörjade vi arbetet med att finna lämpliga informanter. Inledningsvis kontaktades personer via en mottagning som erbjuder CFT. Därifrån erhöll vi tips om lämpliga personer som kontaktades för förfrågan om att delta. Kontakterna skedde via mail. Tre av informanterna rekryterades på detta sätt. En informant hittades via personliga kontakter. Dessutom skickades en förfrågan ut via gruppmail till medlemmar i sfKBT (Sveriges förening för KBT). På detta sätt rekryterades ytterligare fyra informanter. Ytterligare två hörde av sig som svar på detta utskick, men valdes bort då de inte uppfyllde urvalskriterierna. Ambitionen var att hitta informanter som alla på olika sätt använder CFT i sitt arbete. Sammanlagt genomfördes intervjuer med åtta informanter.

I samband med att tid bokades med informanterna så skickades skriftlig information ut om syfte med studien och vad ett deltagande innebar (Bilaga 1). Även intervjuguiden skickades ut vid samma tillfälle (Bilaga 2). Deltagarna informerades bland annat om att medverkande i studien var frivillig och att de när som helst under studiens gång kunde välja att avbryta sitt deltagande utan att behöva förklara varför.

Samtliga intervjuer, utom en, genomfördes gemensamt. Anledningen till att en intervju genomfördes av endast en person var att den andra fick förhinder och att vi bedömde att för mycket tid skulle förloras om vi bokade om tiden. Vid varje intervju var en av oss ansvarig för att hålla i intervjun medan den andra lyssnade och kom med följdfrågor vid behov. Alla frågor i intervjuguiden ställdes i samtliga intervjuer och därutöver ställdes relevanta följdfrågor. I slutet av intervjun tillfrågades informanten om vederbörande hade någonting ytterligare att tillägga utifrån aktuellt ämne. Alla intervjuer genomfördes via zoom. Inspelning

av ljud och bild skedde direkt via zoom och överfördes direkt efter intervjuerna till USB-sticka där de krypterades. Intervjuerna tog mellan 31–45 minuter.

Dataanalys

Vi har valt tematisk analys som utgångspunkt för vår studie och har utgått från Braun och Clarke (2006) med vissa justeringar. Vår analysprocess har varit induktiv datadriven. Vi har utgått från vår insamlade data och utifrån denna identifierat teman som vi sedan knutit till teori. Detta i motsats till deduktiv analys, där man utgår från teorin när man ska identifiera teman (Braun & Clarke, 2006).

Enligt Polkinghorne (2005) kan transkribering av intervjumaterialet innebära att viss information går förlorad, till exempel betoning av ord och språkliga nyanser. Vi har därför valt att inte transkribera materialet, utan har i stället använt oss av genomlyssningar av intervjuerna utifrån följande steg:

När alla intervjuer var genomförda så lät vi slumpen avgöra vilka två intervjuer vi skulle utgå från i vår analys. Dessa två intervjuer lyssnade vi igenom var och en för sig. Under lyssnandet nedtecknades allt som var intressant och relevant i förhållande till studiens syfte och frågeställningar. Den tematiska analysen genomfördes på en semantisk nivå, det vill säga med fokus på vad informanterna explicit uttryckt och inte på vilka underliggande strukturer och antaganden som kunde tänkas ligga bakom deras uttalanden (Braun & Clarke, 2006). Utifrån detta tecknade vi var för sig ner teman som framkom på post it lappar.

Steg två var att vi gemensamt gick igenom de teman som framkommit, kategoriserade de teman som var närliggande och slutligen enades kring sju avgränsande teman. I processen för att fastställa teman hade vi som utgångspunkt att varje tema skulle innehålla utsagor som bildade ett meningsfullt och sammanhängande mönster, att det fångade relevanta aspekter utifrån våra frågeställningar samt att det var tillräckligt specifikt för att skilja sig från övriga teman.

Därefter skedde en genomlyssning av samtliga intervjuer, inklusive de två som redan genomlyssnats. I genomlyssningen av resterande intervjuer, som även i dessa fall gjordes gemensamt, utgick vi från de fastställda temana och noterade vilka teman som kunde identifieras i de olika intervjuerna. Vi noterade också citat som passade in under funna teman. Således blev de två första intervjuerna styrande och analysen fick avgöra huruvida de övriga intervjuerna överensstämde med dessa teman. Om vi i övriga intervjuer identifierade nya teman så nedtecknades dessa för att användas i avsnittet framtida forskning.

Slutligen namngav vi varje tema och sammanställde en detaljerad analys med

medföljande citat. I vissa fall har små justeringar av citaten gjorts, med syfte att öka läsbarheten eller att undvika att informanter röjs. Inga förändringar som gjorts har på något sätt påverkat innebörden i citaten. (Braun & Clarke, 2006; Braun & Clarke, 2012).

Vår förförståelse

Eftersom vi som genomför studien deltar i konstruktionen av mening och aktivt påverkar studiens resultat, så är det viktigt att explicitgöra vår förförståelse. Vi kan inte frigöra oss från den, men genom att försöka medvetandegöra och beskriva vår förförståelse och utgångspunkten för vår tolkning, så möjliggör det kritisk granskning av studien och dess resultat (Larsson, 1994). Genom ett reflexivt förhållningssätt gällande data, resultatet och vårt eget förhållningssätt till ämnet, kan vi förhålla oss till vår förförståelse på ett sätt så att den blir till nytta samtidigt som vi inte hamnar i fällan att bedöma i stället för att beskriva (Langemar, 2008).

Vi är båda studenter vid psykoterapeutprogrammet med inriktning KBT vuxen, vid Lunds universitet. Amparo är psykolog och Anna är socionom. Vi arbetar båda i Primärvården Skåne, på en vårdcentral respektive på en ungdomsmottagning. Vår förförståelse gällande CFT innan vi inledde vårt uppsatsarbete var den kunskap vi inhämtat på egen hand genom litteratur och korta utbildningsinsatser på våra arbetsplatser. Det som framförallt väckte vårt intresse och ledde oss till denna uppsats var två dagars föreläsning/workshop inom ramen för psykoterapeutprogrammet. Vår kliniska erfarenhet av CFT är begränsad. Genom intervjuerna fick vi under uppsatsens gång ökad förförståelse för CFT vilket i sin tur ledde till fördjupade frågor och bredare teoretisk kunskapsinhämtning. En god förförståelse ger förutsättningar för att kunna tolka materialet på ett riktigt sätt och lättare uppfatta nyanser (Langemar, 2008).

Etiska överväganden

Willig (2013) poängterar ett antal faktorer som är viktiga att ha i åtanke för att säkerställa ett etiskt försvarbart förhållningssätt vid kvalitativ forskning: deltagarna ska ge informerat samtycke, inte vilseledas, ha rätt att dra sig ur studien, om möjligt få möjlighet att ta del av publicerat material och erbjudas konfidentialitet.

Alla informanter hade i förväg gett sitt frivilliga och informerade samtycke till att delta i studien. De informerades om syftet och processen med studien både skriftligt och muntligt. Alla informanter fick ut skriftlig information via mail inför intervjuerna (bilaga A). Dessutom gavs en kort information i början av varje intervju. Informanterna informerades om att

medverkande i studien var frivillig och att de när som helst under studiens gång kunde välja att avbryta sitt deltagande utan att behöva förklara varför. Information gavs om att intervjuerna skulle avidentifieras och att inga uppgifter skulle kunna härledas till någon specifik informant. De informerades vidare om att ifall det skulle framkomma data som uppenbart hade röjt en informants identitet skulle den komma att uteslutas ur uppsatsen. Informanterna informerades också om möjligheten att begära att delar av datamaterialet inte fick användas. Efter genomförd intervju gavs möjlighet att anmäla intresse för att få ta del av den färdiga uppsatsen, vilket samtliga informanter gjorde.

Informanternas anonymitet säkrades genom att allt material behandlades så att inte obehöriga kunde ta del av det. Alla inspelade intervjuer och icke avidentifierad information förvarades krypterat digitalt. Enbart vi och handledaren har haft tillgång till materialet. Efter studiens färdigställande raderades allt material som innehöll information om deltagarna.

I slutet av varje intervju ställdes en fråga kring hur informanten upplevt intervjun, vilket gav möjlighet för informanten att lyfta sådant som eventuellt upplevts som negativt.

Resultat

Den tematiska analysen av intervjuerna resulterade i sju olika teman som tillsammans utgör studiens resultat. Följande teman presenteras: Fylla luckor – den saknade pusselbiten; Teoretisk bredd – styrka eller svaghet?; Common Humanity – vi sitter i samma båt; Självmhändertagande – vad behöver jag nu?; Sätta gränser - good enough; Ändrat förhållningssätt gentemot andra – att njuta av att vara snäll; Integration – att leva som man lär. Samtliga teman belyses med hjälp av ett antal citat från informanterna.

Fylla luckor – den saknade pusselbiten

Alla informanter beskrev att CFT på något sätt har fyllt en lucka. De upplever att CFT bidrar med något som de tidigare saknat i sitt arbete. Detta gäller både i förhållande till patienterna och i förhållande till sig själva som terapeuter. Något som många av informanterna tog upp är att de upplever CFT som en pedagogisk modell som är lätt att ta till sig och som ger utrymme, genom bland annat upplevelsebaserade övningar, att jobba med känslor på ett annat sätt än vid KBT. Trecirkelsmodellen upplevs av flera som ett pedagogiskt redskap som är lätt för patienterna att ta till sig. En av informanterna beskrev det på detta sätt:

Jag tycker att man får ett nytt starkt redskap att ge till dem och det tycker jag kan vara det bästa att prata om de här olika känsloregleringssystemen som är en hjälp för mig att prata känslor helt enkelt som jag inte tycker är lika lätt med KBT även om känslodelen självklart finns med där också. Men det blir lite djupare och jag upplever att många behöver det.

Flera av informanterna uppgav att de upplever att de med CFT får ett annat utrymme att adressera skam. Så här beskrev en av informanterna vad det var som gjorde att hen började fördjupa sig i CFT:

...och så tyckte jag att skam var otillräckligt adresserat i terapi, så det var det som gjorde att jag bestämde mig.

Många av informanterna tog upp det relationella som en viktig aspekt. De beskrev CFT som en modell där det relationella får mer plats och som också kan leda till bättre alliansbyggande. Här nämndes upplevelser av att “man får en plattare och jämnare relation”. Flera beskrev också modellen som en möjlig väg att jobba med mer tidskrävande processer. En informant beskrev det på följande sätt:

De här patienterna som hade låg självkänsla, relationella svårigheter och kanske utmattning i lite svårare grad. Där tyckte jag inte att KBT hade supermycket att komma med. Jag tyckte inte att jag kunde hjälpa dem på ett tillfredsställande sätt. (...) Med CFT jobbar jag mer med de här lite trögare processerna, relationella mönster, låg självkänsla som tar lite tid att bygga om och bygga upp. Där kanske inte går att göra så mycket strukturer eller där det inte bara går att exponera rakt av.

Något som flera informanter beskrev var att CFT, förutom att tillföra något i patientarbetet, också tillför terapeuten själv något. En informant belyste detta med följande exempel:

Det finns liksom ett ramverk för det egna arbetet som terapeut att det i terapimetoden redan finns inbakat att du som terapeut kommer att ha en massa tvivel, självkritik, skam och att man i terapiformen också förhåller sig till att det drar igång i mig som terapeut och att jag får ett ramverk för de bitarna som jag tyckte att jag helt saknade i KBT:n. (...) CFT har liksom ett ramverk där du får hjälp att tänka kring det och utvecklas också som terapeut och jobba fram en större trygghet som terapeut.

Samtliga informanter beskrev att CFT fyller luckor och tillför något som de inte hade tillgång till tidigare oavsett om de använder CFT som en renodlad terapiform eller om de använder det som ett komplement. De flesta anser också att det, förutom att tillföra något i patientarbetet, tillför något som är hjälpsamt för terapeuten.

Teoretisk bredd – styrka eller svaghet?

I samtliga intervjuer kom detta tema om teoretisk bredd upp. Flertalet informanter beskrev CFT: s integrativa, inkluderande förhållningssätt som något tilltalande för dem, där samtliga teorier fungerar bra ihop och leder till en metod som ger en välkommen bredd att vila på vad gäller interventioner. En av informanterna beskrev det så här:

Det som gjorde att jag blev attraherad av det var att jag tyckte att den integrerade väldigt mycket av den grundteori som psykologutbildningen tar upp. Jag tittade även på andra terapimetoder och tyckte inte att de hade samma teoretiska bas, så det appellerade till mig.

Samma informant uppgav emellertid att hen ibland kunde längta efter en tydlig manual att följa, så att ramarna blev mer tydliga, samtidigt som hen kan se att det är det som också

”attraherar med CFT”. Ytterligare en informant tog upp sina tankar kring avsaknad av manual:

Alltså, det är ju en flexibel metod (...) det är härligt, men det är också förfärligt. Det finns inte ”först gör man det, och sen gör man det” (...) Jag tänker att det kan upplevas som rörigt. Det finns liksom inget rätt sätt, det finns ingen manual (...) Det kan vara svårt ibland, fast jag skulle inte vilja ha det på något annat sätt.

En annan informant beskrev CFT:s ständigt växande teoretiska grund som något problematisk utifrån att den blir för teoretiskt spretig och vag:

Jag tycker att Paul Gilbert var något väldigt mycket på spåret initialt, men som sen fick leva sitt eget liv. Han blev så mån om att allt skulle med in att (...) det är som att han vill äga allt som någon tänkt om psykoterapi någonsin (...) så att det blir så löst i konturerna till slut att teorierna i takt med att de byggs ut tappar lite i värde (...) Jag saknar en viss vetenskaplig stringens och att han håller ihop det.

Även om de flesta upplever CFT:s teoretiska bredd och mångfald vad gäller interventioner som något positivt, så beskrevs det också en del betänkligheter kring detsamma.

Common Humanity – vi sitter i samma båt

Detta tema nämndes i fler än hälften av intervjuerna och belyser förståelsen om att vi alla sitter i samma båt; att det är svårt att vara människa och att vi alla har en ”lurig hjärna” som vi inte kan rå för. Informanterna beskrev common humanity som ett förhållningssätt som banar väg för ökad tolerans för både eget och andras lidande; som således innebär ökad förmåga att stanna kvar i det svåra, både privat och professionellt, och som också innebär att var och en behöver ta eget ansvar för sitt liv. Detta förhållningssätt beskrevs som avlastande av flera informanter, då det skapar en sund distans till det lidande som finns hos oss själva och hos andra. En informant uppgav följande:

Om vi är grundade i en idé om att vi tror att vi kan möta andras lidande, så tycks det inte vara belastande på samma sätt. Jag tycker att jag, ju mer jag jobbar med CFT, desto tåligare blir jag för andras lidande. Det sliter liksom inte på mig på samma sätt.

En annan informant beskrev förhållningssättet till mänskligt lidande utifrån common humanity som hjälpsamt på följande sätt:

Om du utgår att livet är på det här sättet (...) att det är så för alla, för att vi är människor, när man har det utgångsläget, så tror jag att det kan skapa (...) att man inte hamnar där (...) att du hindrar dig själv från att hamna i utbrändhet.

Känslan av gemenskap – att ens erfarenheter är en del av ett större mänskligt sammanhang – blir enligt flera informanter speciellt uppenbar när de arbetar med CFT i grupp. En informant beskrev följande:

Det jag tycker är speciellt med CFT i grupp är att det känns som att det är en annorlunda känsla, stämning. Jag tror att mycket handlar om det här begreppet common humanity (...) om det här om omsorg och förlåtelse för dig själv, och klimatet i grupperna blir väldigt validerande och medkännande (...) CFT handlar mycket om det här att vara människa. Jag tror att common humanity-perspektivet gör att man har ett mer... inte att nåt ska korrigeras utan mer att ha en förståelse för oss själva (...) och jag tänker att förståelsen kan leda till mod att förändra, för att det finns ju inget vekt i att ta ansvar för sitt eget välbefinnande.

Begreppet common humanity innebär således en ökad förståelse av vad det innebär att vara människa samt en ökad tolerans för det lidande som finns hos oss själva och hos andra, vilket i sin tur upplevs som avlastande.

Självomhändertagande – vad behöver jag nu?

Samtliga informanter beskrev att arbetet med CFT på olika sätt inneburit att de fått ett bättre självomhändertagande, både professionellt och privat. De tog upp begrepp såsom ökad medveten närvaro; aktiv användning av trecirkelmodellen för att ge sig själva vad de behöver; användning av andnings- och visualiseringsövningar för att bli känslomässigt reglerade, förmågan att ”checka in med sig själv” samt ändringar i taltempo och tonfall för att reglera upp eller ner känslor. Ett flertal beskrev hur CFT lett till bättre stresshantering; hur de fått ett ”skydd” eller ”redskap” de inte haft förut. En av informanterna uttryckte följande förändring i sin terapeutroll:

Jag lyssnar mer och jag behöver inte vara steget före, jag låter liksom saker komma till mig på ett annat sätt (...) Jag tänker att jag har blivit mer assertiv och att jag tar hand om mitt välbefinnande, och det tänker jag är hela vitsen med att öka sin självmedkänsla, det är att utveckla modet att ge sig själv det man behöver.

En annan informant berättade om vad övergången till CFT betytt för hen privat och professionellt:

Jag tänker att det har gett mig jättemycket (...) det är ju också så att man förväntas lära sig det, även genom att applicera det på sig själv. Så jag tänker att i mitt liv, så märker jag absolut skillnad på hur jag kan vara med det som är svårt för mig och hur jag närmar mig det, hur min förståelse för vad jag har med mig, hur det påverkar mig, absolut, och att jag inte längre försöker ändra på det, utan vara med det, att det går alldeles utmärkt.

Vidare beskrev samma informant hur hon resonerar med sig själv och tar hjälp av kroppen för att hantera stressfyllda situationer.

Jag blir inte stressad på samma sätt (...) jag slipper bli kidnappad av konflikterna mellan mina känslor i samma utsträckning som innan (...) det handlar också mycket om att sakta ner och fundera över ”ok, nu har jag väldigt mycket och göra, vad kan jag göra åt det?” Det blir inte det här ”jag borde kunna hantera detta”, det här jämförandet. Häromdan, så hade jag ett (...) exempel på att det faktiskt hjälper, det här att ställa om kroppen, även om man är jätte-, jättestressad.

En annan informant uttryckte hur hon ökat sin medvetenhet om sig själv och tränat upp sin förmåga att lugna ner sig i stressande situationer på ett annat sätt:

Jag har ju gått från att vara väldigt stressad och säkert haft extrema kortisolvärden till att väldigt sällan vara särskilt stressad. Jag är ganska lugn i de flesta situationer även stressande situationer för jag både har ökat medvetenheten, men också liksom tränat upp förmågan att lugna ner mig och det är inte specifikt för CFT, det kan man lära sig genom meditation eller andra saker också, men jag tänker att det är lite speciellt för att terapiformen, att det finns liksom inbakat.

Följande citat exemplifierar hur en informant, med hjälp av en vänlig gest mot sig själv, snabbt kunde gå från självkritik till självmedkänsla:

Just det där att vara medveten om min egen självkritiker och att märka när jag går igång eller att jag blir frustrerad att inte nå fram. Att jag kan hejda mig, jag kan lägga min hand, jag har en sån gest som är (...) så att den lugnar systemet direkt. Då kommer jag till ett compassionperspektiv, så att jag inte styrs så mycket av driv.

Samtliga informanter upplevde således att de genom olika medvetna interventioner som ingår i CFT, blivit bättre på att ta hand om sig själva.

Sätta gränser - good enough

Ett tema som kom upp i över hälften av intervjuerna var gränssättning som ett sätt att visa medkänsla, för sig själv och andra. Det framkom också att flera upplever detta som ett sätt att förhålla sig till andras lidande och att det gör att det inte blir lika tungt. Många upplever också att de blivit mer trygga med vad som räcker; "det är okej att sätta gränser utan att känna sig ond". "Good enough" var ett begrepp som många använde i detta sammanhang. En informant berättade:

Jag tycker att jag är mycket mer medkännande än vad jag har varit innan. Därmed sagt också att jag är mycket bättre på gränsdragning än vad jag har varit innan. För vi tänker ofta att medkänsla handlar om att liksom bara ge. Jag tänker att lära sig att det handlar det inte alls om har varit en jättenytta för mig att jag är tydligare med gränser, jag är tydligare med när jag är medkännande eller inte, när jag kan vara medkännande eller inte.

Någon informant upplevde att hen inte längre medvetet behövde sätta gränser utan att det blivit något som sker mer automatiskt.

Detta att det är en sådan naturlig del i mig i att se det och att det hjälper i vad är det jag kan göra och inte, vad är det jag kan påverka och inte. Jag blir trygg med vad som räcker, jag känner inte att jag behöver sätta så mycket gränser för de blir självklara. Jag tror det snarare är tvärtom. När jag inte hade det här som kunde förklara. Då var det kanske mer så, hur ska jag sätta en gräns för det här.

Flera informanter upplevde att CFT fick dem att förhålla sig till lidande på ett nytt sätt som inte blir lika belastande. Att kunna sätta gränser för sig själv och andra är en viktig faktor för detta, vilket beskrevs på följande sätt av en informant:

Det är en självmedkännande handling att finnas till för andra utan att ta ansvar för de andra, det är också något som man har lärt sig, att självmedkänsla handlar om att var och en tar hand om sina egna behov vilket gör att man inte behöver backa eller bli rädd liksom, jag orkar inte med det, berätta inte det här för mig, utan man kan liksom finnas där och gå med i det utan att det tynger mig på samma sätt.

Genom att vara trygg med sina gränser upplever flera av informanterna att de orkar vara med patienten på ett varmt och inkännande sätt och att de på så sätt blir mer tåliga för andras lidande.

Jag tänker ofta på compassion just att det både är det här med tydlighet, gränser och mod *och* det här varma och inkännande. När jag har utrymme att sätta gränser då kan jag också fortsätta arbetet. Jag behöver inte avbryta de här terapierna med de lite klurigare patienterna. Jag kan lita mer till att jag sätter en gräns när det behövs. (...) Då fastnar inte lidande lika mycket.

Några av informanterna tog även upp gränssättning som ett sätt att förhålla sig till en orimlig arbetssituation. Där kan compassionperspektivet vara en hjälp i att förhålla sig till exempelvis långa väntetider och högt tryck, vilket en av informanterna beskrev på följande sätt:

CFT är ett jättebra sätt att hjälpa sig precis så. Det skulle kunna stressa mig och vem som helst i den här situationen. Men att jag kan vara här och nu (...) och tänka att det har betydelse det jag gör. Compassionperspektivet, det hjälper mig absolut!

Fler än hälften av informanterna uppgav att de genom att sätta gränser ökat sin medkänsla för sig själv och andra. Genom att sätta gränser upplever de också en ökad tålighet för andras lidande, vilket flera av dem beskrev som mindre belastande.

Ändrat förhållningssätt gentemot andra - att njuta av att vara snäll

I detta tema tog informanterna upp hur arbetet med CFT ändrat deras sätt att förhålla sig till andra. Sex av informanterna berörde detta tema. Flera beskrev att de har blivit mer överseende mot andra och öppnat upp på ett annat sätt. Några gav som exempel att de blivit bättre på att lyssna. En av informanterna beskrev det så här:

Det är mer en allmän känsla på något sätt. Att jag har öppnat upp för att se saker med mer medkänsla, att själv kanske inte vara så - det kanske har med mindfulness att göra också - att inte vara så kritisk och inte så dömande utan mer... att det kan finnas mer än ett sätt att se på saker och ting. Jag har ibland svart och vitt tänkande där jag kan ha hjälp av detta.

Flera av informanterna beskrev att de på ett annat sätt än tidigare kan njuta av att vara snälla. De har märkt att de validerar andra på ett annat sätt än vad de gjorde tidigare, vilket andra också uppmärksammat.

Jag måste säga att jag tror att jag har blivit mera vänligare mot folk. (...) Bara det att kunna säga till någon så här, vad fin du är! Vad glad jag blir av att se dig! (...) Det har jag inte gjort innan men det gör jag jättemycket utav nu faktiskt. Jag har lärt mig nu att validera andra, det som de är bra på. (...) Jag tror det händer automatiskt när du gör detta mot dig själv, att när du blir bättre på det, så blir du också bättre mot andra. (...) Men det här är på ett annat sätt tänker jag, empati genom compassion. Man vill inte ha något tillbaka. (...) Villkorslöst på något sätt. Det är det som är skillnaden för mig idag. Jag har blivit mycket bättre på att tycka om någon annan också, faktiskt. Att kunna säga till någon annan att jag tycker om dig.

Eller som en annan informant uttryckte det: "jag njuter mycket mer av att vara snäll". Flera informanter upplever att de genom att öka sin självmedkänsla även ökar sin medkänsla för andra.

Jag har ganska nära till min ilska, jag är en sån där liten person som blir arg när jag blir rädd och så blir jag arg när jag är ledsen och så kan det ju lägga vissa hinder i vägen för medkänsla med andra (...) Så genom att vara med min ilska på ett annat sätt och se vad det är den försöker säga mig, se liksom vilka andra känslor den försöker skydda mig från och så där, så tänker jag att det också blir lättare att hitta ett sinnestillstånd där jag kan vara mer öppen.

Samma informant pratade om hur det påverkar hen i jobbet och hur det har utvecklats hen som terapeut:

Det är mycket, mycket lättare att hålla fokus på, vad är det som blir svårt här, vad är det som är smärtsamt på riktigt, var börjar det någonstans? Så att jag kan reglera min egen kropp under tiden så blir det mycket lättare för mig att närma mig det som är svårt för andra.

Även andra informanter tog upp detta, att själva terapin gör att de får ett annat förhållningssätt till patienterna. Denna informant exemplifierade hur andra också beskrivit det:

I och med att man har en viss terapeutisk stil tror jag och att man har ett särskilt innehåll gör nog att man känner sig ovanligt sympatisk så att säga att det finns mycket sympati och empati i de terapierna. Att man vågar, kan och orkar känna med patienterna på ett sätt som man kanske inte lagt tid på inom andra områden.

Att vara snäll mot andra beskrev flera som att de ökar sitt ”empathic concern”, vilket gör att de upplever en minskning av den relationella stressen.

Integration - att leva som man lär

Alla informanter beskrev att deras arbete med CFT har lett till ett förändrat förhållningssätt både till andra och till sig själv. Detta är någonting som informanterna märker i sin roll som terapeuter, men också på ett privat plan. Compassionperspektivet blir till en integrerad del av dem själva, något som “alltid är med”. En av informanterna uttryckte detta på följande sätt:

Det är svårt att anamma CFT utan att det påverkar typ hela ens livssyn. Jag skulle säga att det har ju liksom förändrat helt och hållet mitt sätt att förhålla mig till värden, livet, mig själv. Så det är ju ganska omfattande. Jag tänker att det går inte att jobba med CFT utan att jobba med det parallellt hela tiden, så det är ju så integrerat i hela det dagliga arbetet att hela tiden ha med mig själv i beräkningen.

Flera berättade att CFT har förändrat dem på ett personligt plan och att också personer i deras närhet märker av denna skillnad. En av informanterna gav exempel på hur andra också har beskrivit det:

Jag använder det även privat. Jag upplever att min omgivning tycker att det varit ett ganska stort skifte i hur jag betar mig privat. Så CFT har gett mig både professionellt och privat jättemycket!

Samma informant pratade också om fördelen med att båda dessa roller, den professionella och den privata, går in i varandra och att hen upplever att CFT på ett fint sätt tillåter detta:

Det man jobbar med och gör dagarna i ända och hur man sitter och bemöter människor med sitt allra innersta, det är klart att man... CFT tycker jag på ett bra sätt tar upp det och tillåter personlig utveckling och man får reflektera över vad som händer privat och i ens professionella roll. Vad som hänger samman och inte hänger samman. Skillnader och likheter. Jag älskar det sättet att tänka på det. Att inte tvinga en för tydlig separation däremellan utan en utveckling är ju en utveckling!

Att CFT inte bara tillåter denna utveckling, utan dessutom är unikt på så sätt att terapin verkar "spilla över" på terapeuten, är flera informanter eniga om. Flera informanter uttryckte att de i början använde sig mer av formella övningar, men att de numera upplever att modellen blivit integrerad i dem själva och att det handlar mer om ett nytt förhållningssätt.

Det perspektivet finns genom att jag jobbat så mycket med det så finns det med mig som en sådan självklar del märker jag. (...) Det är också en del av detta, så lätt att komma till det perspektivet. Det finns självklart med mig, jag behöver inte anstränga mig så mycket. (...) Jag använder självmedkänsla mot mig själv i väldigt stor utsträckning och det är ju lite så som jag besvarat förut att det har blivit så integrerat, jag har införlivat det sättet att se och att det går nästan automatiskt, eller det är väl det det gör egentligen, ska inte säga nästan. Det finns med mig och då gör det ju det privat också.

En del informanter tyckte att det var svårt att reflektera över hur CFT påverkat dem, då det skett en gradvis förändring, och att det ibland är svårt att komma ihåg hur det var tidigare:

Jag tror att man som terapeut förändras i takt med sitt arbete, men att det sker väldigt implicit. Jag tror att den bästa terapin är att utbilda sig till terapeut.

Informanterna beskrev att arbetet med CFT har lett till att man "lever som man lär", att det har skett en förändring som har kommit för att stanna. De beskrev detta som att ett skifte skett, både genom att de blivit bättre som terapeuter och att de utvecklats på ett personligt plan. "Det är någonting som faktiskt har skiftat".

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka hur terapeuter som arbetar med CFT upplever sin arbetsmetod samt om och i så fall hur dessa upplevelser skiljer sig åt från de upplevelser de haft när de arbetat med sedvanlig KBT. Vi ville också undersöka om deras arbetsmetod påverkar deras upplevelse av stress i deras kliniska vardag samt privatliv. Våra frågeställningar var: 1) Hur upplever terapeuter som arbetar med CFT sin metod jämfört med sedvanlig KBT? samt 2) Hur tänker terapeuter som arbetar med CFT kring sin metod utifrån skydds- och riskfaktorer för stressrelaterad problematik?

I resultatet lyftes ett flertal aspekter som belyser skillnader mellan KBT och CFT fram, liksom aspekter som har att göra med resiliens mot stressrelaterad problematik, varför resultatet kan sägas besvara våra frågeställningar.

De teman som identifierats i studien är: Ett komplement – den saknade pusselbiten; Teoretisk bredd - styrka eller svaghet?; Common humanity – vi sitter i samma båt; Självomhändertagande - vad behöver jag nu?; Sätta gränser - good enough; Ändrat förhållningssätt gentemot andra – att njuta av att vara snäll; Integration - att leva som man lär.

Resultaten från varje tema kommer att diskuteras utifrån teorier och forskning som tidigare redogjorts för och dessa kommer även att kopplas till frågeställningarna.

Samtliga informanter beskrev att CFT på något sätt bidragit med redskap och förhållningssätt som de tidigare saknat i sitt terapeutiska arbete med sedvanlig KBT, inte endast i förhållande till patienterna, utan även förhållande till sig själva som terapeuter. Detta gällde såväl de terapeuter som använder CFT som ett komplement som de terapeuter som använder CFT som renodlad terapiform. Positiva aspekter som togs upp var bland annat CFT:s pedagogiska, lättillgängliga modeller, dess fokus på skam och självkritik som upplevdes som otillräckligt adresserat i sedvanlig KBT samt dess fokus på det relationella, vilket kan leda till bättre alliansbyggande. Enligt Kolts (2019) har en CFT-terapeut en rad olika roller under terapins gång; som lärare, som vägledare i väglett upptäckande, som en trygg bas för anknytning samt som en modell för att utveckla medkänsla. Att reflektera mellan och under terapisessionerna utifrån ovannämnda rollers perspektiv, är något som kan vara mycket hjälpsamt för terapeuten. Vidare menar Kolts att CFT är en metod som på ett utmärkt sätt går att ha som komplement till annan terapi – något som flera av våra informanter beskrev – varför man inte behöver sluta med det man redan gör som är effektivt. Detta är helt

i linje med Beaumont och Hollins Martin (2015) syn på CFT som en terapeutisk intervention som kan vara effektiv både som renodlad form eller som komplement till andra psykoterapier. Detta, att det är lätt att integrera CFT med annan, redan befintlig terapiform, skulle kunna innebära att intresset för CFT ökar allt mer, inte minst i Sverige. CFT har ju, som tidigare nämnts, börjat implementeras inom ett flertal olika verksamheter i Sverige, som till exempel primärvården och psykiatrin (Wahlgren, 2020).

Temat Teoretisk bredd tangerar det första temat om CFT som ett komplement, men handlar mer om det teoribygge som CFT vilar på och vilka positiva och negativa implikationer detta har, varför det fick utgöra ett eget tema. Resultatet visade att den teoretiska bredd som CFT vilar på upplevdes som tilltalande av flertalet informanter som menade att samtliga teorier fungerar utmärkt ihop. Att det dessutom innebar att de fick en större arsenal vad gäller interventioner var också positivt. En del kritik kom emellertid fram i förhållande till denna teoretiska bredd, dels att CFT blivit för teoretiskt inkluderande för att kunna behålla sin vetenskapliga stringens, dels att terapin saknar en tydlig manual att följa, något som ett par av terapeuterna tyckte att de ibland kunde sakna.

De få RCT:s som presenteras i de översikter som finns om CFT (Beaumont & Hollins Martin 2015; Leaviss & Uttley, 2015) är måhända ett resultat av en komplexitet som kommer utav denna teoretiska bredd. Leavis och Uttley (2015) poängterar att CFT är en multimodal approach som inkluderar interventioner från andra evidensbaserade terapier, till exempel KBT eller mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBKT), varför det är viktigt att studera vad som är den faktiska ”aktiva” komponenten i CFT samt vilka fördelar det kan finnas med att inkludera ett compassion-fokus i redan befintliga, evidensbaserade terapier. Detta kräver i sin tur att studierna inte bara är kontrollerade eller randomiserade, utan att de också adresserar huruvida man implementerat CFT på ett metodtroget sätt.

Precis som Leavis och Uttley (2015) tar Beaumont och Hollins Martin (2015) upp vikten av vidare forskning av god kvalitet, så att man kan svara på frågor kring *vilka* element som är de verksamma i CFT, *varför* de är verksamma samt *för vem* de är verksamma. De poängterar även vikten av att triangulera kvalitativa och kvantitativa data. Utifrån dessa översikter, blir det således tydligt att fler prospektiva, randomiserade, kontrollerade, empiriska studier behövs för att man ska kunna uttala sig mer säkert kring verksamma komponenter, mediatorer och moderatorer.

Begreppet common humanity nämndes av fler än hälften av informanterna, vilket belyser uppfattningen om gemenskap, att vi alla ”sitter i samma båt” och att det är svårt att vara människa. Detta förhållningssätt, menade informanterna, leder till ökad tolerans för både

eget och andras lidande och innebär på så sätt en ökad förmåga att stanna kvar i det svåra, både privat och professionellt, då man får en sund distans till lidandet. Känslan av common humanity var speciellt tydlig vid CFT i grupp, enligt ett par informanter. Enligt Neff (2003a) omfattas självmedkänsla av tre huvudbeståndsdelar, varav common humanity är en av dem. Informanternas beskrivning av begreppet stämmer väl överens med Neff's definition, där motsatsen till common humanity är känsla av isolering, vilket är vanligt vid till exempel depression.

Det finns en hel del forskning om medkänslans roll i yrken där omvårdnad är centralt (t ex Allwood et al., 2020; Lee et al., 2020), men få studier om sambandet mellan common humanity och medkänsla. I en helt ny studie visade Ling et al. (2021) hur common humanity-scenarion som visades upp via film kunde främja känslan av gemenskap samt medkänsla hos vårdpersonal. Författarna menar att detta skulle kunna vara en användbar strategi inom vården för att träna upp medkänsla hos personalen.

Under temat Självomhändertagande – vad behöver jag nu? har vi samlat informanternas upplevelser av CFT som en metod som inneburit ett bättre självomhändertagande, både professionellt och privat. Samtliga informanter finns representerade under detta tema. Explicita strategier för bättre självomhändertagande som nämndes och användes regelbundet av informanterna, och som ingår i CFT, var exempelvis medveten närvaro; aktiv användning av trecirkelmodellen samt olika övningar och tekniker för känslomässig reglering, såsom andnings- och visualiseringsövningar och justering av taltempo och tonfall. Flera informanter uppgav att detta i sin tur har lett till bättre stresshantering; att de fått ett ”skydd” eller ”redskap” de inte haft förut. Utifrån detta skulle man kunna säga att informanterna använder sig utav de färdigheter och förmågor som ingår i compassioncirkeln (se fig 1). Enligt Gilbert (2014) utvecklas en ”compassionate mind” genom de övningar som ingår i CMT, såsom visualiseringsövningar och mindfulnessövningar.

Informanternas upplevelser av CFT, självomhändertagande och stress kan kopplas med de fynd som Kim et al. (2020) gjort avseende neurofysiologiska markörer efter deltagande i CMT. Författarna konstaterade att neurala nätverk som associeras till rädsla/hot minskade efter CMT samt att deltagarna även hade lägre sympatikuspåslag under stressfyllda situationer. Informanternas beskrivningar kan även kopplas till den hjärnforskning som Singer och Klimecki (2014) presenterat avseende medkänsla, där positiva känslor, prosociala beteenden och resiliens kunde ses som ett resultat av medkänsla, vilket i sin tur leder till bättre stresshantering och således ett möjligt sätt för att skydda exempelvis vårdpersonal från att få stressrelaterade problem. Resultatet stämmer även väl överens med de studier som har

kunnat påvisa sambandet mellan självmedkänsla och ett gott självomhändertagande, vilket i sin tur ger resiliens mot stressrelaterade symptom (t ex Beaumont et al., 2016; Finlay-Jones et al., 2015).

Mer än hälften av informanterna beskrev gränssättande handlingar som ett sätt att visa medkänsla för inte bara sig själv, utan även för andra, vilket upplevdes som avlastande i flera avseenden. Genom att vara modig och tydlig med sina gränser, blir man tålig för andras lidande, vilket innebär att man orkar till exempel vara med patienter på ett varmt och inkännande sätt. Några informanter tog även upp gränssättning utifrån ett compassionperspektiv som hjälpsamt i förhållande till den stress som kommer med en orimlig arbetssituation, till exempel vid långa väntetider och hög arbetsbelastning. I en svensk studie från 2020 studerade man vilka faktorer som bidrar till compassion fatigue hos psykologer. Några av faktorerna som utkristalliserades via tematisk analys var hög arbetsbelastning, komplexa patientärenden samt höga förväntningar från ledningen (Norrman Harling et al., 2020). Ett compassionperspektiv, där gränssättning ingår skulle – utifrån det som våra informanter beskrev – således kunna utgöra ett skydd mot compassion fatigue hos psykologer.

Resultatet visar att arbetet med CFT har ändrat flera av informanternas sätt att förhålla sig till andra, både privat och på arbetet. De beskrev att de är mer överseende, har bättre förmåga att lyssna samt njuter mer av att validera andra, vilket omgivningen har lagt märke till. Att vara snäll mot andra beskrev flera som att de ökar sitt ”empathic concern”, vilket leder till att de upplever en minskning av relationell stress, både professionellt och privat. Enligt Gilbert (2014) kan medkänsla flöda i tre olika riktningar, varför medkänsla med sig själv och medkänsla med andra endast skiljer sig åt vad gäller vilken riktning den har. Att informanterna är mer snälla mot andra kan således antas handla om att de riktar mer medkänsla mot sig själva i och med CFT, vilket är i linje med Wiklund Gustin och Wagner:s (2013) antaganden om självmedkänsla som en förutsättning för att kunna ha medkänsla för andra, dvs ”the butterfly effect of caring”.

Samtliga informanter uppger att de införlivat ett compassionperspektiv i sina liv, att det har skett ett skifte, såväl i yrkeslivet som privat. Flera informanter berättade att de gått från att använda sig utav mer formella övningar till att de numera upplevde att modellen blivit integrerad i vardagen. Vi tolkar detta som att det skett en kognitiv omstrukturering som lett till nya grundantaganden hos informanterna.

Resultatet antyder också att det professionella och det privata tillåts att gå in i varandra när man arbetar med CFT, i stället för att det skapas skarpa gränser mellan de olika rollerna som informanterna har. Informanterna tycka vara eniga om att de “lever som man lär”. Detta

resultat speglar väl det som Gale et al. (2017) fick fram i sin studie avseende nyblivna CFT-terapeuters sätt att integrera CFT-interventioner hos sig själva.

Sammanfattningsvis antyder resultaten att informanterna upplever att det finns tydliga fördelar med att arbeta med CFT jämfört med sedvanlig KBT, vilket framför allt belyses utifrån de resultat som presenteras i den två första temana, vilket således ger svar på vår första fråga. Resultatet från övriga teman pekar även på att CFT-terapeuter ser sin metod som en skyddsfaktor i förhållande till stress och svarar således på vår andra fråga.

Metoddiskussion

Metoddiskussionen inleds med en diskussion kring validitet och reliabilitet för studien, sedan följer problematisering kring metodologiska överväganden och slutligen diskussion kring etiska ställningstaganden.

Frågan om validitet och reliabilitet inom de kvalitativa metoderna är central inom forskningsvärlden. Problemet med denna fråga är emellertid att den ställs utifrån ett annat forskningsparadigm, ett som härstammar från logiskt-deduktivt synsätt. Validitet och reliabilitet har inte samma innebörd inom de kvalitativa metoderna och kan inte rätta sig efter de kvantitativa metoderna, utan måste breddas för att de ska vara användbara begrepp. (Kvale & Brinkmann, 2014). Vår studie uppfyller validitetskriteriet *om* vi lyckats förmedla en klar bild av de företeelser som vi har studerat för andra än för oss själva, utifrån våra beskrivningar. Reliabiliteten blir en fråga om *hur bra* dessa beskrivningar lyckas kommunicera meningsinnehållet (Carlsson, 1991).

Studien hade ett tvådelat syfte: 1) att undersöka hur terapeuter som arbetar med CFT upplever sin arbetsmetod samt om och i så fall hur dessa skiljer sig från de upplevelser de haft när de arbetat med sedvanlig KBT samt 2) att undersöka om deras arbetsmetod påverkar deras upplevelse av stress i deras kliniska vardag och privatliv. Syftet med studien har inte varit att nå några generaliserbara slutsatser om terapeuters upplevelser av sin terapimetod och deras upplevelse av stress, utan syftet med studien har varit att få en fördjupad förståelse för informanternas specifika upplevelser och beskrivningar av detta. Utifrån studiens syfte bedömdes en kvalitativ ansats vara den mest lämpliga.

En viktig aspekt av kvalitativ forskning är i vilken utsträckning data representerar informanternas verklighet (Morrow, 2005). Vårt fokus har varit vad informanterna explicit har sagt och inte på tolkningar eller underliggande antaganden. Konkretisering och exemplifiering har tillämpats för att undvika alltför styrande frågor. Valet av

semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod gjordes utifrån syftet att få en ökad förståelse för informanternas upplevelser. En alternativ metod hade varit att samla flera informanter för att gemensamt diskutera ämnet med oss som samtalsledare, så kallade fokusgrupper (Willig, 2013). En möjlig fördel med detta hade varit att diskussioner hade lett till ytterligare fördjupning av frågeställningarna vilket kunde ha givit mer material till studien. På grund av rådande Corona-restriktioner har detta inte varit något realistiskt alternativ.

En kvantitativ ansats hade möjligtvis kunnat användas för att besvara frågan om terapeuternas upplevelse av stress. Detta hade kunnat genomföras genom att låta terapeuter fylla i självskattningsformulär för stress. En sådan ansats har dock varit svår utifrån den nya dataskyddsförordningen (GDPR) som universiteten numera har att förhålla sig till.

En annan viktig aspekt i kvalitativ forskning vad gäller reliabiliteten är huruvida det insamlade materialet är tillräckligt och ändamålsenligt. Här har antalet intervjuer och framförallt informationstätheten i materialet betydelse (Morrow, 2005). Åtta intervjuer är för litet underlag för att utgöra något representativt urval, men det är inte heller syftet med studien. I valet av urvalsmetod en spridning av informanter med olika erfarenheter eftersträvats. Detta har påverkat informationstätheten i materialet på ett positivt sätt. Vårt urval av informanter har med stor sannolikhet påverkat resultaten av studien, då detta urval inte har skett slumpmässigt.

Det finns en risk för bias då det är rimligt att utgå ifrån att informanterna som ställer upp på intervju och lägger ner tid och energi är de som är engagerade och anser att ämnet är viktigt. Man kan anta att om några av informanterna hade varit utbildade i CFT, men inte använde sig av metoden, hade det kunnat tillföra ett mer kritiskt perspektiv. Möjligtvis hade fler kanaler för rekrytering minskat risk för likriktning av informanternas utsagor. Dock har det faktum att intervjuerna genomfördes via videosamtal bidragit till en geografisk spridning vilket ökat sannolikheten för att urvalet blivit mer representativt.

Samtliga informanter är kvinnor och detta kan ha påverkat resultatet; hade vi intervjuat personer som identifierat sig som män, hade de kanske svarat annorlunda och resultatet av studien hade blivit ett annat. Det finns studier som pekar på att personer som identifierar sig som män visar på högre grad av självmedkänsla än personer som identifierar sig som kvinnor, vilket kan bero på skillnader i hur män och kvinnor socialiseras vad gäller självmedkänsla samt omhändertagande av andra (Yarnell et al., 2015; Yarnell et al., 2019).

Hur representativt är då resultatet utifrån de informanter som valts till studien, dvs hur generaliserbart är resultatet? Som vi tidigare har nämnt, så har syftet inte varit främst att generalisera, utan att skapa en fördjupad förståelse av olika företeelser, fenomen och därför blir det säregna, det unika som dessa informanter förmedlat till oss relevant.

Ytterligare en aspekt i bedömningen av reliabilitet är lämpligheten i tolkningarna (Morrow, 2005). Tematisk analys valdes utifrån att metoden bedömdes lämplig i förhållande till studiens syfte. I enlighet med Braun och Clarke:s (2006) beskrivning av metoden lämpar den sig bra för att strukturera och beskriva informanternas upplevelser på ett lättillgängligt sätt, utifrån de stora datamängder som de kvalitativa intervjuerna genererat. Metoden ger också möjlighet att leda fram till nya insikter inom ett område som inte är så välbeforskat. Tematisk analys har enligt Braun och Clarke (2006) fått ett förhållandevis bristfälligt erkännande jämfört med mer etablerade metoder som till exempel grounded theory. Detta beror bland annat på att det inte funnits några tydliga riktlinjer för hur tematisk analys ska genomföras, vilket har försvårat jämförelse av forskning. Braun och Clark har därför presenterat ett tydligt tillvägagångssätt för den tematiska analysen och det är detta tillvägagångssätt som används som grund för denna studie, dock med vissa justeringar. Polkinghorne (2005) menar att transkribering av intervjumaterialet kan innebära att viss information går förlorad, vi har därför valt att inte transkribera materialet, utan har i stället använt oss av upprepade genomlysningar. Detta för att i så stor utsträckning som möjligt kunna fånga deltagarnas upplevelser på det sätt de beskriver dem och även fånga nyanser i röstläge och pauser. Detta torde innebära en ökad reliabilitet. Att två slumpvis utvalda intervjuer har fått bli styrande i fråga om vilka teman som ska ingå i resultatet har inneburit en frustration, då intressanta teman kommit upp i övriga intervjuer som då uteslutits från resultatsdelen. Intressanta aspekter har fått lämnas därhän och kommer i stället att diskuteras under avsnittet om framtida forskning. Det faktum att vi inte följt Braun och Clarke:s rekommendationer i sin helhet skulle kunna innebära att värderingsprocessen försvåras, vilket skulle innebära en svaghet för studien.

Begrepp så som medkänsla och stress har inte definierats i intervjuerna; vi har valt att utgå ifrån informanternas förförståelse och definitioner. Detta begränsar i viss utsträckning analys och tolkning. Detta hade kunnat förbättrats genom ett klagörande av definitioner av centrala begrepp som till exempel *sedvanlig KBT*. I intervjuerna har vi utgått ifrån informanternas jämförelse med det arbetssätt de hade innan de började arbeta med CFT. Då syftet har varit att jämföra terapeuternas specifika upplevelser av skillnader, bedöms

frågeställningen utifrån denna tolkning ändå som tillämpbar. Ett alternativt upplägg hade varit att göra en pilotintervju för att testa intervjuguidens kvalitet, vilket hade kunnat säkerställa att det inte blev begreppsförvirring.

Slutligen poängterar Morrow (2005) vikten av att hantera subjektiviteten i forskarens tolkningar genom att inta ett reflexivt förhållningssätt. Detta innebär att man som forskare reflekterar över hur egna värderingar, kunskaper och livserfarenheter bidrar till meningsskapandet i forskningsprocessen för att medvetandegöra den egna förförståelsen. I denna studie uppnåddes detta genom att vi i förväg reflekterade över vår förförståelse för CFT. Vår positiva inställning till CFT på grund av positiva erfarenheter från vår utbildning har bidragit till en nyfikenhet och möjligtvis naivitet. Våra egna upplevelser av övningarna bidrog till tankar om att CFT är en skonsam metod. Utan våra egna erfarenheter hade frågeställningen troligtvis sett annorlunda ut, men detta behöver inte ses som en svaghet, utan snarare ett medvetet val. Vår tolkning av materialet har också med all sannolikhet färgats av vår förförståelse. Med en annan förförståelse är det möjligt att andra teman kommit upp eller att avgränsningarna av temana skett på annat sätt.

Det faktum att vi varit två som genomfört studien är både en styrka och en svaghet. Styrkan är att vi kunnat bidra med olika perspektiv och svagheten är att vi i våra diskussioner gått mot en samsyn. Om vi delat upp intervjuerna och genomfört dem var för sig hade det sannolikt bidragit till en större bredd och mindre likriktning. Det finns också en risk för att informanten känt sig i underläge under intervjun. På grund av rådande omständigheter genomfördes alla intervjuer via videosamtal. Detta medförde en hel del stress både för oss och informanterna i form av bland annat tekniska svårigheter. Vi bedömde därmed att båda två skulle vara med för att minska denna stress och tillförsäkra oss om att intervjuerna kunde genomföras.

En annan strategi för att förbättra den flexibla processen och öka studiens reliabilitet hade kunnat vara att deltagarna själva fått ta del av de tolkningar som gjorts och ge sina synpunkter på detta, alternativt att bjuda in fler kollegor för att granska materialet och på så sätt upptäcka eventuella bias. Tidsmässiga och etiska skäl har gjort att detta inte varit möjligt.

Etiska överväganden har kontinuerligt varit ett viktigt inslag i processen med framtagandet av studien. Följande punkter som Willig (2013) lyfter fram har följts: informerat samtycke, att inte vilseleda informanterna, att säkerställa frivilligheten i deltagandet, ge informanterna möjlighet att ta del av studien samt bibehålla konfidentialitet. Under hela processen har det varit viktigt för oss med transparens och öppenhet med syftet; information har lämnats till informanterna både skriftligt och muntligt; frivilligheten har betonats;

informerarna har erbjudits feedback och vi har kontinuerligt gjort avvägningar kring konfidentialitetskravet. Samtliga aspekter har tillgodosetts enligt vidtagna åtgärder som redogjorts under metodavsnittet. Några informanter tog själva upp aspekten om anonymitet, vilket kan tolkas som en oro för att denna inte skulle tillgodoses. Detta kan ha bidragit till en viss hämmande inverkan på informanterna som möjligtvis bidragit till att de ej kunnat tala fritt och inneburit att viktiga aspekter inte framkommit i studien. Kontinuerliga avvägningar har gjorts kring konfidentialitetskravet och viss kontextuell information som riskerat att röja informanterna har valts bort. En viktig etisk aspekt är att skydda informanterna från skada. Vi bedömer att det inte har inneburit några fysiska eller psykiska risker för informanterna att delta i studien. Detta utifrån innehållet i intervjuerna samt utifrån att informanterna inte utgjorde en klinisk grupp. Fördelarna för informanterna att delta är att få möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter och perspektiv och ge möjlighet att bidra till att detta blir tillgängligt för andra aktörer inom området. Fördelarna anses överväga eventuella nackdelar.

Praktiska implikationer och framtida forskning

Då CFT är en relativt ny metod, finns det än så länge tämligen få studier gjorda och evidensen är således otillräcklig. De studier som har gjorts har fokuserat på teorierna bakom CFT och kring CFT-interventionernas effekt. Få av dem är randomiserade och kontrollerade. Det finns studier som visar på sambandet mellan hög grad av medkänsla mot sig själv och lägre grad av stressrelaterade symptom. (t ex Beaumont et al., 2016). Som beskrivits tidigare finns det dock endast enstaka studier som belyser CFT:s påverkan på terapeuter. Fler liknande studier vore önskvärt. En möjlig studie skulle kunna vara att utvärdera implementeringen av CMT på vårdrelaterade utbildningar, såsom psykologprogrammet och psykoterapeutprogrammet, vilket också har föreslagits av till exempel Beaumont och Hollins Martin (2016). En sådan åtgärd skulle möjligtvis kunna leda till ökad medkänsla hos blivande terapeuter och därmed sannolikt ökad resiliens mot stress samt mindre risk för compassion fatigue, både under utbildningstiden och sedan i yrkeslivet. Att undersöka hur träning i CMT påverkar blivande terapeuters upplevelse av stress skulle således kunna vara en möjlig fortsättning på denna studie. Detta skulle kunna göras utifrån en kvantitativ ansats genom mätning av stress via skattningsformulär som till exempel Fears of Compassion Scales (Gilbert et al., 2011) före och efter period av CMT. En kvalitativ studie med fokusgrupper som metod hade också kunnat vara ett alternativ. Sådana studier skulle även kunna vara möjliga att genomföra som en randomiserad, kontrollerad studie. En

longitudinell studie som följer upp studenter som erhållit CMT under utbildningen och följer upp deras upplevelse av stress under sina yrkesverksamma år, hade också varit en mycket spännande studie. Utifrån detta ser vi också fram emot att följa implementeringen av självmedkänsloprogrammet för vårdpersonal som tagits fram av psykologen Christina Andersson (Wahlgren, 2020).

Ett tema som kom fram i intervjuerna, men som på grund av vald metod för den tematiska analysen inte inkluderats i resultaten, var en önskan om att CFT ska sprida sig i samhället utifrån föreställningen om att det skulle kunna generera positiva hälsoeffekter. Det hade därför varit intressant att undersöka den samhälleliga effekten av att implementera CMT inom organisationer som arbetar människovårdande eller enligt Hochschild:s (2012) definition, organisationer som hanterar känslor som varor. Vilka samhälleliga förändringar skulle detta kunna leda till på kort och lång sikt? Hade vi kunnat erfara "the butterfly effect of caring", som Wiklund Gustin och Wagner (2013) undersökte, på en samhällelig nivå? Detta är frågor som vi hoppas kan kunna leda till andras nyfikenhet för vidare forskning. Att via empiri uppnå fördjupad förståelsen kring människors lidande samt hur detta lidande kan lindras är ju trots allt en av de mest medkännande handlingar som vi kan utföra.

Ett annat spännande tema som hamnade utanför resultatdelen var att arbetet med CFT i grupp tillför energi. Detta hade varit intressant att undersöka i framtida studier, både kvalitativt genom intervjuer samt kvantitativt med till exempel skattning av terapeuternas medkänsla mot sig själv före och efter gruppbehandling.

I vår studie har vi intervjuat terapeuter som alla varit positiva till CFT. Vi undrar, måste man vara positivt inställd till metoden för att uppleva de gynnsamma effekterna som våra informanter beskrivit? En studie kring detta hade varit spännande.

Slutligen vill vi lyfta fram den nya hjärnforskning som riktar sig specifikt mot vad som händer i hjärnan när vi tränar upp medkänsla (Kim et al., 2020). Att genom att studera förändringar i hjärnan kunna påvisa hur träning i CMT får effekt på hur man reagerar på stressorer, ser vi som ett mycket spännande forskningsområde i framtiden.

Slutsatser

I vår studie har vi belyst terapeuters upplevelser av att använda CFT i sitt arbete och hur det påverkar deras upplevelse av stress, utifrån ett kvalitativt perspektiv. Resultatet antyder att informanterna upplever att det finns tydliga fördelar med att arbeta med CFT jämfört med sedvanlig KBT samt att de upplever metoden som en skyddsfaktor i förhållande till stress.

Resultatet stämmer väl överens med de studier som har kunnat påvisa sambandet mellan självmedkänsla och ett gott självomhändertagande som i sin tur ger resiliens mot stressrelaterade symptom.

Referenser

- AFA Försäkring (2020). *Allvarliga arbetsskador och långvarig sjukfrånvaro inom vården*. https://www.afaforsakring.se/globalassets/forebyggande/analys-och-statistik/rapporter/2020/f6345_delrapport_vardyrken.pdf
- APA – American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Allwood, C. M., Geisler, M., & Buratti, S. (2020). The relationship between personality, work, and personal factors to burnout among clinical psychologists: exploring gender differences in Sweden. *Counselling Psychology Quarterly*, 1–20.
- Allwood, C. M., Geisler, M., & Buratti, S. (2021). Den stressrelaterade ohälsan bland psykologer är hög och kvinnliga psykologer är särskilt utsatta. *Psykologtidningen*, 1, 30-33.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2012). The relationship of clergy burnout to self-compassion and other personality dimensions. *Pastoral Psychology*, 61(2), 149–163.
- Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2016). Measuring relationships between self-compassion, compassion fatigue, burnout and well-being in student counsellors and student cognitive behavioural psychotherapists: A quantitative survey. *Counselling & Psychotherapy Research*, 16(1), 15–23
- Beaumont, E., Galpin, A., & Jenkins, P. (2012). “Being kinder to myself”: A prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either Cognitive Behaviour Therapy or Cognitive Behaviour Therapy and Compassionate Mind Training. *Counselling Psychology Review*, 27(1), 31–43
- Beaumont, E., & Hollins Martin, C. J. (2015). A narrative review exploring the effectiveness of Compassion-Focused Therapy. *Counselling Psychology Review*, 30(1), 21–32.
- Beaumont, E., & Hollins Martin, C. J. (2016). A proposal to support student therapists to develop compassion for self and others through Compassionate Mind Training. *The Arts in Psychotherapy*, 50, 111–118.
- Bergsten, K. (2013). Self-compassion - a friend in need / Självmedkänsla - en vän i nöden. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 90(2), 227.

- Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation: a replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(2), 89–98.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J. & Gilbert, P. (2012). Exploring change processes in Compassion-Focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomised controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 199–214.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. I H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*. (pp. 57–71). American Psychological Association.
- Carlsson, B. (1991). *Kvalitativa forskningsmetoder för medicin och beteendevetenskap (1. uppl.)* Almqvist & Wiksell.
- Carvalho Barreto, M., Ferreira, C., Marta-Simões, J., & Mendes, A. (2018). Exploring the paths between self-compassionate attributes and actions, body compassion and disordered eating. *Eating and Weight Disorders: Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, Preprints, 1–7.
- Cuppige, J., Baird, K., Gibson, J., Booth, R., & Hevey, D. (2018). Compassion focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group and potential processes of change. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 240–254.
- Denscombe, M. (2017). *The good research guide: for small-scale social research projects* (Sixth edition.). Open University Press.
- Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral & Brain Sciences*, 28(3), 313–395.
- Farokhzadian, A. & Mirderekvand, F. (2018). The Effectiveness of Self-Compassion Focused Therapy on Increase of Psychological Well-Being and Reduction of Depression in the Elderly. *Aging Psychology*, 3(4), 293-302.
- Figley, C. R. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care[SUP 1]. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441.

- Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-Compassion, Emotion Regulation and Stress among Australian Psychologists: Testing an Emotion Regulation Model of Self-Compassion Using Structural Equation Modeling. *PloS One*, *10*(7), 1-19.
- Försäkringskassan (2013). *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år.* (Socialförsäkringsrapport 2020:8). <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/e12b777c-e98a-488d-998f-501e621f4714/sjukfranvaro-i-psykiatriska-diagnoser-socialforsakringsrapport-2020-8.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- Gale, C., Schröder, T., & Gilbert, P. (2017). “Do You Practice What You Preach?” A Qualitative Exploration of Therapists’ Personal Practice of Compassion Focused Therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(1), 171–185.
- Gerace, A. (2020). Roses by other names? Empathy, sympathy, and compassion in mental health nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, *29*(4), 736–744.
- Gilbert, P., & Irons, C., (2005). Focused Therapies and Compassionate Mind Training for Shame and Self-attacking. I Gilbert, P. (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge.
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind*. Constable & Robinson.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: distinctive features*. Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, *53*(1), 6–41.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *84*(3), 239–255.
- Gooding, H., Stedmon, J., & Crix, D. (2020). “All these things don’t take the pain away but they do help you to accept it”: making the case for compassion-focused therapy in the management of persistent pain. *British Journal of Pain*, *14*(1), 31–41. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/2049463719857099>
- Heriot-Maitland, C., McCarthy-Jones, S., Longden, S., & Gilbert, P. (2019). Compassion Focused Approaches to Working with Distressing Voices. *Frontiers in Psychology*, *10*.
- Hochschild, A. R. (2012). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling: Updated, with a new preface.* University of California Press.

- Joinson C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116–121.
- Karolinska institutet (2021, april 11)
<https://mesh.kib.ki.se/term/D000068376/compassion-fatigue>
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Foa, C. L., & Gilbert, P. (2010). Who Benefits from Training in Self-Compassionate Self-Regulation? A Study of Smoking Reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 727–755.
- Kim, J. J., Parker, S. L., Doty, J. R., Cunnington, R., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2020). Neurophysiological and behavioural markers of compassion. *Scientific Reports*, 10(1), 6789.
- Kirby, J. N., Day, J., & Sagar, V. (2019). The ‘Flow’ of compassion: A meta-analysis of the fears of compassion scales and psychological functioning. *Clinical Psychology Review*, 70, 26–39.
- Klimecki, O., & Singer, T. (2011). *Empathic Distress Fatigue Rather Than Compassion Fatigue? Integrating Findings from Empathy Research in Psychology and Social Neuroscience*. Oxford University Press.
- Kolts, R. L. (2019). *CFT helt enkelt: att bedriva compassionfokuserad terapi* (Första utgåvan). Natur & Kultur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (Tredje [reviderade] upplagan). Studentlitteratur.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi: att låta en värld öppna sig* (1. uppl.). Liber.
- Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. I B. Starrin & P-G. Svensson (Red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (s. 163-189). Lund: Studentlitteratur.
- Lawrence, V. A., & Lee, D. (2014). An Exploration of People’s Experiences of Compassion-focused Therapy for Trauma, Using Interpretative Phenomenological Analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(6), 495–507.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927–945.
- Lee, M. K., Kim, E., Paik, I. S., Chung, J., & Lee, S. M. (2020). Relationship between environmental factors and burnout of psychotherapists: Meta-analytic approach. *Counselling & Psychotherapy Research*, 20(1), 164–172.

- Ling, D., Petrakis, M., & Olver, J. H. (2021). The Use of Common Humanity Scenarios to Promote Compassion in Healthcare Workers. *Australian Social Work, 74*(1), 110–121. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/0312407X.2020.1808031>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 397.
- McManus, J., Tsivos, Z., Woodward, S., Fraser, J., & Hartwell, R. (2018). Compassion Focused Therapy Groups: Evidence from Routine Clinical Practice. *Behaviour Change, 35*(3), 167–173.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and Trustworthiness in Qualitative Research in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology, 52*(2), 250–260.
- Naismith, I., Kerr, S., Mwale, A., & Feigenbaum, J. (2019). A thematic analysis of compassion-focused imagery for people with personality disorder: Inhibitors, facilitators and clinical recommendations. *Clinical Psychologist, 23*(3), 213–224.
- Neff, K. D. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self & Identity, 2*(2), 85.
- Neff, K. D. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self & Identity, 2*(3), 223.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality, 41*(4), 908–916.
- Neff, K., & Germer, C. (2019). *Mindful self-compassion: så bygger du inre styrka och hållbarhet med självmedkänsla* (Första utgåvan). Natur & Kultur.
- Noorbala, F., Borjali, A., Ahmadian-Attari, M. M., & Noorbala, A. A. (2013). Effectiveness of Compassionate Mind Training on Depression, Anxiety, and Self-Criticism in a Group of Iranian Depressed Patients. *Iranian Journal of Psychiatry, 8*(3), 113–117.
- Norrman Harling, M., Högman, E., & Schad, E. (2020). Breaking the taboo: eight Swedish clinical psychologists' experiences of compassion fatigue. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being, 15*(1), 1–11. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/17482631.2020.1785610>
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press.
- Petrocchi, N., Cosentino, T., Pellegrini, V., Femia, G., D'Innocenzo, A., & Mancini, F. (2021). Compassion-Focused Group Therapy for Treatment-Resistant OCD:

- Initial Evaluation Using a Multiple Baseline Design. *Frontiers in Psychology*, 11, 594277.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137–145.
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative Research in Counseling Psychology: A Primer on Research Paradigms and Philosophy of Science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126–136.
- Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 95–108.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. L. Erlbaum Associates.
- Shapira LB, & Mongrain M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *Journal of Positive Psychology*, 5(5), 377–389.
- Simionato, G. K., & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1431–1456.
- Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875–R878.
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2016). Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 48(5), 456–465.
- Yarnell, L. M., Neff, K. D., Davidson, O. A., & Mullarkey, M. (2019). Gender Differences in Self-Compassion: Examining the Role of Gender Role Orientation. *Mindfulness*, 10(6), 1136–1152.
- Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C., & Mullarkey, M. (2015). Meta-Analysis of Gender Differences in Self-Compassion. *Self & Identity*, 14(5), 499–520. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/15298868.2015.1029966>
- Wahlgren, A. (2020). “Du kan prata både anknytningsteori och hjärna, beroende på vem patienten är och behöver: Den spännvidden tilltalar mig”. *Psykologtidningen*, 7, 26-30.

- Wiklund Gustin, L., & Wagner, L. (2013). The butterfly effect of caring - clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 175–183.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3. ed.). McGraw Hill Education, Open University Press.
- WHO – World Health Organization (2020). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Tillfrågande om deltagande

Vi vill fråga dig om du vill delta i en studie. I det här dokumentet får du information om studien och om vad det innebär att delta.

Bakgrund och syfte

Intresset för compassionfokuserad terapi, liksom för andra terapier inom tredje vågens KBT, har ökat kraftigt på senare år, inte minst i Sverige.

Det finns en hel del forskning om risken för stressrelaterad problematik, såsom utmattningssyndrom, hos psykoterapeuter och annan vårdpersonal. Självmedkänsla har kommit att uppmärksammas som en möjlig motståndskraft mot stress och emotionell utmattning

Syftet med studien är att undersöka hur CFT-terapeuter upplever sin kliniska vardag utifrån olika parametrar och om dessa upplevelser skiljer sig åt från de upplevelser de haft när de arbetat med sedvanlig KBT. Vi vill också undersöka om deras arbetsmetod påverkar deras upplevelse av stress i deras kliniska vardag.

Du har blivit inbjuden att delta i studien på grund av din erfarenhet och kunskap om CFT. Du har psykoterapeutexamen eller grundläggande psykoterapeututbildning med inriktning KBT. Studien utförs som en del av en psykoterapeutexamensuppsats vid Lunds universitet.

Hur går studien till?

Vi inbjuder dig att delta i en semistrukturerad intervju. Intervjun sker enskilt utifrån frågor baserade på en intervjuguide. Intervjun kommer att spelas in och trolig tidsåtgång för intervjun beräknas till 45-90 minuter. Intervjuerna kommer att genomföras under januari – februari, sannolikt via Teams eller Zoom. Efter transkribering raderas ljudupptagningarna (och videoupptagningarna om intervjuerna sker via Teams eller Zoom). Vi kommer att vara intresserade av att höra deltagarnas unika perspektiv och upplevelser varför det inte finns några rätta eller felaktiga svar.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Det finns inga fysiska eller psykiska risker med att medverka i studien. Fördelen med att dela

med sig av sina erfarenheter och perspektiv är att detta inkluderas i studiens resultat och blir således tillgängligt och användbart för andra aktörer inom området.

Vad händer med mina uppgifter?

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Materialet från intervjuerna kommer att avidentifieras och redovisas efter teman; inga personuppgifter eller intervjusvar kommer att kunna härledas till dig. Om data framkommer som uppenbart kan identifiera personen kommer denna data att uteslutas ur uppsatsen. Om du uppger att något av datamaterialet inte får användas, kommer detta att uteslutas.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Om du önskar kan du kontakta studieansvariga (se nedan) för att få ta del av uppsatsen där studieresultatet kommer att redovisas.

Försäkring och ersättning

Vi kan dessvärre inte ge dig ersättning för ditt deltagande.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta de ansvariga för studien (se nedan).

Ansvariga för studien

Vid frågor kan du kontakta:

Amparo Ortega Rayo

Tel: 070-716 39 84

Mail: amparo.ortegarayo@gmail.com

Anna Båfält

Tel: 070-651 12 72

Mail: abafalt@gmail.com

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien «CFT-terapeuters upplevelser av sin terapimetod jämfört med sedvanlig KBT»
- Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i informationen till deltagare.

Plats och datum	Underskrift

Utbildning/arbete? Vad är din grundprofession? Hur länge har du arbetat som...? Var arbetar du? Hur länge har du arbetat där? Hur länge har du arbetat med CFT? Vilken utbildning har du inom CFT?

Vad var det som gjorde att du bestämde dig för att arbeta med CFT?

Vad är den största skillnaden, för dig som terapeut, med att arbeta med CFT jämfört med sedvanlig KBT?

Använder du CFT som en renodlad terapiform eller som ett komplement till sedvanlig KBT?

Hur tycker du det fungerar att kombinera CFT med sedvanlig KBT?

Om du arbetar renodlat med CFT, finns det någonting du tycker saknas?

Finns det några fördelar, för dig som terapeut, att arbeta med CFT jämfört med sedvanlig KBT? Finns det några nackdelar?

I vilken utsträckning/hur ofta använder du medkänsla mot dig själv (på arbetet, privat)?

På vilket sätt använder du medkänsla mot dig själv som terapeut? Beskriv en konkret situation som har skett nyligen.

Har din förmåga till medkänsla för andra förändrats sedan du började jobba med CFT? På vilket sätt märker du det? Exempel?

Har CFT påverkat din upplevelse av stress på något sätt? Vilka eventuella skyddsfaktorer/riskfaktorer kommer med att arbeta som CFT-terapeut, vad gäller stressrelaterad problematik?

Hur var det att svara på dessa frågor?