



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoterapeutprogrammet*

**Psykoterapeuten har också en kropp**  
**en kvalitativ studie om kroppen och självomhändertagande i psykoterapi**

**Helena Aaltonen & Katarina Lundblad**

Psykoterapeutexamensuppsats. 2021

Handledare: Per Johnsson  
Examinator: Håkan Johansson

## **Abstract**

The aim of the study was to achieve a deeper understanding of how psychotherapists consciously work with body signals to better understand the patient and themselves. In relation to overall aim, the study also includes several questions for example: What have psychotherapists learnt during their education about body awareness? Does the integration of the body contribute to any values such as reflecting on the need for self-care? Qualitative analysis method was used, and data was collected with semi-structured interviews which were conducted with ten registered psychotherapists who are primarily working with adults. The material was analyzed by use of thematic analysis where five themes were identified. Our study clearly shows that there is gap between practice and theory. Knowledge about psychotherapeutic tools for the conscious and practical use of for example transmission and countertransference is lacking. Since our study also confirms the overall picture of the professions' worrying health state, another conclusion is that there is clearly a need of improved self-care among the therapists to prevent compassion fatigue.

*Keywords:* Body awareness, therapeutic embodiment, self-care, compassion fatigue, mindfulnessbased stress reduction, mindful self-compassion, thematic analysis.

## Sammanfattning

Syftet med studien har varit att få en fördjupad förståelse kring hur medvetet psykoterapeuter använder kroppens signaler för att förstå den andre och sig själv. Utöver syftet inkluderar studien ytterligare frågeställningar till exempel: Vad har psykoterapeuterna lärt sig om kroppsmedvetenhet under utbildningen? Upplever de några värden med att integrera kroppen, till exempel insikter kring behovet av självomhändertagande? Med kvalitativ analysmetod genomfördes semistrukturerade intervjuer med tio legitimerade psykoterapeuter vilka till övervägande del jobbar med vuxna. Materialet analyserades med hjälp av tematisk analys vilket resulterade i att fem teman kunde identifieras. Studien påvisar tydligt att det existerar ett glapp mellan praktik och teori. Kunskap om psykoterapeutiska redskap utifrån kroppen för att praktiskt kunna tillämpa exempelvis överföring och motöverföring, saknas. Då studien bekräftar den generella bilden av ett oroande hälsotillstånd hos yrkeskåren, blir ytterligare en slutsats att det finns ett klart behov av bättre självomhändertagande bland terapeuterna för att förebygga empatitrötthet.

*Nyckelord:* Kroppsmedvetenhet, terapeutisk närvaro, självomhändertagande, empatitrötthet, mindfulnessbaserad stressreduktion, mindful self-compassion, tematisk analys.

Tack!

Ett stort tack till alla våra respondenter, för att ni så generöst delat med er av era reflektioner och erfarenheter, vilket gjort denna studie möjlig. Tack även till Erik och Gustaf som bidragit med kunskap, viktiga perspektiv och betydande stöd. Ett varmt tack till vår handledare Per Johnsson, för din lättillgänglighet, ditt stora engagemang, humor och för ett inspirerande och roligt samarbete.

\*

*“There is no such thing as a disembodied mind. The mind is implanted in the brain, and the brain is implanted in the body.”*

*- Antonio Damasio (2012)*

## Innehållsförteckning

Psykokoterapeuten har också en kropp.....	1
Teori och tidigare forskning.....	2
<i>Begreppsdefinitioner</i> .....	2
<i>Kroppen i psykokoterapi</i> .....	3
<i>Terapeutisk närvaro</i> .....	4
<i>Affektteori</i> .....	5
<i>Anknytning och mentalisering</i> .....	6
<i>Top-down och bottom-up perspektivet</i> .....	8
<i>Interoceptiv och exteroceptiv uppmärksamhet</i> .....	9
<i>Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR)</i> .....	9
<i>Mindful Self-Compassion (MSC)</i> .....	10
<i>Mindfulnessbaserad stressreduktion och Mindful Self-Compassion i psykokoterapi</i>	11
<i>Empatitrötthet</i> .....	12
<i>Medkänsla och empati</i> .....	13
<i>Självomhändertagande</i> .....	13
Syfte och frågeställning.....	14
Metodval – kvalitativa semistrukturerade intervjuer .....	15
Design .....	15
Teoretisk ansats.....	16
Författarnas förförståelse .....	17
Deltagare .....	17
Instrument och procedur .....	18
Databearbetning .....	19
Resultat .....	20
Tema 1. Jag, du och vi?.....	20
Tema 2. Kroppen som maskin eller instrument? .....	25
Tema 3. Självomhändertagande – självmedkänsla nu eller sen? .....	27
Tema 4. Risken för empatitrötthet och erfarenhet av sjukskrivning .....	29
Tema 5. Huvud, kropp och själ, helhet eller delar? .....	31

Diskussion.....	34
Resultatdiskussion.....	35
<i>Jag, du och vi?</i> .....	35
<i>Kroppen som maskin eller instrument?</i> .....	37
<i>Självomhändertagande – självmedkänsla nu eller sen?</i> .....	38
<i>Risken för empatitrötthet och erfarenhet av sjukskrivning</i> .....	40
<i>Huvud, kropp och själ, helhet eller delar?</i> .....	41
Metoddiskussion .....	42
Etiskt ställningstagande.....	44
Slutsatser.....	45
Framtida forskning.....	46
Referenser .....	48
Bilaga 1 .....	54
Bilaga 2 .....	55

## **Psykoterapeuten har också en kropp**

Att kroppen inte kan skiljas från psyket och därför ska bejakas, är en etablerad tes inom affektteori, mentalisering och inom psykoterapi. Mentaliseringsteorin vänder sig mot det Cartesianska synsättet, det vill säga uppdelning mellan kropp och psyke och menar att affekter är både biologiska och psykiska vilket pekar på felaktigheten i uppdelningen (Rydén & Wallroth, 2008). Självet tas inom mentaliseringsteorin upp som i grunden socialt konstituerat och kunskapen om självet är beroende av avbrott och reparation av relationella processer (Fonagy, 2001). Trots det har kroppen fortsatt att vara mer eller mindre frånvarande i både teori och i de praktiska momenten i psykoterapiutbildningarna. Kanske beror det på att det saknas kunskap om hur integreringen ska gå till? Sedan flera år tillbaka finns evidensbaserade metoder som ger svar på hur integreringen kan gå till och metoder som integrerar kroppen i terapin oavsett inriktning. Forskning om dessa metoder pekar mot fördelar för både psykoterapeut och patient om kroppen och hela människan får vara med i terapirummet. Vi har funnit det angeläget ta reda på hur psykoterapeuter medvetet använder sig av kroppen i det psykoterapeutiska samtalet. I studien har vi strävat efter att lyssna inåt och utifrån det tredje örat (Reik, 1948). Har de kunskap om kroppens signaler och hur det kan tillämpas i psykoterapi? Till vilken grad av professionalitet tillämpas denna kunskap? Hur har psykoterapeuten införskaffat kompetensen, genom psykoterapiutbildningen eller på annat sätt? I den här studien sätts psykoterapeutens perspektiv i fokus och därmed blir det svårt att bortse från kopplingen mellan att arbeta kroppsmedvetet som en strategi för självomhändertagande. Empatitrotthet ökar i människovårdande yrken. I Sverige är exempelvis psykologer, strax efter präster, den yrkesgrupp med flest antal sjukskrivningar orsakade av psykisk ohälsa (Försäkringskassan, 2014). Detta är oroväckande inte enbart för psykologerna utan även för deras patienter. Då sjukskrivningskostnaderna för psykisk ohälsa i Sverige är höga, år 2009 översteg de 23 miljarder (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2014), finns därför även starka ekonomiska incitament för att fokusera på psykologers mående. Forskare har uppmärksammat att kroppsmedvetenhet, samtidigt som det används som ett psykoterapeutiskt förhållningssätt, kan vara en viktig strategi för självomhändertagande. Det blev därför naturligt att studien även fick omfatta frågeställningar kring eventuell ohälsa bland psykoterapeuterna och deras syn på självomhändertagande.

## **Teori och tidigare forskning**

I avsnittet redogörs för de teorier som bedömts som mest relevanta för studien, teorier som vi ansett bäst belyst och förklarat studiens problemområde. Syftet med teoriavsnittet är att förankra studien samt dess resultat i sitt teoretiska sammanhang. Inledningsvis definieras och förklaras uppsatsens viktigaste begrepp: Kroppsmedvetenhet och självomhändertagande. Därefter följer en teoretisk genomgång som börjar med några infallsvinklar på vad integration av kroppen kan betyda utifrån psykoterapeutens perspektiv och därefter beskrivs lite mer allmänt de viktigaste teoribildningarna kring kroppens roll inom psykoterapi. Teorin bakom Mindfulnessbaserad Stressreduktion (MBSR) och Mindful Self-Compassion (MSC) och kopplingen till empatitrötthet och självomhändertagande redogörs för. Dessa områden är relevanta för studien då de är ett svar på hur kroppen kan integreras. MBSR och MSC är så vitt artikelförfattarna funnit, de enda metoder med vetenskaplig förankring som för närvarande finns tillgängliga för träning och professionell tillämpning av kroppsmedvetenhet respektive självomhändertagande. Båda metoderna har omfattande evidens (Decker et al., 2015; Klimecki et al., 2014; Neff, 2015; Mills & Chapman, 2016; Shapiro et al., 2007).

### ***Begreppsdefinitioner***

Kroppsmedvetenhet är det mest centrala begreppet för studien. Begreppet kroppssignaler innefattar medvetenhet om tankar, känslor och kroppsförnimmelser här och nu. Det är den bästa svenska motsvarigheten till det engelska begreppet Embodiment som även kan översättas med förkroppsligande. Begreppet embodiment kommer från den fenomenologiska skolan av filosofi genom bland annat Merleau-Ponty som avvisade idén om Cartesiansk dualism. Merleau-Ponty (2000) menade att det är via kroppen han förstod andra människor. Embodied self-awareness är ett begrepp som Fogel (2009) förtydligar som förmågan att uppmärksamma oss själva, vår upplevelse, kroppsliga sensationer, rörelser, och inre sensoriska upplevelser i stunden. Gendlin (1962) beskriver begreppet förkroppsligad närvaro som något som existerar före och är bortom språket. Språket kan inte fullt ut greppa upplevelsen, men förståelsen av vår inre natur kommer från direkt erfarenhet. Både Fogel och Gendlins definition av embodiment samstämmer med betydelsen vi avser med begreppet kroppsmedvetenhet. Självomhändertagande är ett annat viktigt begrepp för studien. Det omfattar att ha insikt kring sig själv, vara självaccepterande och ha självmedkänsla (Di Benedetto & Swadling, 2014) men även faktiska komponenter som god mat, sömn, motion och trygghet. Den mentala delen består av affektreglering, att hantera utmanande situationer,



utöva stimulerande aktiviteter, hur man förhåller sig till framtiden samt synen på sig själv. Orems (2003) definition för egenvård är aktiviteter som individen på eget initiativ utför för att bevara hälsa och välmående och därmed sin livskvalitet. Lazarus (1999) beskriver coping som olika kognitiva och beteendemässiga försök att hantera yttre eller inre krav. Han tar upp två olika strategier för coping, problemfokuserad eller känslufokuserad coping. En studie som undersökte förekomsten av strategier för självomhändertagande, self-care, bland psykoterapeuter fann att de vanligaste aktiviteterna var motion, att läsa för nöjes skull, hobbys och att ha semester (Mahoney, 1997). Forskning har funnit att compassion, som på svenska översätts med medkänsla, kan vara en kraftfull strategi för att förebygga empatitrötthet (Beauregard et al., 2009; Fredrickson et al., 2008; Immordino-Yang et al., 2009; Klimecki et al., 2012; Lutz et al., 2008). I begreppet självomhändertagande innefattas de strategier som en individ avsiktligt använder i syfte att ta hand om sig själv. Detta oavsett om det sker som en fritidssyssla eller används integrerat som ett professionellt förhållningssätt i arbetet. I studien har vi företrädesvis valt att använda begreppet empatitrötthet framför compassion fatigue.

### ***Kroppen i psykoterapi***

Field (1989) tar upp begreppet embodied countertransference en specifik men inte så diskuterad manifestation av motöverföring. Det vill säga uppkomsten av spontana fysiska förnimmelser i psykoterapeuten och hur det tar sig uttryck i terapeutens kropp. Den fysiska reaktionen som triggas i psykoterapeuten utan koppling till vad som sägs eller med koppling med vad som sägs, namnger han som embodied transference. Field utforskar om detta har någon relevans för den psykoterapeutiska processen. Han föreslår att de kroppsliga reaktionerna kan ses som internaliserad kroppskommunikation vilket ger möjlighet att nå primitivare nivåer av kommunikation. Han menar vidare att för en viss typ av patient, ofta de med något typ av personlighetsproblematik, i en viss fas av psykoterapiprocessen kan det vara en viktig aspekt att utforska direkt via kroppen. I en studie visar Shaw (2003) på vikten av medvetenhet kring psykoterapeutens kropp i det terapeutiska mötet. Det visade sig vara frekvent och dagligen förekommande och inte tillfälliga känslor som man beskrev som embodied countertransference. Det centrala i forskningen poängterar att de fysiska sensationerna behöver tas på större allvar med en strävan efter att förstå fenomenen som viktiga ledtrådar i det psykoterapeutiska arbetet, inte enbart som överföring-motöverföringsfenomen. Kroppsförnimmelser är en fundamental del av den psykoterapeutiska processen. Kan vi förstå betydelsen av de somatiska förnimmelserna så kan vi använda dem

som psykoterapeutiska redskap. Shaw (2003) tar upp begreppet psychotherapist embodiment och menar att den terapeutiska världen alldeles för länge har bortsett från betydelsen av kroppen. Shaw (2003) klargör hur psykoterapeuter upplever sina kroppar i samtalet med klienterna och utforskar varför kroppen i psykoterapi blivit så marginaliserad och ignorerad. Hans ståndpunkt är att våra fysiska förnimmelser är en viktig komponent i det psykoterapeutiska arbetet. Leijssen (2006) menar att psykoterapeuter kan förbättra verbal psykoterapi genom att lägga till ett kroppsperspektiv. Hon tar upp olika perspektiv på hur man kan ta med kroppen från ett kontinuum: från verbala till icke-verbala terapier och att olika kroppsinterventioner kan riktas mot olika delar av kroppen. Några effekter på kroppsorierade interventioner är enligt Leijssen ökad medvetenhet, ökad närvaro i nuet, fördjupad erfarenhet och kontakt med kroppsminnen. Hon menar att kroppsorierade interventioner i psykoterapi är ett tillägg snarare än att det ska ersätta verbala möten. Hon framhåller det viktiga i att inte stärka den Cartesianska spliten, det vill säga en åtskillnad mellan kropp och sinne. Leijssen menar vidare att syftet är att utveckla en hel psykoterapi som inte är begränsad till verbala interaktioner och som kan relatera till olika dimensioner i det mänskliga psyket, inklusive kroppen. Geller (2017) beskriver att mindfulnessutövande integrerar ett observerande själv med det som händer här och nu i det upplevande självet. Flertalet forskare poängterar att vi använder våra kroppar som en sensor för att upptäcka emotionella och fysiska upplevelser hos våra patienter (Hanson & Mendius, 2009; Siegel, 2007; Wiens, 2005). Safran & Muran (2000) beskriver att förändringen sker i mötet mellan psykoterapeut och patient. Processen att tydliggöra det som sker omedvetet i den terapeutiska relationen kallas terapeutisk metakommunikation vilket beskrivs som mindfulness in action. De tar upp begreppet beginners mind, som innefattar öppenhet för det som sker i stunden utan att veta och jämför det med begreppet Utan minne och begär (Bion, 1962). Psykoterapeuter som släpper taget om att förstå, har en möjlighet att upptäcka det som sker i stunden och är således mer öppna för det som sker här och nu (Safran & Muran, 2000).

### ***Terapeutisk närvaro***

Stern et al., (1998) menar att det verbala, orden och samtalet, är i förgrunden i samtalsterapi och bakom sker det intersubjektiva mötet i kroppen mot ett implicit intersubjektivt mål. Förmågan att vara fysiskt och emotionellt närvarande är av stor vikt både för oss själva och för dem vi möter (Geller, 2017; Leijsson, 2006; Neff & Germer, 2020; Schore, 2009; Shaw, 2003; Siegel, 2010). Hur psykoterapeuten gör för att odla så kallad

embodiment, förkroppsligad närvaro, tas speciellt upp av Geller (2017), Shapiro et al. (2010) och Neff och Germer (2020). Psykoterapeutens eget utövande av MBSR och MSC, fungerar både som ett sätt att fördjupa förståelsen och mentaliseringen kring vad som pågår inombords, i patienten och i mötet dem emellan och kan ha god effekt vid förebyggande av empatitrötthet. Den känslomässiga tillgängligheten hos psykoterapeuten betonas (Anderson, 2005; Hick & Bien, 2008). Schore (2009) menar att interventioner och teknik har underordnad betydelse jämfört med terapeutisk allians och den överföring som sker av icke-medvetna signaler mellan patient och psykoterapeut. En faktor som väsentligen påverkar den psykiska förändringspotentialen är just psykoterapeutens förmåga att vara känslomässigt närvarande. Ett annat begrepp som är relevant för psykoterapeutisk närvaro är intoning. Termen används i litteratur om anknytning och neurobiologi för att beskriva en relation där en person fokuserar på en annan persons inre värld och mottagaren av uppmärksamheten känner sig sedd och mött, förstådd och i kontakt (Siegel, 1999; 2007; Stern, 1985). Siegel (2007) har i sin forskning funnit att intoning är centralt för att människor ska känna sig levande, förstådda och harmoniska i relationer. Psykoterapeutens förmåga till intoning kan hjälpa patienten att uppleva större självintoning. Siegels hypotes är att psykoterapeutens övande i mindfulness påverkar patienten genom intoning på tre nivåer 1) psykoterapeutens relation till sig själv, 2) psykoterapeutens relation till patienten, 3) och patientens relation till sig själv. Basen för psykoterapeutens relation till patienten är en intonad relation till sig själv (Siegel, 2007). Kvaliteten på närvaron har också en mellanmänsklig aspekt. Geller (2017) kallar det Terapeutisk närvaro vilket innefattar att terapeuten är: 1) öppen och mottaglig för patientens upplevelse och intonad på verbala och icke-verbala uttryck. 2) psykoterapeuten uppmärksammar sin egen resonans med patientens upplevelse i stunden, för att sedan 3) främja en närvarande och öppen kontakt. Genom terapeutisk närvaro kan psykoterapeuten reglera sig själv genom att förhålla sig till det som händer här och nu i det psykoterapeutiska mötet (Geller, 2017).

### ***Affektteori***

I affektteori lyfts betydelsen av kroppsmedvetenhet upp. Affekterna uppstår i evolutionsmässigt äldre delar av hjärnan men regleras med hjälp av prefrontala hjärnbarken som är en senare utvecklad struktur. Schore (2003) menar att ur ett neurobiologiskt perspektiv fungerar föräldern som barnets ställföreträdande hjärnbark medan barnets egen hjärna utvecklas. De tidiga samspelsfarenheterna har således en central betydelse för utvecklingen

av barnets egen affektregleringsförmåga. Genom att uppleva våra affekter direkt i stunden i kroppen kan vi utvecklas, öka vår självkänedom och förstå oss själva. Förnimmelserna i kroppen är subjektiva, i stunden och hela tiden föränderliga. Damasio (1994) uppfattar kroppen och medvetandet som en integrerad organism som samspelar på kemisk och neural väg. Genom att medvetet uppleva, förstå kroppsliga förnimmelser och sedan koppla dem till affekter blir psyket synligt via kroppen. Damasio (2002) menar att medvetenhet är direkt kopplad till kroppen och att affekter i kroppen ger upphov till medvetna känslor.

Affektmedvetenhet beskrivs som förmågan att uppfatta, reflektera och uttrycka en affekt och kan aktiveras av såväl verkliga händelser som minnen och tankar (Tomkins, 1963).

Affekterna behövs för att förstå våra behov och för vår motivation till att handla och agera.

Tomkins tar upp nio medfödda, distinkta affekter. Positivt laddade affekter är intresse, iver, välbehag, glädje och extas. De neutralt laddade är förvåning, häpnad och de negativt laddade är ilska, raseri, rädsla, skräck, ledsnad, förtvivlan, skam, förödmjukelse, avsky och avsmak.

Tomkins (1963) betonar att ansiktet, andning, röst och musklerna har betydelse i upplevandet och gäller både när vi undertrycker och uttrycker våra affekter.

### ***Anknytning och mentalisering***

Infant som betyder utan språk, understryker det tidiga förverbala samspillet för den fysiska utvecklingen och känslan av att ha en kropp, samt speglingen av kroppen. Känslan av att ha en kropp kan hjälpa oss med härbärgeringen och att stå ut med starka affekter. En anknytningsperson som feltolkar barnet skapar stressreaktioner hos barnet, vilket resulterar i negativa affekter hos barnet. En trygg anknytningsperson kan reagera på detta och reglera affekterna. Motsatsen är att långvariga negativa oreglerade affektillstånd kan skapa en toxisk miljö i hjärnan, vilket leder till kraftigt förhöjd synapsreduktion. Denna förlust av synaptisk förbindelse mellan orbitofrontala barken och limbiska systemet innebär minskad förmåga att modulera subkortikala tillstånd. Detta påverkar framgent barnet som får svårigheter att ta sig ur stressfyllda situationer (Wennerberg, 2013). Spädbarn hanterar verkligheten som den är, upprepade erfarenheter från samspelssituationer skapar enligt Sterns (1985) teorier om *RIGS*, ett slags inre scheman som bygger på episodiska minnen, alltså minnen av specifika händelser. Episoderna innehåller såväl affektiva som kognitiva beteendekomponenter. Efterhand tillkommer nya komponenter till tidigare förvärvade erfarenheter som skapar ett helt nytt förhållningssätt. Idag har vi kunskap om att anknytningsrelationen bidrar till att utveckla en organisation av hjärnfunktionerna så att individen utrustas för att leva i samspel

och samverkan med andra samt att dessa processer förändrar individen på genetisk nivå. Hjärnan är förväntansfullt inställd på att förvärva erfarenheter. Fonagy et al. (2007) menar att den neurobiologiska avsikten med anknytningen är att ge barnet möjlighet att utnyttja relationer i sin omgivning för att lära sig förstå sina egna och andras sinnessillstånd. Hypotesen är att den känslomässiga utvecklingen samverkar med den intellektuella/kognitiva och visar sig i barnets mentaliseringsutveckling. Med hjälp av begreppen mentalisering eller reflekterande sinne, redogör Fonagy et al. för hur barnet genom anknytningsrelationen pedagogiskt och successivt lär sig att utveckla känslan av att ha ett eget själv – med en förmåga att uttrycka känslor på symbolisk nivå. Fonagy et al. poängterar särskilt att ett stabilt själv utvecklas genom empatisk markerad spegling av barnets affekter, utifrån ett tryggt omhändertagande med möjlighet för barnet att utveckla en förmåga att skapa inre representationer av sig själv och andra. Utifrån en intonande omvårdnadsperson som reflekterar över barnets olika mentala tillstånd, utvecklas mentaliseringen. Omvårdnadspersonen förhåller sig mottaglig och känslig till barnet som ett subjekt, långt innan barnet har begrepp om andra personers minds – subjektivitet. Omvårdnadspersonens upprepade reflekterande över barnet genom kongruent, markerad spegling av barnets känslor, hjälper till att nyansera barnets emotioner och kognitioner samt att skapa ett första symboliskt system. Detta underlättar vidare uppbyggnad av självstrukturer och kapacitet för självreglering. Enligt Fonagy et al. kan mentalisering definieras som vardagspsykologi – andra närliggande begrepp är: empati, att vara i den andres skor, reflektion, att läsa andras och egna tankar samt sunt förnuft. Mentalisering är till största delen förmedveten fantasi som handlar om att uppfatta och tolka mänskligt beteende i termer av avsiktliga mentala tillstånd (behov, önskningar, föreställningar, mål eller avsikter). Denna förmåga att fantisera krävs för att man ska ha möjlighet att förstå sina egna mentala erfarenheter, särskilt om de är emotionellt laddade. Mentalisering är förmågan att förstå sig själv och andras beteende utifrån inre mentala tillstånd, som tankar, känslor, impulser och önskningar. Förmågan till mentalisering skulle kunna beskrivas som den fullt utvecklade mänskliga intersubjektiviteten (Wennerberg, 2010). Likt intersubjektiviteten föds alla med förmågan att mentalisera men utvecklar inte förmågan automatiskt. Utvecklingen sker i samspelet med omsorgspersonen. För att mentaliseringsförmågan ska utvecklas krävs en trygg anknytningsrelation som speglar känslor och lär barnet att det har ett inre, bestående av tankar och känslor, samt en mentaliserande omgivning. Upptäckten av spegelneuron gjordes av Rizzolatti och hans

medarbetare i början av 1990-talet och första artikeln kom 1992. Det har varit ett viktigt bidrag till hjärnforskningen och mentaliseringsteorin (Fonagy et al., 2007; Gabbard et al., 2012). Spegelneuronerna har bland annat förknippats med språk, inläring, medlidande och icke-verbal kommunikation. De aktiveras både när individen utför en viss handling, och när individen ser samma handling utföras av en annan individ. På det viset speglar neuronerna beteendet hos andra. Exempelvis kan vi uppleva smärta om vi ser någon slå i en tå eller själva börja gäspa när vi ser någon annan göra det. Forskning har visat att rädsla, anspänning och stress kraftigt minskar spegelneuronernas signalaktivitet. Vid press och rädsla upphör inlevelseförmågan som är beroende av systemet för spegelneuroner att fungera, förmågan att förstå andra och uppmärksamma nyanser. Även vår inlärningsförmåga försämras i det här läget. Neutrala nätverk i hjärnan hjälper oss att bedöma avsikten hos oss själva och andra (Fonagy et al., 2007). Båda fenomen intersubjektivitet och mentaliseringsteori har fört anknytningsteorin ett steg vidare genom att visa att omsorgspersonens förmåga att mentalisera om barnet, mer än någon annan enskild faktor kräver barnets trygga anknytning till omsorgspersonen. Viktigt att påpeka är att mentaliseringsförmågan kan svikta temporärt hos alla individer när vi blir rädda eller oroliga, men återhämtar sig snabbt om vi har en god förmåga till mentalisering (Wennerberg, 2010).

### ***Top-down och bottom-up perspektivet***

Det finns två olika teorier kring samverkan mellan emotion och kognition, top-down och bottom-up perspektivet. Top-down perspektivet utgår från att affekter som väcks först behandlas kognitivt och därefter kan bli en fysiologisk reaktion och regleras ner. Hur vi tolkar och uppfattar en situation påverkar våra känslomässiga reaktioner. Kategorisering sker blixtnsabbt och ofta omedvetet. Genom uppfostran och den sociala miljö vi befinner oss i lär vi oss olika begrepp och ord som också kommer att präglade våra emotionella upplevelser (Lazarus, 1999; Sonnby-Borgström, 2012). Bottom-up perspektivet utgår från evolutionsteorin, vilket innebär att biologiskt grundade emotioner som utvecklas i en viss situation förbereder organismen att handla på ett visst sätt och har en överlevnadsfunktion. Information kan komma både inifrån och från omgivningen. De kroppsliga förnimmelserna sänder information som sedan bearbetas i hjärnan och uppfattas som subjektiva känslomässiga upplevelser (Sonnby-Borgström, 2012). Bottom-up perspektivet ger en förståelse för direkta och implicita emotioner som väcks, medan top-down ger en förklaring till varför, så vi kan reglera våra känslor. De båda teorierna anses numera inte stå i motsatsförhållande, utan

överlappar och kompletterar varandra för att beskriva olika skeenden och aspekter av inlärning. I en studie av Chiesa et al. (2012) diskuteras förklaringar kring mindfulness och relationen mellan mindfulnessutövande och de vanligaste emotionsregleringsstrategierna. Mindfulnessutövande har visat sig bra för många kliniska tillstånd och får ökad support från empiriska studier. De funktionella neurala mekanismerna som ligger bakom fördelarna har inte blivit tillräckligt undersökta. Chiesa et al. föreslår att mindfulnesssträning är associerad med top-down emotionsreglering för korttidsutövare och med bottom-up emotionsreglering för långtidsutövare. Begränsningar av nuvarande bevis och framtida forskning i ämnet diskuteras i studien.

### ***Interoceptiv och exteroceptiv uppmärksamhet***

Pollatos et al. (2009) konkretiserar betydelsen av att uppmärksamma kroppen i psykoterapiarbetet. De beskriver interoceptiv uppmärksamhet som angeläget både för patienten och psykoterapeuten då symptom kan mildras, exempelvis ångest och depressionsstörningar. Tillgång till både exteroceptiv och interoceptiv uppmärksamhet krävs för att återknyta kontakten med kroppen, att uppleva oss själva inifrån. Damasio och Carvalho (2013) redogör för interoceptiv uppmärksamhet utifrån ett biologiskt ursprung på tre nivåer, affekter, inre och yttre uppmärksamhet. Affekterna äckel, skam, ilska, avsky, rädsla, glädje, nyfikenhet, ledsenhet är biologiskt medfödda (Tomkins, 1963). Till interoceptiv uppmärksamhet räknas hunger och mättnad medan syn, hörsel, lukt, beröring, smak, kyla och värme är exempel på exteroceptiv uppmärksamhet. Den mänskliga hjärnan bildar tillsammans med den övriga kroppen en hel och odelbar organism. Organismen samspelar med omgivningen som en helhet, varken hjärna eller kropp kan ensam samspela med yttervärlden.

### ***Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR)***

1979 startade det första mindfulnessbaserade behandlingsprogrammet, Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) vid Medical School, i Massachusetts, USA för patienter med kronisk långvarig smärta och stress. Från början var MBSR ett komplement till annan medicinsk behandling vid varierande former av svår somatisk ohälsa. MBSR skapades av professor emeritus Kabat-Zinn (2013). Numera används programmet både vid somatiska som psykiska tillstånd. Mindfulness är ett övande i medveten riktad icke dömande uppmärksamhet, ögonblick för ögonblick. Mindfulness är en upplevelsebaserad metod som syftar till att öva upp förmågan till kroppsmedvetenhet. Det är ett förhållningssätt och ett perspektiv utövaren medvetet tar för att förhålla sig till upplevelser, såväl positiva och

negativa som neutrala, med öppenhet och mottaglighet. Det brukar förklaras med att se verkligheten som den är utan att vare sig undvika, trycka ner, bli översköld eller att försöka ändra något. Kabat-Zinns egen definition av mindfulness är: Att vara uppmärksam med avsikt, i ögonblicket, utan att döma. I en studie av Björkstad et al. (2019) lyfter svenska forskare fram att några minuters dagliga meditationsövningar via en mindfulness-app får hjärnan att suddas ut inlärda, men irrelevanta, rädslor. Enligt forskarna bakom studien pekar resultaten mot att mindfulness skulle kunna effektivisera behandlingar av ångest och posttraumatisk stress. Lazar et al. (2005) påvisade en relation mellan grad av utövande och effekt i de områden i hjärnan som är involverade i uppmärksamhet och sinnligt processande. Morfologiska förändringar i hjärnan kan kopplas till utövande av olika MBSR-övningar och resultera i ökad densitet i hippocampus med minskad densitet i amygdala, parallellt med självrapporterad upplevelse av minskad stress och oro (Hölzel et al., 2010).

### ***Mindful Self-Compassion (MSC)***

Självmedkänsla är inget nytt fenomen inom psykoterapi. Freud betraktade självacceptans som något psykologiskt fördelaktigt (Williams & Lynn, 2011). Rogers (1961) och de humanistiska terapeuterna såg självacceptans som essensen för förändring. Under 1990-talet började mindfulness och acceptbaserade behandlingar introduceras och fick stor genomslagskraft och innefattas i exempelvis Dialektisk beteendeterapi (DBT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och Mindfulnessbaserad Kognitiv Psykoterapi (MBKT). Den kliniska forskningen utvecklades från att studera accepterandet av självet till att acceptans omfattade upplevelsen av här och nu. Självmedkänsla ingår i den nya vågen av framväxande modeller av mindfulness-, acceptans- och medkänslobaserad psykoterapier (Germer & Neff, 2013; Germer & Siegel, 2005; Gilbert & Proctor, 2006; Hayes et al., 2012). Mindful Self-Compassion är ett utbildningsprogram som specifikt har utformats för att stärka vår självmedkänsla och kan enligt skaparna av programmet Neff och Germer beskrivas som ett mindfulnessbaserat program för självmedkänsla. Forskning visar att MSC ger psykiskt välbefinnande och mindre ångest, depression och stress och mer av positiva sinnestillstånd som lycka, optimism och livstillfredsställelse (Barnard Crosskey & Curry, 2011; MacBeth & Gumley, 2012; Neff et al., 2018; Zessin et al., 2015). Neff (2003) definierar självmedkänsla enligt tre perspektiv 1) Vänlighet gentemot sig själv kontra fördömande av sig själv 2) Att se sin egen upplevelse som en del i att vara människa 3) Mindfulness, tillåta de känslor som finns utan överidentifikation, så väl glädjefulla som smärtsamma. Neff definierar



självmmedkänsla med: Att när vi har det svårt, ta hand om oss själva så som vi skulle ta hand om någon vi verkligen älskar. Forskningen visar att det finns ett samband mellan mindfulness och en hälsosam attityd mot sig själv (Shapiro et al 2007; Klimecki et al 2012; Decker et al 2015; Mills & Chapman 2016). Shapiro et al. (2005) har funnit att vårdpersonal som deltog i en MBSR grupp rapporterade ökad självmedkänsla jämfört med en kontrollgrupp. Vidare har Shapiro et al. (2006) funnit att interventioner i MBSR markant ökar självmedkänsla hos psykologstudenter jämfört med en kontrollgrupp.

### ***Mindfulnessbaserad stressreduktion och Mindful Self-Compassion i psykotera***

Shapiro (2009) med kollegor kopplar Kabat-Zinns definition av mindfulness som ett möjligt förhållningssätt för psykoterapeuter. Uppmärksamhet är vår förmåga att vara närvarande i ögonblicket, vilket kräver att vi som psykoterapeuter släpper tolkandet och helt enkelt bara är i kontakt med ögonblicket. Motsatsen är att agera på autopilot eller vara i tankarna. I psykotera kan detta innebära att vår ökade förmåga att vara närvarande gör att vi håller tre objekt i vårt uppmärksamhetsfält 1) psykoterapeutens egen kropp och sinne 2) patientens kropp och sinne samt 3) det relationella och hur det känns stund för stund mellan psykoterapeut och patient. Falkenström (2007) tar i en studie upp förmågan till självobservation i tre nivåer och utforskar hur teori från mentalisering och affektmedvetenhet samt förhållningssättet i mindfulness samverkar i dessa. De monoastiska, dyadiska och triadiska intrapsykiska relationerna anses viktiga för förmågan att lära sig av tidigare erfarenheter och att anpassa sig till nya omständigheter i livet. De olika relationella nivåerna innefattar existentiella teman. Vid tvådimensionella nivå är temat acceptans av ömsesidigt beroende, i den tredimensionella nivån är det känslan av åtskildhet och uteslutning och vid den endimensionella är temat rädslan för det okända som likställs med Bions "O" (Bion, 1970). Motsatsen är ett nyfiket förhållningssätt med känslan av tillfredställelse genom ökad självkänedom, känsla av inre balans samt förmågan att släppa taget. Shapiro (2009) tar upp tre sätt att integrera mindfulness i terapi 1) eget personligt övande för att kultivera terapeutisk närvaro 2) att ha en teoretisk ram med kunskap om forskning i mindfulness och buddistisk psykologi och 3) lära patienter mindfulness och fördjupa deras mindfulnessutövande. Shapiro (2009) tar vidare upp effekter som tillämpningen av mindfulness medför 1) förmåga till riktad uppmärksamhet och terapeutisk närvaro 2) attityder i mindfulness som man använder under terapi 3) självmedkänsla och självreglering hos terapeuten 4) terapeutisk empati och självreglering mot patienten och 5) emotionsreglering och bemötande av motöverföring. Den

betydelsefulla relationen mellan psykoterapeut och patient tas upp som en common factor, så kallade icke-specifika faktorer för vad som är avgörande för resultat i psykoterapibehandling (Weinberg, 2002). Shapiro (2009) menar att medveten uppmärksamhet och mindfulnessutövande hos psykoterapeuten kan förbättra den psykoterapeutiska relationen. Flera författare har föreslagit mindfulness som en common factor oavsett teoretisk riktning Germer och Neff (2020) tar upp två förhållningssätt riktade till psykoterapeuter, varav det första är radikalt accepterande. De kallar det en livsställning som innefattar icke-dömmande och icke-fixande. För att kunna acceptera våra patienter måste vi radikalt acceptera oss själva. Ytterligare en grundkvalitet som Neff och Germer tar upp är närvaro. Närvaro innebär att vara i kontakt med sig själv på ett direkt, tydligt och öppet sätt samt att vara medveten om det som pågår inombords medan det pågår, ofta utan tankar och ord. De potentiella fördelarna med utövande i mindfulness och självmedkänsla är att de kan förbättra yrkesskicklighet, öka acceptans och vänlighet mot patienter (Shapiro et al., 2007). De hoppas att studien hjälper till att skapa en plattform för framtida studier som undersöker fördelarna med mindfulnesssträning för blivande psykoterapeuter.

### ***Empatirötthet***

Omsorg om andra kräver självomsorg då risken för stresspåverkan och utbrändhet är hög inom vården. Stebnicki (2007) tar upp faran med att inte stanna upp och ta hand om de egna känslomässiga behoven, vilket kan leda till dränering av energi. Egan och Jackson (2017) tar upp behovet av att utbilda personal inom hälso- och sjukvård i mindfulness och medkänsla och lyfter fram hur dessa kan ge support till den som tar hand om andra. Mills och Chapman (2016) skriver i artikel om vårdpersonal och behov av fortsatt utveckling inom området self care. Shapiro et al. (2007) poängterar behovet av att psykoterapeuter under utbildning får tränas i tekniker som förebygger riskerna med yrket, vad gäller empatirötthet. Decker et al. (2015) har forskat utifrån mätinstrumentet Professionell Quality of Life Scale, Five Facets of Mindfulness Questionnaire och undersökt Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction, det vill säga empatirötthet eller graden av tillfredsställelse kopplat till arbetet som professionella socialarbetare. Forskningsdata visar att utövande av mindfulness korrelerar positivt med större potential av compassion satisfaction, det vill säga medkänsla och tillfredsställelse, medan lägre nivåer av mindfulness ökade studenters risk för empatirötthet. Resultaten indikerar att mindfulness kan vara en viktig variabel för att mildra empatirötthet och graden av tillfredsställelse i människovårdande yrken.

### ***Medkänsla och empati***

Rogers (1961) förklaring av empati innefattar förmågan att se och känna andra människors upplevelser som vår egen. Definitionen av empati skiljer inte mellan glädje och smärta utan vi känner allt. När andra har det svårt och lider kan vi uppleva empatisk stress. Medkänsla har ett inslag av välvilja, en önskan att lindra lidandet. Forskning har visat att välvilja och omsorg i medkänsla verkar kunna mildra den negativa effekten av empatisk stress. Klimecki et al. (2013) tar upp att förmågan hantera eller möta empatisk stress samt att motståndskraften kan stärka och övas upp genom träning i medkänsla. Empati är slitsamt och inte alltid särskilt konstruktivt menar Singer och Klimecki (2014). De tar upp tre typer av empati. De första reflexmässiga och automatiska, som exempelvis att gäspningar smittar. Nästa steg, empatin, kräver viss medvetenhet och uppstår först när vi förstått att vi är separata varelser. Det tredje steget, compassion eller medkänsla är en slags förfinad empati. Hjärnbildningstudier visar att områden som aktiveras när man upplever smärta även i viss utsträckning aktiveras när man observerar eller tänker på smärtsamma händelser. Emotionell smärta är smittsam och aktiverar vårt hotsystem. Orsaken till att så många som arbetar inom vård och omsorg blir sjukskrivna tror forskarna beror just på empatin. Klimecki et al. 2012 lyfter upp att det visar sig i sjukskrivning av vårdpersonal och att vi därför behöver träna oss i medkänsla. Medkänslan, ger tvärtom positiv energi på neurologisk nivå. Fredrickson et al. 2008 och Klimecki et al. 2012 visar forskningsresultat i samma riktning där compassion träning är distinkt från andra känsloreglerings strategier som exempelvis att trycka ner eller omvärdera som involverar en aktiv ner reglering av negativa effekter. I compassion tillåter man tankar, känslor och kroppsförmågelser som de är i stunden utan att försöka ändra dem. Singer och Klimecki (2014) tar upp skillnader mellan empati och medkänsla, självmedkänsla. De hävdar att det är mer korrekt att säga empatitrötthet och inte som tidigare medkänsloutmattning. Medkänsla beskrivs som förmågan att känna empati, med värme och vänlighet och innefattar en känsla av omsorg som omfamnar andras lidande. Gilbert (2010) beskriver medkänsla som en djup medvetenhet om ens eget och andra levande varelsers lidande, kopplat till en önskan och motivation att lindra det.

### ***Självomhändertagande***

Självomhändertagande handlar om att ha insikt kring sig själv, vara självaccepterande och självmedkännande (Di Benedetto & Swadling, 2014). Det omfattar mat, sömn, motion, affektreglering, att hantera utmanande situationer och göra stimulerande aktiviteter. Orem

(2003) beskriver egenvård som målinriktade aktiviteter och att det är ett allmänmänskligt beteende som är inlärt. Egenvård är aktiviteter som individen på eget initiativ gör för att bibehålla hälsa och välmående och därmed sin livskvalitet (Lazarus, 1999). I en studie som undersökte självomhändertagande strategier bland psykoterapeuter fann man att de vanligaste aktiviteterna var motion, att läsa för nöjes skull, hobbies och semestrar (Mahoney, 1997). Det innefattar fysiska aspekter som mat, sömn, motion och säkerhet och psykiska som affektreglering, att hantera utmanande situationer, utöva stimulerande aktiviteter och hur man förhåller sig till framtiden samt synen på sig själv.

På senare tid har betydelsen av självomhändertagande i yrkesutövningen ökat, något som inte begränsas till en fritidssyssla, utan används som ett professionellt redskap i arbetet. Begreppet compassion skiljer sig från andra känsloregleringsstrategier genom att man varken ignorerar närvaron av lidande eller försöker ändra en negativ verklighet. Att möta oss själva med självmedkänsla tycks aktivera omsorgens fysiologi. Neff och Germer (2018) visar i sin forskning att självmedkänsla är en viktig tillgång för vårdgivare och Neff (2003) beskriver det som en kraftfull coping mekanism. Raab (2014) menar att hög självmedkänsla är förknippad med mindre empatitrötthet och förknippad med större tillfredsställelse vad gäller medkänsla och positiva känslor i arbetet. En undersökning av australiska psykologer som genomförde en sex veckors onlinekurs i självmedkänsla visade resultat på minskad stress, förbättrad känsloreglering samt välbefinnande hos terapeuter under utbildning (Finlay-Jones et al 2015). Shapiro et al. (2007) understryker att personer som utbildar sig inom krävande vårdyrken är i behov av metoder som mindfulnesssträning som stärker den mentala hälsan. Forskare konstaterar att compassion kan vara en kraftfull strategi för att förebygga empatitrötthet (Beauregard et al., 2009; Fredrickson et al., 2008; Immordino-Yang et al., 2009; Klimecki et al., 2012; Lutz et al., 2008).

### **Syfte och frågeställning**

Syftet med studien är att få en fördjupad förståelse kring hur medvetet psykoterapeuter använder kroppens signaler för att förstå den andre och sig själv. Utifrån syftet utgår studien från följande frågeställningar:

- 1) Hur medvetet används kroppens signaler i det psykoterapeutiska arbetet för att förstå den andre och sig själv?
- 2) Behöver psykoterapeuter lära sig att bli mer självomhändertagande i stunden genom ökad självmedkänsla för att minska risken för empatitrötthet?

3) Vad har psykoterapeuterna fått lära sig under utbildningen om medvetenhet kring den egna, så väl som patientens kroppssignaler och tillämpas detta i det psykoterapeutiska samtalet?

4) Kan ökad kroppsmedveten ha ett värde för att förstå den andre och sig själv, öka närvaron och upplevelsen av att vara accepterad, sedd och förstådd?

### **Metodval – kvalitativa semistrukturerade intervjuer**

Nedan beskrivs tillvägagångssätt för genomförandet av studien: forskningsdesign, rekrytering av deltagare, instrument, procedur, dataanalys samt etiska ställningstaganden.

#### **Design**

En kvalitativ ansats valdes eftersom studiens syfte var få en fördjupad förståelse kring hur medvetet psykoterapeuter använder kroppens signaler för att förstå sig själv och den andre. En koppling till detta görs utifrån deltagarnas egna erfarenheter av sjukskrivning samt empatitrötthet. Kvalitativ forskning lämpar sig då ansatsen är att få svar på tankar kring upplevelser, mänskliga erfarenheter och förståelse för människans livsvärld (Kvale & Brinkman, 2009). Den kvalitativa analysmetod som använts i studien är tematisk analys, en metod för att organisera, analysera och identifiera teman i datamaterialet. Braun och Clarke (2006) menar att den tematiska analysen ofta används inom psykologin. Fördelarna är att forskaren får en fyllig beskrivning av stor mängd data, möjligheten att generera oförutsedda insikter, samt är förhållandevis lättillgänglig även för den oerfarne forskaren. Som datainsamlingsmetod valdes semistrukturerade intervjuer, en datainsamlingsmetod som passar när man eftersträvar en förståelse för respondenternas livsvärld, vill beskriva deras upplevelser samt utveckla mening ur deras erfarenheter (Kvale & Brinkmann, 2009). Genom sin uppbyggnad gör den semistrukturerade intervjun det lättare för en senare kodning och analys, då intervjufrågorna kan konstrueras så att de relativt lätt kan sorteras in under frågeställningarna i undersökningen. Den är samtidigt lagom flexibel för att tillåta ändringar i intervjuguiden både under en enskild intervju och under undersökningens gång. Att ställa specificerade frågor ökar tillförlitligheten. Materialet går att jämföra inbördes och gör att det går att dra slutsatser samtidigt som friheten att stanna upp och ställa fördjupande följdfrågor finns (May, 2001). I den kvalitativa intervjun får deltagaren berätta så öppet som möjligt om sina erfarenheter, utan alltför stor styrning från forskaren (Zoglowek, 1999). Språket ska vara så naturligt som möjligt så att intervjusituationen närmast liknar ett vanligt samtal. Den kvalitativa intervjun är dock aldrig helt objektiv då analysen alltid baseras på forskarens

förförståelse. Frågeställningarna är också nödvändiga för förståelsen. Förförståelse och frågeställningen gör själva analysen möjlig, även om det är mycket viktigt att forskaren är aktsam så att syftet och upplevelserna forskaren söker, inte planteras i intervjun, utan hermeneutiskt filtreras ut ur den. Forskarens egen förförståelse ska inte heller leda tolkningen av intervjumaterialet. Separata delar av intervjun ska ses i sin helhet, även ord som plockas ut ur meningar. Forskarna bör i förväg vara klara över vilka fördomar de har så att de kan se med öppenhet på det producerade intervjumaterialet. Det är mycket viktigt att forskarna inte lägger sin egen mening eller värdering i den intervjuades utsagor. Zoglowek (1999) menar, trots vikten av att forskaren inte låter en egen förförståelse styra, att det kan vara en fördel om forskarna själva har egna erfarenheter inom området som undersöks, då det ger bättre inblick i sammanhanget. Tematisk analys har använts vid bearbetningen av data från intervjuerna. Forskningsprocessen har varit induktiv, vilket betyder att vi med våra data försökt komma fram till en förklaring (May, 2001). Induktiv innebär att man arbetar ”nerifrån och upp” och sluter sig från det enskilda till det generella. Det handlar om att vägledas av ett empiriskt kunskapsintresse, som vanligtvis också är förenat med ambitionen att identifiera någon form av lagbundenhet (Kristensson Ugglå, 2019).

### **Teoretisk ansats**

Vi har valt att använda oss av tematisk analys som beskrivs som en flexibel, teoretiskt obunden metod som kan ge rika och komplexa resultat. Tematisk analys används för att identifiera, analysera och presentera teman i data och kan i vissa fall innehålla en viss del av tolkningar (interpretation). De olika stegen i analysen ska tydligt beskrivas och en eventuell teoretiska inramningen ska framgå. Forskaren ska vara aktiv i arbetet och det ska bli tydlig att resultatet av analysen är en produkt av just detta. Processen omfattas av sex steg/faser:

- 1) Bekanta sig med och lära känna sitt material.
- 2) Hitta och koda initiala koder.
- 3) Sök efter och skapa preliminära teman.
- 4) Se över och granska dina teman.
- 5) Hitta essensen i teman, definiera och namnge teman.
- 6) Skriva ihop dina teman och redogörelsen.

Fördelarna med en tematisk analys anses vara en lättillgänglig, flexibel metod som är relativt enkel och snabb att lära sig samt utföra. Resultaten blir ofta lätta att förmedla och förstå för gemene man. Nackdelar med en tematisk analys kan vara att tolkningsutrymmet är

relativt begränsat, om analysen inte görs utifrån en bakomliggande teori. Ytterligare en svårighet kan vara bredden, att det finns så mycket att säga om det insamlade materialet. Emellanåt är det svårt att veta vad som är viktigast att fokusera på. De teman som identifieras och utarbetas efter insamlingen av datamaterialet ger en induktiv eller empiristyrd tematisk analys (Langemar, 2008). Forskare som tänker göra en tematisk analys bör fatta ett antal beslut relaterade till tolkningsprocessen samt tydliggöra vilka beslut som fattats i forskningsrapporten (Braun & Clarke, 2006), vilket vi har för avsikt att göra.

### **Författarnas förförståelse**

Vi har båda tidigt kommit i kontakt med meditation, att medvetet uppmärksamma, lyssna inåt, förstå och komma i kontakt med kroppens signaler. Helena har många års utövande i Feldenkrais och tidigare arbetat kroppsterapeutiskt. Utövar yoga, qi gong och tai chi. Katarina är utbildad i olika kroppsterapeutiska tekniker bland annat Basal Kroppskänedom och utbildad i MBSR och MSC. Avgörande var mötet med en psykoterapeut som själv utövade meditation och arbetade direkt via kroppen här och nu. Båda har en nyfikenhet kring att undersöka förhållningssättet till kroppen inom det psykoterapeutiska arbetet. Vi anser är att både psykoterapeuter och patienter tycker det är lite ovant och svårt att ha med kroppen i samtalet för att vi inte övat det praktiskt tidigare. Vi efterfrågar att vi som psykoterapeuter oftare ställer frågorna: vad händer i mig och hur känns det i dig och vice versa? Vi vill lyfta fram att det i psykoterapeutiska arbetet är två kroppar som möts och påverkar varandra. Där aspekter av psykoterapeutens omedvetna triggas och triggas patienten och tvärtom. Detta påverkar det intersubjektiva mötet med empatitrötthet som en riskfaktor.

### **Deltagare**

Intervjuperioden sträckte sig över tre månader från augusti till i slutet på november 2020. Tio personer deltog i studien. Vi valde var och en ut fem personer som tillfrågades om de ville vara med i studien, några är kollegor, andra är kollegors kollegor eller har varit tidigare kollegor. Valet av deltagare skedde genom tillgänglighetsurval. Det första viktiga villkoret handlar om personerna som ska svara på frågorna har tillgång till den information som intervjuaren söker (May, 2011). Vi hade på förhand bestämt oss för att tio personer var ett rimligt antal för att kunna genomföra studien. Ett sätt att tänka när man gör kvalitativa intervjuer är att uppnå något som kallas mättnad. Att uppnå mättnad bestäms utifrån analyser av de intervjuer man gjort. När det just inte framträder några nya teman, när man intervjuar fler personer har man uppnått mättnad. I kvalitativa studier så är ofta önskemålet att få ta del

av så olikartade synpunkter som möjligt från intervjupersonerna. Därför bör man försöka välja människor med så olikartad profil som möjligt till sitt urval (May, 2011). Respondenterna arbetar som legitimerade psykoterapeuter i huvudsak med vuxna patienter. En av deltagarna arbetar med familjer med barn under fyra år och en annan arbetar med IPT, parterapi samt handledning. Fyra av deltagarna arbetar med KBT-inriktning, fyra arbetar med PDT-inriktning och två arbetar med familjeterapi. Två av deltagarna arbetar på privat mottagning, en deltagare arbetar halvtid privat och halvtid inom landstinget och övriga arbetar inom landstinget. Problematiken de arbetar med spänner sig från primärvårdsnivå till specialistnivå, vad gäller depressionsproblematik, olika typer av ångesttillstånd och neurologiska funktionsnedsättningar samt personlighetsproblematik. Ingen av respondenterna arbetar med psykosproblematik. Av de tio deltagarna är åtta kvinnor och två män. Åldersfördelningen bland deltagarna är mellan 34 år till 65 år, där de flesta befinner sig mellan 40 och 50 år. Erfarenheten att arbeta som psykoterapeut sträcker sig mellan 3 år och 14 år men den totala arbetserfarenheten sträcker sig oftast längre än så utifrån att ha arbetat inom ett människovårdande yrke innan de utbildat sig till psykoterapeut. Det hade varit intressant att ha med fler män i studien för att se om det finns någon skillnad på uppfattningen och förhållningssättet kring den egna kroppen. Troligen berodde detta på att vi inte har så många kollegor som är män och att detta till viss del är ett kvinnodominerat yrke. En annan tanke är att män kanske oftare arbetar på privata mottagningar? Urvalet grundar sig på att vi försökt göra det så enkelt som möjligt att hitta respondenter i vår närhet. De som snabbt svarade att de ville delta kom med i studien. Respondenterna fick i stor utsträckning välja tid och plats. Intervjuerna genomfördes på egen mottagning, hemma hos respondenterna och i privata lokaler. Sju av intervjuerna skedde på plats och tre digitalt via zoom på grund av påverkan från restriktionerna med att samlas utifrån coronaepidemin.

### **Instrument och procedur**

Inför intervjuerna formulerades en intervjuguide (bilaga 2) som stöd för intervjun. En intervjuguide kan innehålla teman och ämnen som intervjuaren ska täcka av eller mera detaljerade frågor (Kvale & Brinkman, 2011). Den semistrukturerade intervjun kräver en balans för forskaren att hitta rätt mellan att styra intervjun, att utforska forskningsfrågorna och samtidigt ge deltagaren möjlighet att prata öppet (Willig, 2001). Samtliga intervjuer spelades in via Röstmemon på mobiltelefon, vilket samtliga deltagare gett sitt tillstånd till. Två provintervjuer gjordes för att testa frågeformuläret, få feedback från respondenten samt att



skaffa en uppfattning om tidsåtgången för själva intervjun. Initialt trodde vi att den skulle ta en timme i anspråk. En fråga lades till kring självomhändertagande under samtalet redan vid första intervjun. I snitt tog intervjun cirka 30 minuter men varierade från 23 minuter upp mot 39 minuter. Vid de två första provintervjuerna fick deltagarna tillgång till frågeformuläret i förväg. Före den första intervjun skickades intervjuguiden ut på förhand. Respondenten lämnade feedback om att hen hade föredragit att inte veta frågorna på förhand. Därför ändrades detta till att kort informera om att intervjuerna handlade om erfarenheter kring hur man medvetet använder sig av kroppen i samtalet (bilaga 1.). Löpande under intervjuperioden efterfrågade vi feedback och reflektioner kring vad intervjun väckte. Några var mer nyfikna och ville veta mer innan intervjun. En del ville veta mer om syftet med intervjun. Vi valde att konsekvent svara kortfattat och så konkret som möjligt, för att fortsättningsvis kunna arbeta mer förutsättningslöst. Alla intervjuer gjordes gemensamt förutom en som genomfördes med bara en intervjuare. En av oss hade huvudfokus på att samtliga frågor utifrån frågeformuläret ställdes och svarades på medan den andre ställde mera fördjupade eller förtydligande frågorna.

### **Databearbetning**

Först lyssnades samtliga intervjuer igenom och vi fångade upp det som var intressant och relevant i förhållande till studiens syfte och kodade detta. Intension var att lyssna med det tredje örat (Reik, 1948). Vi valde var och en ut två intervjuer. Från dessa intervjuer utskildes olika teman. Andra steget innefattade en andra genomlyssning där samtliga uttalanden som bedömdes viktiga i förhållande till syftet nedtecknades och kodades. Dessa olika svar kodades utifrån innehållet där varje kod utgjorde en kortfattad beskrivning av vad de olika svaren handlade om. Tredje steget var att organisera materialet utifrån olika teman och undersöka relationer mellan dem för att se om de tillsammans bildade ytterligare teman. Braun och Clarkes (2006) rekommendation att ta med så många potentiella teman som möjligt följdes. För oss har det under processen växlat mellan som mest tio till slutgiltigt fem olika teman. Efter flera egna och gemensamma genomlyssningar har ytterligare koder för teman framträtt tydligare. Med intervjuguiden som grund sökte vi teman, undergrupperingar och sammanhang mellan de olika svaren. Under processen har vi lyssnat och lagt till koder som sedan ändrats allteftersom materialitet blivit tydligare. Utifrån koderna bildades till en början sex olika teman som utvecklades till ytterligare fyra teman. Ju mer vi lyssnat på intervjuerna har vi tydligare hört nyanser i de olika svaren. Fjärde steget var att granska respektive tema för att se

om de samlade svaren under varje tema bildade ett sammanhållet mönster. Ytterligare en genomlysning genomfördes med avsikten att undersöka hur väl respektive tema fungerade i relation till helheten. Det kompletterades med övriga svar som missats i de tidigare genomlysningarna. Efter detta steg togs några teman bort för att istället slås ihop. Temana valdes med tanke på att de bedömdes relevanta utifrån syftet med studien. Varje tema som bildade ett meningsfullt sammanhållet mönster särskilde sig från övriga teman och fångade viktiga aspekter i förhållande till materialet som helhet. Därefter lyssnades intervjuerna igen igen för att se om samtliga utsagor som berörde teman ytterligare behövde kompletteras. Ett femte steg granskade teman igen och resulterade i att två olika teman slogs ihop. Istället skapades olika nivåer för att tydliggöra hur svaren skiljes åt så väl som förenades och hörde ihop. Varje tema granskades i syfte att säkerhetsställa att det var tillräckligt specifikt. Slutligen sammanställdes en detaljerad analys med medföljande citat. I vissa fall har små justeringar av citaten genomförts för att bibehålla deltagarnas anonymitet och öka läsbarheten. Inga förändringar har dock påverkat innebörden i utsagorna.

## **Resultat**

Utifrån dataanalysen identifierades fem teman. Inom några teman hittade författarna svar som beskrivs utifrån olika nivåer. Dessa tema och nivåer plockades ut utifrån de tio intervjuerna om informanternas relation till kroppen i sina arbeten som psykoterapeuter och utgör resultatet av studien. Varje tema presenteras med citat från respondenterna och citaten är kursiverade. Författarna använder sig av begrepp som ”samtliga” eller ”några av” för att belysa det som skiljer informanternas svar åt respektive det som visar på liknande svar.

### **Tema 1. Jag, du och vi?**

Det centrala och mest framträdande i studien, som genomsyrar samtliga svar, är hur respondenten uppfattar att de medvetet har med kroppen i samtalet. Det innefattar tre perspektiv, den egna kroppen, patientens kropp och föreställningen att det är två kroppar i rummet som möts och kommunicerar. Finns det ett omedvetet synsätt som gör att respondenterna ser kroppen och huvud som åtskilda, som separata arbetsverktyg, både den egna kroppen och patientens kropp? Detta kan präglar hur respondenterna lyssnar och varifrån de lyssnar. Om de lyssnar med hela sig själv, om de kan använda materialet eller om de lyssnar mer med huvud och öron. Som en naturlig följd påverkar det om psykoterapeuten använder vad hen lyssnat in och ställer följdfrågor kring vad som sker just nu i kroppen. Alltså utifrån vilken grad psykoterapeuterna använder sig av det som förmedlas här och nu.

Fyra av de tio deltagarna berör alla tre perspektiven. Två av deltagarna är mer uttryckliga och är medvetna om betydelsen av att arbeta med det som sker här och nu. Detta är ett exempel på att psykoterapeuten är medveten om alla tre perspektiven:

Jag tänker ju att känslor sitter i kroppen och eftersom jag jobbar jättemycket med känslor så är kroppen oerhört viktig att ha med. För om jag sitter och är spänd på nått sätt, så säger ju det något om det samtalet jag är i och typ vad det gör med mig. Så om jag har axlarna uppe vid öronen så är det ju ett observandum och också att frågar dem som är här: hur känns det i din kropp just nu, och var sitter den känslan i kroppen...det blir ett annat fokus och en annan möjlighet i samtalet. Så kroppen är med.

Vid dataanalysen framkom olika nivåer kring hur respondenterna tolkar betydelsen av frågan, om det som händer i kroppen är en betydelsefull information som de använder sig av i samtalet. I detta tema fann författarna sex nivåer. Nivåerna visar på bredden av medvetenhet kring att ha med sig kroppen i samtalet. *En nivå* handlar om att observera kroppen men inte använda det i samtal med patienten. En respondent svarar att de märker hur de som psykoterapeut och patient speglar varandra och att det sker en icke-verbal kommunikation:

Nej, alltså inte en uppsättning tankar så där som jag kan leverera så där, det har jag inte. Men jag tror nog att jag... tänker rätt mycket, en väldigt banal grej, att man plötsligt sitter likadant, att man har samma gest eller att man sitter med benen likadant eller har handen likadant som patienten, var det han eller jag som började eller hon eller jag eller sen tänker jag rätt ofta på mina egna reaktioner, men inte så att jag egentligen har kunnat jobba på ett djupare sätt med det

Det finns en observation om att något händer i den egna kroppen, men respondenten använder inte det i samtalet med patienten. I motsats till detta svarar fyra respondenter att de arbetar med alla tre perspektiven. De lyssnar både på sin egen kropp, patientens kropp och det som sker i mötet, samt ser detta som odelbart. Samtalet formas av alla tre perspektiven, att det är två kroppar i rummet som möts. De utgår i sitt lyssnande mera utifrån ett bottom-up perspektiv. Att arbeta mer utifrån ett relationellt triadiskt arbetssätt och använda det i samtalet blir i detta exempel tydligt:

Alltså för mig är det spegling. Det går inte att sitta i samtalet utan att förstå att det sker en kommunikation via kroppen, min kropp, patientens kropp, överföring...att tro att kroppen kan sitta kvar i väntrummet och komma in med bara huvudet...hela kroppen är ett sätt att uttrycka, nervsystem, minnen, det finns dofter, det är mycket som händer

i rummet, när man kommer nära en annan människa...utan det så sker det inget möte....kanske låter brutalt...att tänka att jag bara kan sitta här i min bubbla och observera något som sker där och någon som vill ha kommunikation... då sitter jag i min bubbla och en annan med anknytningssystemet som är aktiverat och försöker ta sig in och jag är otillgänglig...för mig är det något annat...det är inte terapi...utan min kropp ingen terapi

*En annan nivå* är exteroceptiv och interoceptiv uppmärksamhet kring kroppen i samtalet. Fyra av respondenterna svarar exteroceptivt på frågan hur de uppfattar den egna kroppen och några refererar till kroppsspråk och till det yttre. På frågan hur de använder sig av kroppen i samtalet svarar fem av respondenterna utifrån att det gällde patienten och exkluderar sin egen kropp från frågan. Nedan är ett exempel på exteroceptiv uppmärksamhet:

jag kan stanna patienten vid när hon eller han uttrycker något med händerna, eller med rösten, ibland har det hänt att patienten pratar om ena föräldern och förställer rösten...så då kan jag ibland stanna dem, och höra liksom, vad är det som händer? Jag märker att du liksom ändrar tonläge eller så när du pratar...nej men kroppsspråket säger ju verkligen någonting

Fyra svarar utifrån både ett exteroceptiv och interoceptivt perspektiv, det inre och det yttre hänger ihop och skapar en helhet. Om psykoterapeuten upplever att något sker i den egna kroppen eller patientens kropp och kan urskilja detta kan hen göra medvetna val. Om medvetenheten saknas begränsas psykoterapeutens valmöjligheter. Fyra av respondenterna som har med sig alla tre perspektiven kring kroppen, ser på kroppen som ett kommunikationsmedel. Två av respondenterna som använder alla tre perspektiven svarar att kroppen har en självklar del i samtalet. De berättar att de lyssnar på sin egen, så väl som patientens kropp och har en medvetenhet om detta under samtalet:

väldigt mycket som sker mellan två människor sker via kroppen, speciellt om det är tidiga problem eftersom hjärnan inte är riktigt utvecklad förrän vi är 25, så sitter ju allt i kroppen, blir väldigt tydligt, även när vi är äldre sitter det kvar i kroppen...kroppen är ett sätt att kommunicera med mig undermedvetet men också kanske tidiga sätt att försvara mig mot den som inte ger mig vad jag behöver. Jag läser kroppen hela tiden...jobbar och speglar mycket, sker intuitivt, tonar in mig...spegla...via kroppen och kognitivt, att jobba bottom-up passar mig bättre...än att jobba top-down. Jag

jobbar hellre via kroppen och att vi tolkar det via vår kognitiva förmåga och sedan ner...mentaliserings...väldigt fysiskt.

*En tredje nivå* handlade om respondenternas nyfikenhet att utforska det som händer i den egna kroppen och i rummet. Fem av deltagarna uttrycker explicit nyfikenhet. Ett exempel där respondenten har en medveten intention och vill förmedla delaktighet samt visar nyfikenhet med hjälp av kroppen är: "Jag tänker nyfikenhet, alltså nyfikenhet förhållningssätt, då försöker jag alltså inte bara med ord utan även med kroppen...alltså visa intresse och ta fram stolen så här. För att visa att man verkligen är med"

Fem av deltagarna uttrycker inte explicit nyfikenhet att utforska det som händer i den egna kroppen och i rummet. De uttrycker engagemang för patienterna men det saknas en förståelse för hur psykoterapeuternas kroppsliga närvaro påverkar mötet. Detta är ett exempel på omedvetenhet om den egna kroppens betydelse i samtalet:

om jag tänker på min egen kropp (skratt)... så är det nog så att då skulle jag nog kunna förbereda mig bättre. Att jag för ofta går liksom lite för ofreflekterat in, bästa gångerna är ju att hinna landa i sig själv, (andas) hinna liksom registrera var jag är inom mig, innan jag går in i ett möte. Det är ju för sällan tänker jag som jag gör det (suck). Mer under samtalet, för ofta så tycker jag ju att det känns liksom i magen när man närmar sig något som är svårt...usch har här ju är något svårt, det här är något jag vill undvika...

*En fjärde nivå* är överföring och motöverföring. Framför allt inom den psykodynamiska traditionen används begreppen. Samtliga tio respondenter märker att något sker i den egna kroppen. Fyra av respondenterna reflekterar över det intellektuellt kopplat till motöverföring och överföring med utgångspunkt från patienten. De vill säga har ett fokus på vad som händer i patienten, den andre:

Jag tänker ju att jag använder ju kroppen, det är ju mer så där, inte så att nu tänker jag att jag ska, utan det är ju mer att jag upptäcker att oj! Nu känns det så här liksom, det känns någonting, då tänker jag överföring och motöverföring...jag uppmärksammar en känsla som sitter i kroppen...bröstet, här framför allt och det kan ju vara i magen också, när det är något väldigt jobbigt skulle jag nog säga som känns liksom, som nåt jag inte riktigt får fatt i...Vi använder kroppen mer än vad jag tänker på. Det är ju ett jätteviktigt redskap

*En femte nivå* är ovana att arbeta med det som sker här och nu i kroppen. Att notera att något sker men inte använda sig av det som förmedlas genom kroppen i samtalet beror på att respondenten inte vet hur de ska göra med det som förmedlas.

Det har hänt att det pratats från två magar...och då har man kunnat konstatera det... eller och kanske göra något med det eller...leka med det lite på något sätt... men annars har jag inte explicit pratat om det. Har mest tänkt på det som information till mig, egentligen eller jag tror det. Men det kanske mest handlar om att jag inte är så van att jobba på det sättet tydligt och explicit...Ovana. Är min första reflektion...men jag reflekterar ibland över att jag har en orolig mage till exempel...ibland är den mer orolig än annars. Och det är inte alltid att jag känner att det är av en anledning som är min...jag tänker att den kanske säger mig något.

Sex personer i studien svarar att de upplever något inifrån den egna kroppen men att de inte riktigt vet hur ska de ska använda det de lyssnat in eller hur de ska förhålla sig till informationen. Med en uppdelad syn, att svara enbart utifrån vad psykoterapeuten tänker kring patienten, finns en risk att missa det som händer i den egna kroppen, att det inte är viktig information eller att det inte har med psykoterapin att göra. Det blir två huvud som möts, eller ett huvud och en kropp, och gör att psykoterapeutens sätt att arbeta och lyssna sker mer top-down. Det inverkar på värdet av att lyssna in kroppen och nyfikenhet på vad som händer inom en själv i samtalet. *En sjätte nivå* handlade om hur respondenterna, via kroppen reglerar sig själva under samtalet, emotionsreglering. Fyra av deltagarna som medvetet använde kroppen och de tre perspektiven i rummet kan till exempel föra en inre dialog med sig själv under samtalet:

...många gånger så försöker jag ju tänka också hur jag andas...ibland under samtalet att man blir uppspelt eller att det kan vara nåt hemskt som berättas och då kan man ju, asså nästa som att eh... och då tänker jag på att andas...(säger till sig själv) nu börjar jag andas för fort, kom ner nu i samtalet...jag reglerar mig själv, asså om du frågar vad som händer inom mig. Men för mig, så kan jag själv ha terapi med mig själv under tiden.

I studien undersöks respondenternas uppfattning kring om det har en inverkan på tilliten i rummet om psykoterapeuten är fysiskt och emotionellt närvarande. Hälften av respondenterna ger inget tydligt svar på frågan. En respondent tar upp perspektivet att

använda sin egen kropp för att på så sätt påverka känslan av att stanna kvar i rummet, att kontakten med den egna kroppen ökar den fysiska närvaron:

Det här att komma till en terapeut är nog väldigt nervöst, asså jag tänker att man sitter en bit ovanför stolen som patienten eller klient ganska länge. Så det här att få lov att liksom landa i klientstolen och känna kroppen, inte behöva sitta ovanpå utan på nått sätt kroppsligt bli medveten om var man är, tror jag påverkar tryggheten, så det skulle man faktiskt kunna jobba mer med än vad gör också. Men när vi väl pratar om kroppen och hur det känns att sitta och så, så tycker jag att det blir som egentligen att klienterna blir lite tyngre och kan släppa lite på det avvaktande. Man får lov att finnas.

## **Tema 2. Kroppen som maskin eller instrument?**

I undersökningen framkommer att respondenterna sitter med en mängd oreflekterat material och frågan är om detta i förlängningen kan påverka risken för empatitrötthet? I studien undersöks hur psykoterapeuterna känner sig efter ett samtal, en arbetsdag eller efter en arbetsvecka. Samtliga av de tio respondenternas svar betonar att det beror på hur samtalet/samtalen under en dag varit. I studien svarar samtliga att de kan påverkas positivt av mötet. De flesta uttrycker att de kan känna sig energifyllda med en tillfredsställelse om samtalen går bra. Resultatet påverkar hur psykoterapeuten känner det i sin egen kropp. En av respondenterna svarade på följande vis: ”det finns vissa patienter som fyller en med energi, man är piggare när de går härifrån asså än från början (skratt) så då kan man ju känna, om man tänker kroppen, så kan man känna sig energifylld”

En annan respondent svarade på liknande sätt:

Det beror på hur många man haft och hur stressad jag är den dagen...Jag känner mig nog ofta hyfsat upplivad liksom av själva samtalen ja själva mötet alltså, ja nästan alltid, ja...jag vaknar till liv och blir engagerande och så i stunden. Samtalet livar upp mig.

På den negativa sidan av hur psykoterapeuterna känner sig efter ett samtal, en arbetsdag eller efter en arbetsvecka finns tankar kring oro för patienterna och det psykoterapeutiska arbetet. Om patientarbetet inte gått så bra finns det en risk att psykoterapeuten blir självkritisk. Det kan i sin tur ha en påverkan utifrån risken för empatitrötthet, som författarna behandlar i ett tema längre fram. Sex av deltagarna svarar att det beror på hur många patienter de har träffat under en arbetsdag eller arbetsvecka samt om de hinner känna efter:

...jag känner mig förstås väldigt olika...oftast så hinner jag inte känna efter så mycket...ofta går det snabbt att ta in nästa patient och hoppa in i det. Det flyter på liksom, men för det mesta så har jag ingen oro eller olust efter samtalet...utan att vi har ett arbete som pågår, som tar sin tid liksom och som vi jobbar med liksom, någon annan gång när det skaver i terapirelationen så känner man sig, ja, lite påverkad och kan förlora lite sömnrö för att man har så höga ambitioner i arbetet.

Fyra svarar specifikt att de känner sig trötta efteråt och gör en koppling till vilken patient de har haft samtal med. Någon svarar mycket tydligt och generellt att arbetet tar på krafterna och innebär en ansträngning:

Jag känner mig ofta trött, urlakad...men också väldigt nöjd ...när det är bra samspel och det händer saker och ting och det är lustfyllt...jag är inte så sugen på att träffa folk efter en arbetsdag...igår efter samtalet kände jag mig trött, förvirrad, patienten var nästan gränspsykotiskt, det var väldigt rörigt, då var jag helt förvirrad och trött...

En annan respondent svarar på liknande vis: ”jag är trött, alltså det är tröttande, om jag inte är noga med mig själv så att säga, det kan ta på krafterna, ja trött, trött i huvudet liksom”

En av respondenterna tar in hela spektrat från att se det som ett arbete, där de kan glädjas över framsteg i det psykoterapeutiska mötet, till att de även påverkas och hur starkt de reagerar på mötet med patienterna:

Ibland kan jag känna ja, men det här är ett jobb, liksom så ja, det var det samtalet, ibland är jag jätte jättepåverkad och inte kan släppa det alls, det är ju olika, ibland så kan man känna sig stärkt, liksom positivt, alltså på olika sätt. Ibland känner man sig helt uttömd och förvirrad, konfunderad om vad var det här egentligen handlar om, och vad var det som hände liksom som hände...ibland är jag jättetrött, ibland helt okej.

Två av informanterna som har lång erfarenhet lyfter upp vad det innebär att under många år bära patientberättelser. Båda svarar utifrån perspektivet hållande och kroppen som container fast på olika sätt. Den första respondenten svarar utifrån att enbart vara mottagare medan det andra svaret vittnar om att respondenten har med sig alla tre perspektiven på kroppen, att vara mottagare och att utforska och använda det psykoterapeutiskt i samtalet beskriver en av dem:

...kan ju vara trött och känna vad håller jag på med för någonting...har jobbat så många år, det här att härbärgera...också att få förtroendet från andra människor att kunna dela, det är...att göra det på ett respektfullt sätt...det krävs ju...det gör ju att jag



går in i nånting innan jag träffar patienten för att kunna liksom vara så öppen som möjligt för vad han/hon försöker förmedla till mig, det behöver inte vara med ord utan kan vara med gester...

Och en annan informant upplever det på följande vis:

Jag tror att man blir väldigt påverkad av dem man möter...väldigt olika...jag är tröttare nu än för tio år sedan...dels så tänker jag åldern...träffar så många människor och ta del av så många berättelser, som det ju blir, det fylls ju på år, efter år...jag har ju gjort detta i många år och ibland kanske det blir för mycket, av att bära många berättelser och kanske vissa typer av berättelser att man har fått nog (skatt) men jag tänker att man får vara rädd om sig i vårt jobb, minska ner lite när man känner så.

I undersökningen framkom det tydligt att samtliga respondenter är känsliga och upplever i kroppen både fysiskt och emotionellt. Det som skiljer dem är att en del respondenter använder vad de upplever och kommunicerar detta, medan några blir passivt mottagande av det som tas emot.

### **Tema 3. Självomhändertagande – självmedkänsla nu eller sen?**

Utifrån temat självomhändertagande svarar samtliga tio deltagare att de skulle vilja vara bättre på att ta hand om sig själva. De svarar att de skulle kunna göra mera för sitt självomhändertagande. Utifrån om psykoterapeuten har ett förhållningssätt som utgår från de tre perspektiven, speglar hur hen har möjlighet till självomhändertagande. Under detta tema fann vi två nivåer. *En nivå* är om man som psykoterapeut huvudsakligen har ett exteroceptivt självomhändertagande. Respondenterna ger olika svar på självomhändertagande. Om det är något man gör innan samtalet eller efteråt, på sin fritid eller mellan samtalen, kan se ut så här:

...att ta fasta på sina behov och känslor liksom som i nuläget kan vara promenaderna eller små trivsamtigheter med lunch med kollegor, det fysiska, att se till att cykla till jobbet, att försöka må bra kroppsligt, att äta så man mår bra...helst så hade man ju velat ha det lite mindre stressigt...samtidigt så men om man har en bra fritid och återhämtar sig så klarar man ju ett ganska stressigt arbete.

Nio av respondenterna tar upp att förhållningssättet till självomhändertagande kan ske mellan samtalen. Det kan vara att gå ut ur mottagningsrummet eller ta en paus mellan samtalen genom att lägga sig på golvet, för att återhämta sig:

...jag tänker att jag kanske inte gör det så himla mycket eller tillräckligt mycket. Jag försöker sova, jag brukar sova 20 minuter på lunchen. Jag har en filt som jag slänger

ut på golvet, och så lägger jag mig ner och så har jag en sån där app med nån som pratar väldigt sövande (skratt) och sen när han slutar prata så vaknar jag efter 20 minuter...så det är ju väldigt bra, det är någon slags självhypnos...det är stor skillnad jag blir mycket mer grötigare i huvudet när jag inte har gjort det...det här att va i nått annat än samtalen och mala runt i dom tänker jag är ett sätt att ta hand om sig själv.

Förhållningssättet till självomhändertagande kan även vara som i detta exempel, en ställtid mellan samtalen:

...jag försöker tänka som en handledare sa som jag tycker var rätt...Även om organisationen är dysfunktionell så behöver du inte vara dysfunktionell. Du kan vara funktionell i ditt rum och kung i ditt rum. Så jag försöker väl vara kung i mitt rum...och bestämma de här tiderna så ofta jag kan men det är inte alltid lätt... ibland kör man över sig själv likt förbaskat. Jag tänker som Bodil Jönsson, ställtid... alltså för knoppen och kroppen... ställtiden är viktig och det är ingen som tackar dig för om du inte ger dig ställtid... Du får ta den tiden helt enkelt...

*En annan nivå* på temat självomhändertagande kan ske under samtalet. I undersökningen framkommer ett interoceptivt självomhändertagande då psykoterapeuten genom att lyssna inåt möter vad som är aktiverat inombords. I detta exempel beskriver respondenten hur hen använder sig av andningen, lägger märke till kroppsliga förnimmelser och en annan respondent reglerar sig genom att prata till sig själv:

Jag tror att jag nog är uppmärksam både på min och den andres andning och kanske kan fråga just det här...hur är din andning just nu och på det sättet komma åt känslor och oftast är andningen väldigt grund och att man pratar om vad det handlar om och vad som finns där och vad som skulle hända om andningen kom längre ner i kroppen.

Med en ökad medvetenhet kan psykoterapeuten ta hand sig själv både interoceptivt och extroceptivt, både nu och sen. Andningen är alltid här och nu, alltid tillgänglig och ett sätt att komma tillbaka till kroppen och här och nu. Psykoterapeuten som reglerar sig själv, hjälper således patienten att reglera sig själv och man möts mer här och nu. Jag och du möts i ett vi. Fem av respondenterna svarar att de är medvetna om andningen, använder sig av den i arbetet och tänker aktivt på hur de eller patienten andas:

...ibland när jag sitter med en patient eller så...kan jag bara fråga (till mig själv) Hur känns tårna?... om jag känner att jag inte är här i rummet...Om jag har haft några

jobbiga möten...alltså att ja inte fått någon ställtid som jag behöver...där har jag mycket nytta...hur känns stortån...innan jag landar...

#### **Tema 4. Risken för empatitrötthet och erfarenhet av sjukskrivning**

Fyra av respondenterna berättar att det varit sjukskrivna för utmattning, en är för närvarande sjukskriven, tre svarar att de varit i riskzonen för empatitrötthet och en svarar lindrigare i riskzonen. Endast två svarar att de inte upplevt sig vara i riskzonen för att bli sjukskrivna.

Sex av respondenterna talar om att uppmärksamma och uppfatta kroppens signaler som skyddande för att motverka empatitrötthet. Flera av respondenterna tar upp att känsligheten för att uppmärksamma behovet av återhämtning har räddat dem från sjukskrivningar och empatitrötthet:

...jag var aldrig sjukskriven men när jag var i 35 års åldern och hade småbarn, och skilde mig, och hade det jobbigt...sov dålig... då var jag väldigt nära utmattning... men det var också då jag började tänka på meditation, och så småningom mindfulness och naturen har alltid varit viktig...och promenader som jag upptäckte vikten av då...när man väl har varit där en gång...kan man ju känna av att det finns det hela tiden, en sårbarhet som gör sig påmind.

Två av respondenterna tar upp att de först tar kroppen signaler på allvar när kroppen signalerar högt exempelvis med stress, ångest och smärta. En av respondenterna tar upp att hen tidigare kunde blir sjuk:

Att säga nej? inte som jag medvetet har tänkt på... mer än att jag ju såklart är uppmärksam på om jag får tinnitus... eller andra somatiska symptom, eller glömmer saker och ting, jag då vet jag att det är stopp och belägg...Vilar... alltså det går ju inte att sätta igång ett träningsprogram utan det är vila... och energin, det är som att dra ut en kontakt, det är inte så att bara lite till, bara lite till... men det ju så när det var som värst... jag kan känna igen signalerna så... sover dåligt. ...

Exempel på motsatsen är respondenten som kör över dessa signaler. Respondent känner att smärtan i kroppen är så stark att hen stänger av och undviker att känna efter i den egna kroppen:

Jag tror jag gör på flera sätt som jag inte skulle rekommendera faktiskt i och med att jag har problem med smärta och har haft länge och att jag är överrörlig ...jag tror att jag faktiskt tvärtom vad jag skulle rekommendera har gjort så mycket genom åren

att jag försöker undvika att känna in kroppen för mycket för att jag kan inte, vet inte hur jag ska göra då... det gör ont i kroppen... jag är trött i kroppen, det blir så att jag har känt att jag har blivit tvungen att stänga ner och ignorera snarare än att känna in... Det är jobbigt och jag blir stressad och jag tillåter mig sällan att vara där i kroppen...

En förklaring till att några av respondenterna svarar att de undviker att lyssna på och ha med den egna kroppen beror på att de känner av egen fysisk smärta. Det finns en oro för att själv ta fokus från den man möter. Fyra av deltagarna tar upp att de emellanåt besvärar av smärta i den egna kroppen och hur de förhåller sig till detta i samtalet: ”Man kanske har ont någon gång någonstans, men att man kanske ändå försöker, men nu måste jag försöka fokusera på patienten, ibland har jag problem med höften och så och men då måste jag ju ändå tillbaka till patienten”

I undersökningen framkom att respondenterna inte har något specifikt förhållningssätt till hur de hanterar smärta i den egna kroppen i det psykoteraeutiska arbetet förutom att undvika att känna den. Att vara lyhörd för sina gränser och inte vara duktig tas upp som exempel för att motverka empatitrötthet. I undersökningen tar sju av respondenterna upp att det finns en generell fara med att boka in för många patienter. Varken patienten eller psykoteraeuten gagnas:

Jag är mycket bättre på att sätta gränser. Bättre på att inte ta emot för många patienter. Att inte vara så jävla duktig... sluta vara duktig... det jag har lärt mig är att patienterna har ju ingen nytta av mig om jag inte är där, då är det ju bättre att jag är där, men kanske inte tar varenda patient och träffar och ska vara duktig. Patienten har ingen nytta av att jag är duktig...

En annan av respondenterna tar själv upp det holistiska perspektivet att kroppen är utgångspunkt samt påtalar att det kan ha en viktig och skyddande faktor:

Det har med helheten att göra, för mig så går inte kropp och själ att dela upp...utan när man tänker holistiskt så tänker jag att allt djupare tänkande liksom har en kroppslig grund...så att de som bara tänker från huvudet är ju förstås i en riskzon för allt möjligt liksom. Men kan man ha ett mer tänkande som hela tiden har kroppen som resonansbotten liksom, så tänker jag att man är mycket, mycket stabilare och tryggare och inte i risk för...så för mig...den här uppdelningen av kropp och själ för mig, det finns ju inte...det är bara då det blir bra när vi kan fungera som hela människor liksom...

I undersökningen svarar samtliga respondenterna att de inte fått någon praktisk eller teoretisk vägledning om hur man förebygger empatitrötthet och vikten av återhämtning.

### **Tema 5. Huvud, kropp och själ, helhet eller delar?**

Utifrån undersökningen om kroppen finns med under utbildningen till psykoterapeut svarar åtta uttalat att det är ett perspektiv de saknat. I undersökningen svarar samtliga respondenter att de under utbildningen till psykoterapeut inte fått lära sig något specifikt kring att ha med sig kroppen på ett medvetet sätt i det psykoterapeutiska arbetet. Fyra svarar att de inte explicit kan svara på vad de saknat.

... ja, asså jag vet ju inte vad jag inte vet (skratt) på nåt sätt så...kroppen är en viktig del och jag tror att om man hade blivit tränad från början kanske frågat mer, istället för att bara fråga: vad tänkte du nu och lite senare vad känner du nu och liksom lite senare och var sitter det och hur känner du i kroppen efter det här liksom...annars tycker jag inte att man är så mycket i kroppen...men det är mer fokus på patienten snarare än kanske fokus på oss som behandlare.

Några tar upp föreläsningar om affektteori där kroppens betydelse lyfts fram. Fyra av deltagarna beskriver att kroppen och kroppensreaktioner kommit in i handledningssammanhang under utbildningen och att det har gjort överföring och motöverföringsbegrepp mer konkreta. En respondent tar upp att hen genom en kursares praktiska upplevelse via kroppen under ett handledningstillfälle förstått överföring och motöverföringsbegreppet tydligare:

Jag vet att jag hade en kursare som berättade att de hade en handledare som liksom bara grep tag i dem så, jag blev så fascinerad och har funderat på det ibland...de kunde sitta i handledning och så la han handen på någon och sa: känner ni nu liksom?... det var så som han beskrev det...att det var hjälpsamt, handfast hjälp med detta, för det där är ju rätt så, tycker jag i alla fall, rätt så abstrakt det här med överföring och motöverföring...men det kan också bli väldigt konkret...

Respondenten reflekterar själv över ett ensidigt intellektuellt perspektiv, att det varit mycket reflektion och tankar men kanske inte så mycket kropp:

...jag kan nog känna under både utbildningen och annan handledning som jag har nu och haft tidigare, så har det absolut varit möjligt att prata om liksom... att man plötsligt har kommit på att man får så himla ont i ryggen och aldrig brukar ha ont i ryggen annars och så har man tänkt kring det... det var väl inte så mycket av det på

utbildningen, sen har jag efteråt letat lite mer eller intresserat mig mer, det är ovana jag är inte så van att jobba så mycket med kroppen. Det är väldigt mycket huvud...tankar.

En informant ger tydligare uttryck att det i handledningssammanhang handlat mera om dem själva, psykoterapeutens kropp och inte så mycket om vad som händer i mötet med patienten:

...det känns inte som att det lyfts ur sitt sammanhang så att jag har haft lektioner eller föreläsningar specifikt på nånting kring kroppen...när vi hade grupphandledning så var det ju också fokus på ens egna reaktioner, för att försöka förstå vad är det som händer i rummet vad gällde handledningen var det mer fokus på ens egna grejer för att försöka förstå...

Flera av respondenterna tar upp att handledningen handlat mest om patienten, den andre och då främst tankar och känslor, men inte så mycket om kroppen. Detta är ett exempel på hur kroppen inte lyfts upp i handledningssituationen:

...vad händer med oss och att vi ska prata om det i handledningen om jag tänker efter, hände det nåt med mig här och vad kände jag och så där. Men det är inte så jättemycket prat om det: Hur kändes det i kroppen? Det är ju mer vad tänkte jag, vad kände jag? Men inte vad kände jag fysiskt liksom...

Sex av respondenterna har på egen hand innan eller efter sin utbildning gått kurser i mindfulness. Fyra av respondenterna som lärt sig mindfulness under utbildningen har med det mer som en teknik att använda på patienten. De skulle önskat mer integrering och hur man använder det som sker i både psykoterapeutens samt patientens kropp. Två av respondenterna som har ett mer uttalat helhetsperspektiv på sitt arbete som psykoterapeut kan tydligare uttrycka vad de saknat under utbildningen:

Lyssna på den egna kroppen? Nej det skulle jag inte säga. Inte formellt, däremot har jag sett till att komplettera med det på egen hand. Jag fick lite av det i teorin så jag såg till att komplettera med det...det vi lär oss i KBT är ju mycket kring panikångest...

En av respondenterna tar upp helhetsgreppet, att se kroppen som en viktig del av helheten. Respondenten föreslår att psykoterapeuter skulle behöva öva sig på att verbalisera och beskriva känslor och var i kroppen de upplevs:

...inte under mina psykoterapiutbildningar, inte alls och det är ju synd. Utan det är ju mer i mina mindfulness utbildningar...det har ju gjort mig mycket mer medveten om

kroppens betydelse i jobbet. Jag hade ju uppskattat om man hade sett kroppen som en del av människan (skratt) att den finns med som en viktig del och inte bara som nåt som bär runt på oss... tror att vi oftast är ovana att sätta ord på kroppen och att ha fokus på kroppen, att vi har så mycket fokus på knoppen. Jag tänker det här med att träna upp ord och att sätta ord på kroppen och känna igen det, det hade jag uppskattat jättemycket... benämna kroppen och att kroppen få lov att kännas... att det inte bara tänkts, utan att det känns också i terapier.

I undersökningen har författarna ställ frågan kring vad psykoterapeuterna skulle velat lära sig. Samtliga svarar att det huvudsakligen är fokus på tankar och känslor i handledningssituationen och att helhetsperspektivet, terapeutens kropp, patientens kropp och mötet dem emellan saknas. Några tar upp att det varit mer fokus på patienten än psykoterapeuten och att de önskat mer fokus på psykoterapeuten:

...att man blir mer tränad på det... jag har inte tänkt på det förrän nu när ni ställer frågan men ja absolut kunde man haft det mer under utbildningen... man skulle kunna ha undervisningsmoment i det, föreläsning kring hur man som terapeut ... terapeutens kropp och så liksom (skratt) vad som händer och hur man tar hand om sig...

Flera nämner att MBSR och MSC skulle vara ett bra och viktigt inslag i psykoterapeututbildningen. Detta är ett exempel på hur psykoterapeuterna skulle kunna öva sig på självomhändertagande för att förebygga sjukskrivningar:

Då skulle jag föreslå att man tar in Mindfulness och Mindful Self-Compassion för PDT, att man hade haft en del i det att man föreläst om detta, hur att ta hand om mig själv. Tyvärr är man väldigt dålig på det... ser det runt om mig ofta, kollegor som är sjukskrivna. Jag önskar att man tagit in Mindfulness och Self-Compassion. Jag vet att det hade varit väldigt bra... man kan gå väldigt länge med utmattningssyndrom när man är psykoterapeut vilket är väldigt tokigt...

En av informanterna ger ett tydligt svar på uppdelningen mellan kropp och huvud som blivit allt tydligare ju mer arbetslivserfarenhet hen fått och reflekterar tillbaka på vad hen lärt sig under utbildningen:

...det är smärta, är mycket autoimmuna sjukdomar, det är mycket magont och det är mycket, mycket som sitter i kroppen och det är liksom frapperande då kan jag tänka att man är så indelad på nåt sätt. Att man pratar om kroppen eller så pratar man om själen men det hänger ju så klart ihop alltihopa.

För att förstå och integrera måste man praktiskt uppleva och öva. Respondenternas svar pekar på att mycket innehållet i utbildningen är separerad från helhetsperspektivet. Den teoretiska undervisningen integreras inte i tillräckligt hög grad praktiskt. Vilket en av respondenterna ger uttryck för på följande vis:

...jag tänker ju att man skulle ta in mycket mer av det i utbildningen också faktiskt, för hjärnan är ju en del av kroppen eh, och hur mycket man än jobbar med allt som sitter upp i huvudet så känner ju jag för min egen del, till exempel att det att det spelar ju ingen roll för jag har ju utbildat ihjäl mig och jag har ändå ont i kroppen och trött i kroppen liksom, så jag kan ju gå på hur många kurser som helst jag kan göra sånt och träna, såna saker men om kroppen inte riktigt mår bra så blir det ju inte helt bra helt ut.

En annan respondents svar pekar i samma riktning:

Jag tänker att det finns jättemycket att lära...Jag tror det blir som allra bäst när vi liksom jobbar både bottom-up från kroppen liksom och top-down från informationsprocessen att man kan ha båda liksom som informationskällor. I de bästa av världar så hade det varit så. Mycket av det vi gör som verbala terapeuter hade säkert kunnat bli mycket, mycket bättre om vi kunde alternera det med kroppsrelaterade övningar liksom.

Några av respondenterna uttryckte förvåning över att kroppen inte var integrerad i undervisning på psykoterapeututbildningen. Detta är ett exempel på hur detta skulle kunna lyftas under utbildningen:

...det som det väcker är ju behovet... åh, det här behöver vi alla... det är lite förbjudet att prata om terapeuter att vi behöver något vi ska vara så kompetent... det vet vi ju att vi inte är, det blir ju lite förbjudet. Det här känns ju som att öppna upp... att öppna upp något väldigt förbjudet och det behövs verkligen...

### **Diskussion**

Syftet med studien var att nå en fördjupad förståelse om psykoterapeuters tankar, hur de har med sig kroppen i samtalet, den egna kroppen, patientens kropp och hur de möts här och nu. Utifrån tio intervjuer med legitimerade psykoterapeuter som arbetar företrädesvis med vuxna inom psykiatri, primärvård samt i privata mottagningar identifierades följande fem tema: Jag, du och vi?, Kroppen som maskin eller instrument?, Självomhändertagande – självmedkänsla nu eller sen?, Risker för empatiströtthet och erfarenhet av sjukskrivning,



Huvud, kropp och själ, helhet eller delar?. Nedan diskuteras respektive teman i relation till tidigare forskning. Efter detta följer en diskussion kring metodologiska styrkor och svagheter, sammanfattande slutsatser, samt förslag till framtida forskning.

## **Resultatdiskussion**

### ***Jag, du och vi?***

Temat faller inom ramen för frågeställningarna och syftet med studien, Hur medvetet används kroppen i det psykoterapeutiska arbetet? Utifrån de tre perspektiven, den egna kroppen, patientens kropp och föreställningen att det är två kroppar i rummet som möts och kommunicerar framkom sex olika nivåer kring hur respondenterna tolkar betydelsen av frågan. Resultatet pekar på att det för respondenterna inte är självklart att se helheten, det vill säga att det är två kroppar i rummet som möts. Frånvaron av psykoterapeutens kropp är dominerande i studien. Betydelsen av att uppmärksamma och bejaka kroppens signaler i samtalet har ingen framträdande roll. Det praktiska momenten och teoretiska perspektivet är inte kopplat. Frågeställningen om ökad kroppsmedveten kan ha ett värde för såväl patient som psykoterapeut, och hur detta påverkar det terapeutiska mötet, tas bland annat upp i Safran och Muran (2003) att det alltid pågår en kroppslig nivå mellan patient och psykoterapeut, en affektiv kommunikation som märks och känns i kroppen. På en medveten explicit nivå kan detta innebära att psykoterapeuten utifrån patientkontakt får ont i ryggen eller ont i magen. På ett omedvetet plan kan psykoterapeuten beskriva obehag, att hen känner sig förvirrad eller trött men utforskar inte i sig själv vad hen uppmärksammar. Psykoterapeutens förmåga att tona in på patientens icke-verbaliserade emotionella erfarenhet har en avgörande roll för alliansskapandet. Falkenström (2007) skriver om tre olika nivåer för självobservation, monadisk, dyadisk och triadisk. Ingen av de olika psykoterapiinriktningarna, PDT, KBT eller Familjeterapi som finns med i studien pekar dock mot ett integrerat medvetet kroppsligt förhållningssätt. Utifrån denna studie kan det konstateras att det råder ett glapp mellan forskning och utbildningsfältet, då forskning kring kroppens betydelse i psykoterapi finns men tillämpas inte. Damasio (2003) argumenterar för ett paradigmskifte från det dualistiska till ett holistiskt perspektiv där kropp, känsla och psyke utgör en enhet. Författarna tänker att de olika psykoterapeutinriktningarna skulle dra fördel av att integrera detta. När patienten kommer till psykoterapeuten aktiveras anknytningsmönstret, vilket teoretiskt sett är medvetet för respondenterna. Båda begreppen intersubjektivitet och mentalisering handlar i någon mån om delad uppmärksamhet. Med utgångspunkt från de flesta teoribildningarna finns dessa

förmågor förberedda från födseln, men behöver utvecklas i relation till omgivningen och i första hand omsorgspersonen eller i terapisesionen (Gabbard et al., 2012; Karterud 2014; Wennerberg 2010). Med intersubjektivitet avses samspelet mellan individer som en grund för representationer av hur det är att vara med en annan person medan mentalisering handlar om att förstå sig själv och andra inifrån (Broberg et al., 2006; Wennerberg, 2010). I terapirummet är mentalisering en process som bygger på delad uppmärksamhet, joint attention, där kroppen är inkluderad. Man skiljer mellan det subjektiva, objektiva och det intersubjektivt upplevda (Fonagy, 2007). Shaw (2003) introducerar begrepp som kroppen som barometer och kroppen som mottagare. Enligt Shaw har den psykoterapeutiska världen alldeles för länge ignorerat kroppen. Hans ståndpunkt är att de fysiska förnimmelserna är en viktig komponent i det psykoterapeutiska arbetet. Shaws studie visar i riktning mot att om vi kan förstå de somatiska sensationerna så kan vi använda dem som psykoterapeutiska redskap. Siegel (2007) menar att intoning med en psykoterapeut kan hjälpa patienten att uppleva större själv-intoning. Utgångspunkten i den psykoterapeutiska relationen är psykoterapeutens intonade relation till sig själv. Likt intersubjektiviteten föds alla med förmågan att mentalisera men utvecklar inte förmågan automatiskt. Utvecklingen sker i samspelet med omsorgspersonen eller i terapisesionen (Wennerberg, 2010). För att mentaliseringsförmågan ska utvecklas krävs en trygg anknytningsrelation samt en mentaliserande omgivning som speglar tankar, känslor och kroppsförnimmelser. Detta lär oss om vårt inre och gör att förståelsen för oss själv och andra ökar. Endast två av respondenterna svarar utifrån de tre perspektiven undersökningen tar upp. Psykoterapeuter kan förbättra verbal psykoterapi genom att lägga till ett kroppsperspektiv skriver Leijssen (2006) i en artikel. De perspektiv hon tar upp är 1) kroppen och hur den upplevs inifrån, 2) kroppen i rörelse och i icke-verbala uttryck; 3) att röra kroppen. Kroppsorienterade interventioner kan leda till ökad medvetenhet, ökad närvaro i nuet, samt kontakt med kroppsminnen. Resultatet av denna studie visar att omedveten kommunikation genom kroppen i det psykoterapeutiska mötet beskrivs av respondenterna teoretisk som överföring och motöverföring. I en modern psykoterapi samspelar psykoterapeut och patient och båda sänder ut kroppssignaler i form av tankar känslor och kroppsförnimmelser som på olika sätt påverkar mötet (Killingmo & Gullestad, 2011; Messer, 2013; Safran & Muran, 2000). Patientens överföring, då patienten projicerar sitt inre liv och sina känslor på psykoterapeuten, kan ge upphov till motöverföring. Psykoterapeuten bidrar till händelseförloppet i terapirummet. Respondenterna har en känslighet och medvetenhet kring

att det som sker något i kroppen. De flesta av respondenterna exkluderar sin egen kropp från frågan kring om kroppen är med i samtalet. Det praktiska och teoretiska perspektivet är inte integrerat, de tänker istället för känner. Field (1989) menar att primitiva känslor är kopplade till preverbala känslor som vrede, rädsla, längtan och hunger och att psykiska trauman ofta inte kan särskiljas från fysiska skador. Om psykoterapeuten lyssnar på kroppen kan detta vara ett första steg till förståelse av det som sker både inom psykoterapeuten, i patienten och i mötet det vill säga det monastiska, dyadiska och triadiska perspektivet. Sedan kan patientens förståelse för vad som sker i den egna kroppen öka och förmågan att lyssna på dess signaler.

### ***Kroppen som maskin eller instrument?***

Resultatet av denna studie belyser att respondenterna sitter med en mängd oreflekterat material som riskerar att stanna i psykoterapeutens kropp. Det oreflekterade materialet känns, noteras, tänks och tolkas samt bearbetas huvudsakligen verbalt. När det som känns i kroppen inte lyfts upp och samtalas om i det psykoterapeutiska rummet riskerar materialet att förbli osmält. Både i patient och psykoterapeutens kropp. För patienten kan det innebära att inte bli sedd och hörd på ett djupare plan. Att bära på oreflekterat material sliter på psykoterapeuten men är en del av hållbarhet och en viktig del av det psykoterapeutiska arbetet. Evidensbaserade metoder för att öka kroppsmedvetenhet finns samt självomhändertagande för psykoterapeuter (Klimecki et al., 2013; Pollatos et al., 2009; Shapiro, 2007). I studien framkommer att för lite praktiskt övande samt avsaknad av ett holistiskt perspektiv under utbildning gör att kropp, huvud och psyke inte integreras i det psykoterapeutiska arbetet. Det verbala top-down perspektivet dominerar. Chiesa et al. (2012) beskriver två sätt som man kan reglera känslor: ett sätt som beskrivs som kognitiv omvärdering, en top-down reglering av prefrontala delar av hjärnan som är kopplade till emotionsgenerativa delar av hjärnan som amygdala (Lorenz et al., 2003; Quirk & Beer, 2006). Då det, nuet och önskningar framåt finns i både patientens och psykoterapeutens kropp. Mentalisering är till största delen förmedveten fantasi som handlar om att uppfatta och tolka mänskligt beteende i termer av avsiktliga mentala tillstånd (behov, önskningar, föreställningar, mål eller avsikter). Denna förmåga att fantisera krävs för att man ska ha möjlighet att förstå sina egna mentala erfarenheter, särskilt om de är emotionellt laddade. Inom modernare teoribildning och korttidsterapier används insikterna om att arbeta här och nu i relationen och inte där och då. Intoning är en term som används inom anknytning och neurobiologi för att beskriva en relation där en person fokuserar på en annan persons inre värld och mottagaren av uppmärksamheten känner sig felt,

understood and connected (Siegel, 1999; Siegel, 2007; Stern, 1985). Ett annat sätt att reglera sina känslor har beskrivits som en direkt omtolkning av emotionsgenerativa delar av hjärnan utan kognitivt framträdande emotionellt stimuli (Chambers et al., 2009; Westbrook et al., 2011). Denna typ av emotionsreglering har kallats bottom-up och kan beskrivas som psykiska processer med början i kropp och känsla som övergår i mer komplexa, begreppsbyggnad och logiska resonemang. Lyons-Ruth menar att den intersubjektiva relationaliteten är inbyggd i det mänskliga mentala fungerandet och kan inte aktiveras eller avaktiveras likt våra hjärtslag, utan istället beskrivs som något fundamentalt vad gäller människans existens (Wennerberg, 2010). Fenomenet intersubjektivitet och mentaliseringsteori har fört anknytningsteorin ett steg vidare genom att visa att omsorgspersonens förmåga att mentalisera om barnet, mer än någon annan enskild faktor kräver barnets trygga anknytning till omsorgspersonen. Fonagy et al. (2007) tar upp att barnet i psykisk mening blir till i samspelet med anknytningspersonen och hur ett subjektivt agentskap utvecklas, det vill säga hur vi upplever våra känslor, handlingar och tankar samt vår omvärld. Fonagy et al. (2007) menar att vi behöver förstå att det är den inre verkligheten hos personen och inte det som syns i den yttre verkligheten som förklarar ett handlande. Hos föräldern krävs bland annat ett maternal-mind in mind, en reflektiv, pedagogisk och speglade förmåga hos föräldern (markerad spegling) samt förälderns förmåga att mentalisera kring barnet. Om omvårdnadspersonen utifrån sin reflekterande förmåga skapat sig en tillräckligt bra bild av barnet, möjliggörs barnets förmåga att finna sig själv i den andre som en psykiskt reflekterande individ. Förmågan att uppfatta och tolka egna och andras sinnestillstånd utgör kärnan i allt socialt samspel. Med hjälp av kroppen kan vi uppfatta våra egna och den andres olika sinnestillstånd. Detta möjliggör även upplevandet av det icke-verbala som sker mellan patient och psykoterapeut.

### ***Självomhändertagande – självmedkänsla nu eller sen?***

Resultatet i undersökningen tydliggör olika nivåer för självomhändertagande. De flesta respondenterna menar att detta är viktigt och något de borde bli bättre på. I studien framkom en uppdelning mellan att göra något självomhändertagande mellan, före och efter, eller att göra detta under samtalen med patienten, skiljer sig åt. Studien pekar i riktning mot att det finns en omedvetenhet om möjligheten till självomhändertagande i stunden. Det utgör en kunskapslucka för att de helt enkelt inte fått lära sig om betydelsen under psykoterapiutbildningen. Förhållningssättet som Neff (2003) tar upp innefattar tre komponenter, självmedkänsla vänlighet mot sig själv kontra självkritik, allmänmännisklighet

samt mindfulness, att acceptera och tillåta det man känner. Detta kan tillämpas under det psykoterapeutiska samtalet här och nu. Med självmedkänsla som förhållningssätt kan vi få hjälp att ständigt återvända till vår psykoterapeutiska fysiska och emotionella närvaro (Bibeau et al., 2016). De pläderar för ökad kunskap kring att självomhändertagandet är något psykoterapeuterna har möjlighet att göra under samtalet om de har förhållningssätt till detta. Emotionsreglering under samtalet kan ske med hjälp av medveten andning och ökad kontakt med den egna kroppen som aktiverar trygghetssystemet och minskar hotsystemet (Germer & Neff, 2019). Om psykoterapeuten har mer medvetenhet kring sin egen kropp och är självomhändertagande möjliggörs att hen kan agera roll-modell i relation till patienten. Detta kan bidra till en ny erfarenhet eller emotionell korrigerings. Ibland kan stark överföring och motöverföring, affektsmitta göra att vi tappar kontakt med neocortex och hamnar i tunnelseende vilket är motsats till vad mindfulness och självmedkänsla vill inbjuda till. I metoden MSC lär sig psykoterapeut och patient att självreglera och medvetet aktivera trygghetssystemet, sänka hotsystemet och våga vara närvarande i kroppen och det som är ögonblick för ögonblick. Som psykoterapeut kan vi börja välja att medvetet rikta omsorg i stunden mot oss själva under samtalet genom att medvetet mjukna i kroppen, öppna oss istället för att stänga som är den instinktiva reaktionen. Vi kan medvetet återgå till fysisk och känslomässig närvaro genom andningen, lägga handen mot kroppen, medvetet avstå från att döma och värdera, vilket aktiverar trygghetssystemet samt utlöser oxytocin och endorfiner. Det är gynnsamt och välgörande för oss att vara tillsammans med någon som är medkännande. Forskning visar att människan är programmerad för att känna andras känslomässiga tillstånd i sin egen kropp (Bernhardt & Singer, 2012; Decety & Cacioppo, 2011; Nummenama et al., Singer & Lamm, 2009). Känslomässig smärta som skapats i relationer kan också läkas i relationer. Själva relationen, alliansen är något som ofta lyfts fram som essentiellt i psykodynamisk psykoterapi men det nämns inte så mycket om hur vi praktiskt går till väga. Hur vi är med oss själva har således stor betydelse för relationen med patienten med tanke på affektsmitta, överföring och motöverförings-begreppet. Det faktum att våra hjärnor inte bara är programmerade att känna vad andra känner, utan även påverkas och förändras av dem vi är i kontakt med på grund av hjärnans neuroplasticitet.

### ***Risken för empatitrötthet och erfarenhet av sjukskrivning***

Frågeställningen kring om psykoterapeuter behöver lära sig att bli mer självmedkännande för att minska risken för empatiutmattning behandlas i detta tema. Att kroppen får bära på oreflekterat material är som vi tidigare tagit upp slitsamt för psykoterapeuten. Resultatet i studien pekar på att risken för empatiutmattning bland psykoterapeuter, som i många andra människovårdande yrken är hög (Försäkringskassan, 2014). I studien återkommer deltagarna i sina reflektioner kring handlingar som är gränssättande och självomhändertagande. Decker et al. (2015) tar upp att den personliga kostnaden kan bli hög om de yrkesverksamma inte vet hur de ska göra för att medvetet använda sig själv och kroppen. Bland annat tas stressreducerande förhållningssätt som exempelvis mindfulness upp. Mills & Chapman (2016) menar att omsorg om andra kräver självomsorg då risken för empatitrötthet är hög inom vårddyrken. Artikeln lyfter upp att om vårdpersonal inte tar den egna hälsan på allvar kan det även uppfattas som icke autentisk av vårdtagaren och påverka hans syn på de medicinska råden och behandlingen. De påpekar omöjligheten att vara självomhändertagande om man saknar självmedkänsla. I den aktuella studien tas ett minskat patientengagemang upp som ett exempel på självomhändertagande, av de som har erfarenhet av sjukskrivning. Frågan är om det i längden kan ha motsatt effekt för psykoterapeuten och påverka den psykoterapeutiska relationen negativt. Det finns en risk att kroppen får bära oreflekterat material. Icke-verbaliserat kan förbli omentaliserat. Kroppen kan då agera bromskloss för att uttrycka psykoterapeutens gränser och nej. Det kan göra det svårare att förstå sig själv samt att bli förstodd. Resultatet i studien pekar på vikten av att uppmärksamma signaler från kroppen och att ta dessa på allvar. Direkt upplevelse via ett bottom-up perspektiv ger möjlighet att uppmärksamma var i kroppen vi upplever och beskriva hur det känns. Man övar sig att medvetet rikta uppmärksamhet mot kroppen och förhålla sig till olika känslotoner som är aktiverade, obehagligt, behagligt eller neutralt. Genom direktupplevande uppmärksammas eventuella tankar och känslor här och nu som är triggade och kopplade till den fysiska förnimmelsen i kroppen. Förhållningssättet hjälper oss att medvetet pausa så att vi kan välja hur vi förhåller oss i stunden istället för att instinktivt stänga av eller undvika. Att medvetet välja lyhörddhet för sina egna gränser, odlar tillit som i sin tur påverkar tryggheten att våga stanna i kontakt med den egna kroppen. Förståelsen för vad som sker i kroppen och vad man upplever, kopplas sedan genom mentalisering till ett top-down perspektiv.

### ***Huvud, kropp och själ, helhet eller delar?***

Resultatet i studien pekar på att respondenterna enhetligt svarat att kroppen är påtagligt frånvarande under psykoterapeututbildningen. Respondenternas svar vittnar om betydelsen av den egna såväl som patientens kropp, både vad gäller föreläsningar samt praktiskt utövande, inte lyfts fram. Man har inte fått lära sig att medvetet uppmärksamma och utforska den direkta upplevelsen kring det som känns i den egna kroppen eller i patientens kropp. Platsen för att öva detta tar flera av respondenterna upp och refererar till handledningssituationen. Lyhördhet är det finstämda psykoterapeutiska verktyget. Tar vi inte hand om verktyget, blir det som med alla maskiner och motorer, det rostar eller skär ihop. Psykoterapeuter behöver öka den interoceptiva uppmärksamheten, lyssna på kroppen samt förstå att huvud, kropp och psyke hör ihop och interagerar. Att lära sig använda lyhördheten riktat åt två håll och inte som en envägskommunikation. Lyhördhet inkluderar både att lyssna nyfiket, att förhålla sig öppen i stunden och att inte veta samt att ta hänsyn till sina egna gränser. Nyfikenhet kopplas till Bions (1967) begrepp Utan minne och begär samt begreppet beginners mind som Safran & Muran (2003) tar upp som en nyckel till det terapeutiska förhållningssättet, att förhålla sig till varje terapeutiskt ögonblick med nybörjarsinne. Beginners mind är även en av de sju attityderna i MBSR. Flera av respondenterna tar upp att helhetsgreppet att se kroppen som en viktig del av människan och inte bara något som bär runt oss. Shapiro et al. (2007) tar upp behovet av att psykoterapeuter under utbildningen får tränas i tekniker som förebygger riskerna med yrket, vad gäller empatitrötthet. Artikelförfattarna understryker att personer som utbildar sig inom krävande vårdyrken är i behov av metoder så som mindfulnesssträning då det stärker den mentala hälsan hos yrkesgrupperna som studerar till psykoterapeuter. De potentiella fördelarna med mindfulnesssträning och självmedkänsloträning är en stor hjälp för att förbättra yrkesskicklighet, öka acceptans och vänlighet mot patienter. Artikelförfattarna hoppas att studien hjälper till att skapa en plattform för framtida studier som undersöker fördelarna med mindfulnesssträning för blivande terapeuter (Klimecki et al., 2013). Forskarteamet avslutar med att konstatera att compassion kan vara en kraftfull strategi för att förebygga empatitrötthet. Studien byggde enbart på kvinnor och de välkomnar studier för att se om man kan se liknande resultat på män. Klimecki et al. hoppas att de nya insikterna skall leda till att utveckla nya träningsprogram för att öka resilience och coping strategier inom många olika områden inklusive hälso- och sjukvård, utbildningsinstitut och miljöer med hög stress. Shaw (2004) menar att kunskap och förståelse om det somatiska kan bidra med viktig

information till det psykoterapeutiska samtalet. Det är därför viktigt, men inte så lätt för psykoterapeuter att bli medveten om sina fysiska förnimmelser. Detta sätt att arbeta ingick inte i de utbildningar psykoterapeuterna gått. Shaw konstaterar att kroppen tycks vara frånvarande på psykoterapeututbildningarna. Han ser behovet av att psykoterapeuterna ökar sin kroppsmedvetenhet och får lära sig strategier som de kan använda i sitt terapeutiska utövande. Shaw föreslår att kroppens signaler och dess betydelse inkluderas i psykoterapiutbildningar. Han understryker att det är viktigt att psykoterapeuter förstår att det som sker i kroppen relaterar till deras upplevelser av det psykoterapeutiska mötet och inte nödvändigtvis patientens upplevelse. Dessa fenomen är inte bara uttryck för motöverföring. Ett sätt kan vara att studera teman om kroppen som mottagare, olika sätt att arbeta utifrån kroppsmedvetenhet som skulle kunna utgöra bas för läroplanen i kroppsmedvetenhet i psykoterapiutbildningar. Denna process av kroppsorienterad kommunikation menar Shaw är ett viktigt område att forska vidare på och integrera i psykoterapiutbildningar. Shaw (2004) menar att detta förmodligen kommer att bli en obekvämlig process då det krävs en analys av samtalet i yrkeskåren och en av noggrann kritik av nuvarande psykoterapiutbildningsinstitut.

### **Metoddiskussion**

Utifrån studiens syfte valdes en kvalitativ metod för att erhålla data som går på djupet snarare än ger ett statistiskt generaliserbart underlag. Därför användes semistrukturerade intervjuer för att analysera respondenternas upplevelser (Kvale & Brinkmann 2009). Kristersson Ugglå (2019) pekar på att det blir särskild tydligt att man själv faktisk är med och skapar de situationer där människor säger saker vid genererandet av data och är frukten av rigoröst mänskligt handlande. Vetenskap är aldrig något man gör helt själv. En metod där kunskapen skapas gemensamt av intervjuare och intervjuad (Morrow 2005; Braun & Clarke 2006) vilket har likheter med det psykoterapeutiska samtalet. Studien strävar alltså inte efter objektiva fakta eller generaliserbar kunskap som kan sägas gälla alla eller ens de flesta psykoterapeuter. Målet har varit att belysa några psykoterapeuters tankar kring kroppsmedvetenhet, terapeutisk närvaro och hur de använder kroppens signaler utifrån sitt arbete som psykoterapeuter. Vad de ser som möjligheter och hinder, fördelar och nackdelar. Tillförlitligheten i denna studie kan därmed endast sägas gälla för de intervjuade psykoterapeuterna. Fördelen med en kvalitativ metod är att forskaren får tillgång till individens inre upplevelser och motiv. Ansatsen är induktiv, vilket betyder att författarna via datamaterialet försökt komma fram till en förklaring på det individuella planet.



Utgångspunkten är därför en naturalistisk generalisering som vilar på personliga erfarenheter utvecklade ur tyst kunskap om hur saker förhåller sig som leder till antagningar snarare än objektiva förutsägelser. Men om dessa verbaliseras kan de övergå från tyst kunskap till explicit påståendekunskap (Kvale & Brinkman 2009). Kristensson Ugglå (2019) ställer frågan om hur mycket tyst kunskap som kan impliceras och hur mycket som faktiskt går att artikulera explicit och därmed analyseras? Han menar att relationen mellan implicit och explicit är central för att förstå hur vetenskapliga upptäckter går till. Just därför kan tematisk analys användas för att identifiera, analysera och beskriva teman i det insamlade datamaterialet då en flexibel teoretisk ram kan generera en detaljrik och komplex data (Braun & Clarke 2006). Nackdelarna med en tematisk analys är ett relativt begränsat tolkningsutrymme om analysen inte görs utifrån en bakomliggande teori. Samtidigt kan man dra förhastade slutsatser om att har man bara ordning på teorin så kommer praktiken att fungera per automatik (Kristensson Ugglå, 2019). Forskningsintervjuer är dock inte ett samtal mellan likställda parter. Forskaren definierar och kontrollerar situationen. Hen introducerar intervjuens ämne och följer kritiskt upp den intervjuades svar (Kvale & Brinkman 2009). Att det som i denna studie, oftast varit två intervjuare kan även förstärkt maktrelationen.

En annan aspekt är att maktsymmetrin i en kvalitativ intervju är omöjlig att bortse ifrån (Kvale & Brinkman 2009). I studien skulle exempelvis en maktaspekt kunna vara yrkesmässig erfarenhetslängd eller könstillhörighet utifrån genusaspekter vilket kan ha påverkat tolkningen av resultaten. Dessutom tillkommer att intervjuaren har ett tolkningsmonopol på den intervjuades uttalanden vilket utgör en maktposition i sig (Kvale & Brinkman 2009). Författarna funderade därför över möjligheten att låta respondenterna ta del av resultatet men gjorde bedömningen att det inte var nödvändigt, då tolkningarna som gjorts ligger nära det ursprungliga materialet. Det har ibland varit svårt att veta vad som är viktigast att fokusera på (Braun & Clarke 2006). Exempelvis vilka av respondenternas svar som var mest relevanta eller välja vilka teman vi skulle fokusera på. Genom hela forskningsprocessen förde författarna regelbundet reflexiv journal. Detta har bidragit till ökad medvetenhet vid upptäckten av olika problem i framställandet av resultatet. Bland annat har författarna funderat över öppna frågor kring vårt forskningsområde kroppen i psykoterapi, om frågorna varit för vida och att vi skulle ställt mer specifika frågor. Efteråt har reflektionen det varit bättre om frågorna varit otydliga och därmed genererat otydliga svar. Exempelvis om det hade varit bättre att ställa frågor kring självmedkänsla som självomhändertagande istället för att

fråga om tankar kring självomhändertagande. Arbetet med resultat och analys har till största delen bestått av upprepade genomlysningar av intervjuerna. Författarna letade efter olika teman i materialet och utgick från intervjuguiden för att definiera undersökningens ramar. När författarna fann något intressant som stämde överens med syftet och frågeställningar i intervjuguiden skrevs detta ner så ordagrant som möjligt. Författarnas nyfikenhet på "huret" stämde överens med detta, det vill säga att lyssna på intervjuerna upprepade gånger för att få fram fler nyanser. Naturligtvis hade en större studie varit att föredra med fler deltagare som slumpmässigt valts ut. Men givet studiens tidsram har författarna främst kontaktat kollegor.

Fokusgrupper hade varit ett alternativ, där deltagarna får diskutera ett ämne medan forskaren fungerar som samtalsledare (Willig 2001). Främsta skälet emot fokusgrupper hänger samman med det så kallade tillgänglighetsurvalet samt pandemin som omöjliggjorde att samla människor i grupp. Den semistrukturerade intervjun syftar till att respondenterna ska berätta så fritt och öppet som möjligt. Först hölls intervjuerna på plats men sedan blev mötena digitala vilket kan ha påverkat studien. Respondenten kan ha känt sig mer eller mindre bekväma eller nervösa vilket kan utgöra en svaghet. Tillgänglighetsurvalet innebär att resultatet kan ha påverkats av att deltagarna delar författarnas nyfikenhet kring kroppsmedvetenhet. Författarnas intresse för ämnet kan dock även ha varit till fördel för att förstå deltagarnas upplevelser på ett adekvat sätt. Det har funnits en medvetenhet kring att egna förväntningar kan påverka både den intervjuades berättelse och tolkningen av denna.

### **Etiskt ställningstagande**

Etiska överväganden har genomgående och kontinuerligt varit en del under hela forskningsprocessen. Detta har innefattat informerat samtycke, att inte undanhålla information för deltagaren, att säkerställa frivilligheten i deltagandet, ge deltagaren möjlighet att ta del av den färdigställda studien samt att bibehålla deltagarnas konfidentialitet (Willig 2001). Transparens har erbjudits då alla informanter både skriftligt och muntligt har informerats om studiens syfte, frivilligheten att delta och hur konfidentialiteten bevaras. Alla medverkanden har erbjudits möjligheten att ställa frågor innan de samtyckt till att delta. Samtliga har även informerats om hur de kan få tillgång till den färdigställda studien. Författarna har inte använt sig av ett skriftligt samtycke för att bekräfta att deltagarna tagit till sig informationen. Ett skriftligt samtycke kan tänkas innebära att informanten får en ökad förståelse för vad deltagandet innebär. I den aktuella studien gjordes bedömningen att informanternas muntliga samtycke var fullt tillräckligt. När det gäller konfidentialiteten har avväganden kontinuerligt

gjorts för att hur kontextuell information kan beskrivas utan att informantens identitet avslöjas (Kvale & Brinkman 2009:190). Detta har eftersträvats bland annat genom att varje respondents berättelse har behandlats med respekt.

### **Slutsatser**

Utifrån denna studie med tio intervjuade psykoterapeuter har författarna dragit fem slutsatser gällande inverkan av att medvetet använda kroppens signaler i det psykoterapeutiska arbetet. Dessa kan inte generaliseras för alla psykoterapeuter utan utgår enbart från studien.

1. Genomgående saknas en medvetenhet om att det är två kroppar som möts utifrån studiens tre perspektiv. Psykoterapeutens kropp, patientens kropp och mötet och kommunikationen mellan dem. Framför allt saknas konsekvent ett genomgripande förhållningssätt till psykoterapeutens kropp. Frånvaron av psykoterapeutens kropp är dominerande i studien. Betydelsen av att ha med sig kroppen medvetet i samtalet har ingen dominerande roll. Det praktiska och teoretiska perspektivet är inte kopplat. Stundtals finns tankar hos respondenterna kring patientens kropp närvarande. Inom den psykodynamiska inriktningen tolkas det som överföring och motöverföring. Terapeutiska redskap saknas för hur psykoterapeuten medvetet kan använda kroppens signaler praktiskt i samtalet.

2. Frågeställningen om ökad kroppsmedveten kan ha ett värde både för patient och terapeut och för hur detta påverkar det terapeutiska mötet. Lyhördhet är det finstämda terapeutiska verktyget. Tar psykoterapeuten inte hand om verktyget, blir det som med alla maskiner och motorer, de rostar eller skär ihop och ökar risken för empatitrötthet. Studien visar att åtta av de tio respondenterna befinner sig i riskzonen. Därmed kan slutsatsen dras att det finns ett värde för psykoterapeuter att öka den interoceptiva uppmärksamheten, lyssna på kroppen samt förstå att kropp, huvud och psyke hör ihop och interageras, enligt deltagarna. Att lära sig använda lyhördheten riktat åt tre håll, inåt, mot den andre och i mötet och inte som en envägs kommunikation. Lyhördhet inkluderar att lyssna nyfiket, att förhålla sig öppen i stunden och att inte veta samt att ta hänsyn till både patienten och de egna gränserna. Studien visar på att respondenterna har en nyfikenhet och lyhördhet kring kroppens signaler. Kunskap och erfarenhet saknas kring hur psykoterapeuterna medvetet kan ta hand om det som sker i patients och psykoterapeutens egen kropp här och nu under samtalet.

3. Det som är icke-verbaliserat förblir omentaliserat. Frågan är vad det kan innebära för psykoterapeutens om kroppen i längden får bära oreflekterat material. Det kan göra det

svårare att förstå och skapa sammanhang kring den psykoterapeutiska processen. Om inte psykoterapeuten lär sig att bejaka, lyssna och uppmärksamma kroppens signaler kan kroppen bli bromskloss för att uttrycka psykoterapeutens gränser och nej. Detta kan även påverka den psykoterapeutisk relationen negativt. Studiens resultaten pekar på vikten av att uppmärksamma kroppens signaler och att ta dessa på allvar. Härmed missas möjligheten att arbeta med viktiga terapeutiska verktyg, här och nu, inte då och sen. Direkt upplevelse via ett bottom-up perspektiv möjliggör att uppmärksamma var i kroppen vi upplever och beskriva hur det känns. Man övar sig medvetet att rikta uppmärksamhet mot kroppen och förhålla sig till de olika känslotoner som är aktiverade, obehagligt, behagligt eller neutralt. Genom direkt upplevande uppmärksammas eventuella minnen, tankar och känslor här och nu som är triggade och kopplade till den fysiska förnimmelsen i kroppen. Förhållningssättet hjälper oss att medvetet stanna upp så att vi medvetet kan välja hur vi förhåller oss i stunden istället för att instinktivt stänga av eller undvika. Att medvetet välja lyhördhet för sina egna gränser odlar tillit, vilket i sin tur påverkar tryggheten att våga vara i kontakt med den egna kroppen. Förståelsen för vad som sker i kroppen och hur det sedan kopplas genom mentalisering till ett top-down perspektiv.

4. I studien framkommer att förhållningssättet till den egna kroppen saknas under psykoterapeututbildningen. Därför finns en önskan om att mera få praktiskt öva detta under psykoterapeututbildningen. En given plats för övande borde vara handledningssituationen, enligt respondenterna.

5. En annan slutsats är att existerande forskning, kunskap och erfarenhet behöver integreras i psykoterapeututbildningarna. Studiens resultatet pekar på att respondenterna enhetligt svarat att frånvaron av kroppen under psykoterapeututbildningen är påtaglig. Om det stämmer att det finns ett glapp mellan forskning och utbildning bör den forskning som finns kring kroppens betydelse i psykoterapi implementeras i utbildningen. Sammanfattningsvis anser författarna att det sannolikt behövs ett mer integrativt perspektiv på psykoterapeututbildningen där kroppens signaler får ta plats, lyssnas in och mötas. Som en av våra respondenter uttrycker det: Utan kroppen ingen terapi.

### **Framtida forskning**

Utifrån studiens resultat väcks intressanta uppslag för framtida forskning då det saknas studier som på liknande vis kopplar ökad kroppsmedvetenhet hos psykoterapeuter som ett sätt att motverka empatitrötthet. Större studier med perspektivet att beakta kroppens signaler,

emotionsreglering för både patient och psykoterapeut i syfte att motverka empatitrötthet behövs. I tidigare studier har det forskats kring empatitrötthet som riskfaktor, det finns även studier som tar upp effekter efter praktiserande av MBSR och MSC hos patienter. Endast ett fåtal studier tangerade kroppskänedom och kroppens signaler kopplade till psykoterapeuten, för att undersöka vad som sker i det intersubjektiva mötet. Det behövs framtida forskning som kopplar affekter, mentalisering, anknytning samt kroppens signaler i det psykoterapeutiska samtalet här och nu. Detta för att nå en fördjupad förståelse för det icke-verbala i mötet mellan psykoterapeut och patient.

Vid litteraturgenomgången inför studien fann författarna mängder av studier som gjorts kring affekteori, mentalisering, empatitrötthet, MBSR och MSC men med ett större fokus på patienten. Mer kvalitativ och kvantitativ forskning behövs för att kunna dra säkra slutsatser om kroppens betydelse i det psykoterapeutiska arbetet till gagn för både psykoterapeut och patienten. Under arbetets gång har författarna sett olika frågor som skulle vara intressanta att följa upp. En intressant studie skulle kunna undersöka vad ökad introceptivt uppmärksamhet kopplat till större fokus på bottom-up perspektivet skulle visa. En annan intressant studie skulle kunna vara att mäta effekter av psykoterapeuters erfarenheter av MBSR och MSC för att utvärdera om detta kan ha effekt eller motverka empatitrötthet samt koppla detta till effekter för psykoterapin hade varit intressant. Studier kring olika psykoterapeututbildningars inställning till kroppen i psykoterapi och varför det inte finns med är ett annat uppslag. Det faktum att kropp och psyke hör ihop och att kroppen kan användas som en värdefull resurs inom psykoterapin, har varit utgångspunkten för studien. Även om medvetenheten om patientens kropp ibland gör sig påmind, reflekteras det ingenting kring terapeutens egen kropp. Studien vill framhålla att utbildning och professionell träning i de evidensbaserade metoderna MBSR samt MSC skulle kunna ge bättre förutsättningar för terapeutisk närvaro och självomhändertagande. Det professionella praktiserandet har mycket att vinna på att utbildningarna präglades av ett mer integrativt synsätt. Framöver behövs mer forskning som kan validera kroppens betydelse i psykoterapin till fördel för både patient och psykoterapeut. Avslutningsvis vill vi framhålla det faktum att alla våra respondenter, trots sina olikheter i psykoterapeutisk inriktning, delar samma erfarenhet från sina respektive utbildningar: Att kroppen var påtagligt frånvarande.

## Referenser

- Anderson, D.T. (2005) Empathy, psychotherapy integration, and meditation: A Buddhist contribution to the common factors movement. *Journal of Humanistic Psychology*, 45, 483-502.
- Barnard Crosskey, L., Curry, J.F. (2011) Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates, & Interventions. *Review of General Psychology*.
- Beauregard, M., Courtemanche, J., Parquette, V., Landry St-Pierre, E. (2009). The neural basis of unconditional love. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 172 (2), 93-98
- Bibeau, M., Dionne, F., Leblanc, J. (2016). Can compassion meditation contribute to the development of psychotherapists empathy? A review. *Mindfulness*, 7 (1) 255-263.
- Bion, W. R. (1970) *Attention and interpretation*. Karnac.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Basic Books.
- Björkstrand, J., Schiller, D., Li, J. (2019). The effect of mindfulness training on extinction retention, *Scientific Reports*, 9.
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., Risholm-Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori Betydelsen av när känslomässiga relationer*. Natur och Kultur.
- Chiesa, A., Seretti, A., & Jakobsen, J.C, (2012). Mindfulness, Top down or bottom up emotion regulation strategy? *Clin Psychol Rev*, 33(1). 82-96.
- Damasio, A. (1994). *Descartes misstag. Känsla, förnuft och den mänskliga hjärnan*. Natur & Kultur.
- Damasio, A. (2012). *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. Vintage
- Damasio, A., Carvalho, G.B. (2013). *The nature of feelings: evolutionary and neurobiological origins*. Macmillian Publishers Limited.
- Decker, J.D., Brown, J.L.C., Ong, J., Stiney-Ziskind, C.A. (2015). Compassion Satisfaction among Social Work Intern, Social Work & Christianity, *Journal of the North American Association of Christians in Social Work*, 42 (1), 28-42.
- Di Benedetto, M., Swadling, M. (2014) Burnout in Australian psychologists: correlations with work-setting, mindfulness and self-care behaviours. *Psychology, Health and Medicine*, 19(6), 705-715.

- Egan, H., Jackson, M.M. (2017) Exploring the Need to Educate Health Practitioners on How to be Self-Compassionate and Mindful Alongside Mandating Compassion Towards Patients
- Falkenström, M.A. (2007). The Psychodynamics of Self-Observation. *Psychoanalytic Dialogues*. 17(4), 551–574.
- Field, N. (1989). Listening with the body: An exploration in the countertransference, *British Journal of Psychotherapy*. (5) 512-522.
- Finlay-Jones, A., Rees, C.S., Kane, R.T. (2015). Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotional regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *Plos One*.10 (7).
- Fogel, A. (2009). *The psychophysiology of self-awareness: Rediscovering the lost art of body sense*. Norton.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M.A., Coffey, K.A., Pek, J.Finkel, S.M. (2008) Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of personality and social psychology*. 95 (5), 1045–1062.
- Försäkringskassan. (2014). *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år. (Socialförsäkringsrapport 2014:4. ISSN 1654–8574)*
- Gabbard, G O., Litowitz, B E., Williams, P. (2012). *Textbook of Psychoanalysis*. American Psychiatric Publishing.
- Geller, S. N. (2017). *A Practical Guide to Cultivating Therapeutic Presence*. American Psychological Association.
- Gendlin, E.T. (1962). *Experiencing and the creation of meaning: A philosophical and psychological approach to the subjective*. Free Press of Glencoe.
- Germer, C.K., Siegel, R.D., Fulton, P.R. (Eds.), (2005), *Mindfulness and psychotherapy*. Guildford Press.
- Germer C.K., Neff, K.D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*. 69 (8), 856-67.
- Germer C.K., Neff, K.D.(2020).Att lära ut mindful self-compassion. En guide för dig som leder 8-veckorsprogrammet. Natur & Kultur.

- Gilbert, P., Proctor, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Wiley InterScience* 13, 353–379.
- Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind, A New Approach to Life's Challenges*. Robinson. *Health Profession Education*. 3 (2), 61-63.
- Hick, S.F., Bien T. (red.) (2008) *Meditation: A universal tool for cultivating empathy., Mindfulness and the therapeutic relationship*. 161–175, Guilford Press
- Hölzel, B.K., Carmody, J. Evans, K.C., Hoge, E.A., Dusek, J.A., Morgan, L., Pittman, R.K., Immordino-Yang, M.H., McColl., A., Damasio, H, Damasio, A. (2009). Neural correlates of admiration and compassion. *Brain and Creativity Institute, Dornsife Cognitive Neuroscience Imaging Center, Washington University School of Medicine*.
- Kabat- Zinn, K. (2013) *Full Catastrophe Living. Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Random House Publishing Group.
- Karterud, S., Wihlberg, T., Urnes, Ö. (2014). *Personlighetspsykiatri*. Studentlitteratur.
- Klimecki, O.M. Singer, T. (2012) Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? *Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience*.
- Klimecki, O.M, Leiberg, S., Lamm, C., Singer, T. (2013). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cereb Cortex*. 23 (7),1552-6.
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Richard, M., Singer, T. (2014). Different pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training, *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, SCAN. 9 873-79.
- Kristensson Ugglå, B. (2019). *En stråvan efter sanning. Vetenskapens teori och praktik*. Studentlitteratur.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi – att låta en värld öppna sig*. Liber.
- Lazar, S.W. (2010). Stress regulation correlates with structural changes in the amygdala. *Soc cogn affect neurosci*. 5 (1), 11-17.
- Lazar, S.W., Kerr, C.E., Wasserman, R.H., Gray, J.R., Greye, D.N., Treadway, M.T., McGarvey, M., Quinn, B.T., Dusek, J.A., Benson, H., Rauch, S.L., Moore, C.I, Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroport*. 16, 1893-44.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. Free Association Books.



- Leijssen, M. (2006). Validation of the body in Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 46, 126-146.
- Lorenz, J., Minoshima, S., Casey, K. (2003). Keeping pain out of mind: The role of the dorsolateral prefrontal cortex in pain modulation. *Brain*. 126 (5) 1079–91.
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J.D. Davidson, R.J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *US National Library of Medicine. National Institutes of Health*. 12 (4) 163-169.
- MacBeth, A., Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a metaanalysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 32 (6). 545-552.
- Mahoney, M. J. (1997). Psychotherapists' personal problems and self-care patterns. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 14–16.
- May, T. (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Studentlitteratur.
- Merely-Ponty, M. (2000). *Kroppens fenomenologi*. Daidalos.
- Mills, J., Chapman, M. (2016). Compassion and self-compassion in medicine: Self-care for the caregiver. *Australian Medical Journal*, 9 (5), 87-91.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and Trustworthiness in Qualitative Research in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260.
- Neff, K.D. (2003). Self-Compassion: An alternative Conceptualization of at Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity, Psychology Press* 2, 85–101.
- Neff, K. D. (2015). *Self-compassion: The proven power of being kind to yourself*. William Morrow Company.
- Neff, K. D., Long, P., Knox, M. C., Davidson, O., Kuchara, A., Costigan, A., Zachary Williamson, Z., Rohleder, N., Tóth-Király, I., Breines, J. G. (2018). The forest and the trees: Examining the association of self-compassion and its positive and negative components with psychological functioning. *Self and Identity*. 17, (6), 627-645.
- Neff, K. D., Germer, C. (2020) Att lära ut mindful self-compassion : en guide för dig som leder 8-veckorsprogrammet. Natur & Kultur
- Orem, D. (2003). *Self-care Theory in Nursing*. Springer Publishing Co Inc.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and Meaning: Data Collection in Qualitative Research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-146.
- Pollatos, O., Traut-Mattausch, E., & Schandry, R. (2009). Differential effects of anxiety and depression on interoceptive accuracy, *Depression*. 26 (2), 167–173.

- Quirk, G.J., Beer, J. S. (2006). Prefrontal involvement in the regulation of emotion: Convergence of rat and human studies. *American Psychological Association*. 16 (6) 723–727.
- 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.
- Reik, T. (1948). *Listening with the Third Ear. The Inner Experience of a Psychoanalyst*. Farrar, Straus.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Houghton Mifflin.
- Rydén, G., Wallroth, P. (2008) *Mentalisering: att leka med verkligheten*. Natur & Kultur.
- Schore, A.N. (2009). Relational Trauma and the Developing Right Brain. An Interface of Psychoanalytic Self Psychology and Neuroscience, *New York Academy of Sciences* 1159, 189-203.
- Shapiro, D.I., Atin, J.A., Bishop, S.R., Cordova, M.J. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from randomized controlled trial. *International Journal of Stress management*. 12, 164-176.
- Shapiro, S.I., Brown, K.W., Biegel, G.M. (2007). Teaching Selfcare to Caregivers: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Therapists in Training. *American Psychological Association*. 1(2), 105–115.
- Shapiro, S.L., (2009). The art and science of Mindfulness, Integrating mindfulness into psychology and the helping professions. *American Psychological Association*. 17-27.
- Shaw, R. (2003). *The Embodied Psychotherapist*. Brunner Routledge.
- Siegel, D.J.(1999).*The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. The Guilford Press.
- Siegel, D.J. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. Guilford Press.
- Siegel, D.J. (2010). *The mindful Therapist. A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration*, WW Norton & Co.
- Singer, T., Klimecki, O.M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24 (18), 875-878.
- Sonnby-Borgström M., (2012). *Affekter, affektiv kommunikation och anknytningsmönster*. Studentlitteratur.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens

*beredning för medicinsk utvärdering.*

(SBU-rapport nr 223. ISBN 978-91-85413-64-5).

Stebnicki, M.A., (2007) Empathy fatigue, Healing the mind, body, spirit of professional counselors.

*American Journal of Psychiatric Rehabilitation.* 10 (4) 317-339.

Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology.* Basic Books.

Tomkins, S.S. (1963). *Affect Imagery Consciousness: Volume II, The Negative Affects.* Tavistock.

Weinberg, J. (2002), Short paper, large impact: Rosenweig's influence on the common factors movement, *Journal of Psychotherapy Integration.* (12) 67-76.

Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer. Om anknytning, trauma och dissociation.* Natur & Kultur.

Wennerberg, T. (2013). *Själv och tillsammans Om anknytning och identitet i relationer.* Natur & Kultur.

Williams, J.C., Lynn, S.J. (2011) Acceptance: An Historical and Conceptual Review. *Imagination, cognition and personality.* 30 (1) 5-56

Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology. Adventures in theory and method.* Open University Press.

Zessin, Dickhauser, U., & Garbade, S., (2015). The relationship between self-compassion and wellbeing: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-being.* 7 (3), 340-36.

Zoglowek, H. (1999). Tematisk analyse. En framgångsmåte för å analysere kvalitative intervju. *Nordisk pedagogik,* 19(3), 156-167.

## **Bilaga 1**

Information till respondenter

Hej!

Stort Tack för att du vill vara med och bli intervjuad!

Vi kommer att spela in intervjun och det tar ca 30 – 45 minuter.

Arbetsnamnet på vår uppsats heter Psykoterapeuten har också en kropp.

Kortfattat kan man säga att vårt fokus i uppsatsen handlar om ifall det har något värde att man som terapeut bli mer kroppsmedveten och i så fall varför eller varför inte.

Vi är också intresserade att utforska eventuellt vad och hur du gör vad och när?

Egen erfarenhet av utmattning? Och tankar kring om självomhändertagande till exempel genom ökad kroppsmedvetenhet skulle kunna vara en hjälp.

Med vänliga hälsningar

Helena Aaltonen och Katarina Lundblad, PDT.

## Bilaga 2

### Intervjuguide

1. Berätta vad du heter och var du arbetar.
2. Hur länge har du arbetat som psykoterapeut?
3. Beskriv hur du arbetar?
4. Vilken typ av patienter träffar du?
5. Hur känner du dig oftast efter ett samtal, en arbetsdag, en arbetsvecka?
6. Har du någon tanke kring hur du har med dig kroppen i samtalet, medvetenhet, förbereder du dig på något sätt?
7. Om ja, hur? Om nej, vad har du för tankar om det?
8. Har du under din utbildning fått lära dig något om, och hur du använder eller lyssnar på den egna kroppen i behandlingsarbetet?
9. Om ja vad?
10. Om nej vad har du för tankar om det? Vad skulle du ha velat lära dig?  
(om du har lärt dig/kurs/metod och är det privat/betalt av jobbet typ?)
11. Har du någon tanke på vad det skulle kunna påverka att vara fysiskt närvarande, om det har en påverkan på tilliten och tryggheten i rummet?
12. Vad har du för tankar om detta kopplat till din egen kropp?
13. Är du under samtalets gång varit uppmärksam på din egen andning?  
Och den egna kroppen?
14. Har du några tankar om hur du tar hand om dig själv?  
Självomhändertagande, kroppen som ram?
15. Har du eller varit i riskzonen för att bli utmattad?  
Varit sjukskriven för utmattning? Hur länge, när?