



**Intervju med Notta Surlantzis Björk,
Jonny Klingvall och Caroline Verständig**
Stockholm

Alla vet att det finns – men man pratar inte om det

Hur ser unga psykologer på en BUP-mottagning på begrepp som överföring/motöverföring? Från redaktionen vill vi i detta temanummer belysa hur begrepp som överföring och motöverföring beskrivs i psykologers grundutbildning på universiteten. Vi vill också ge en inblick i hur man som psykologstuderande, PTP-psykolog (en ettårig praktisk tjänstgöring för psykologer efter avslutad högskoleutbildning) och som nylegitimerad psykolog kommer i kontakt med sådana begrepp vid en allmänna barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning och i vilken mån begreppen har en relevans och betydelse i det dagliga mötet med olika patienter. Några unga psykologer/psykologstuderande som gjort sin kliniska praktik vid Farsta BUP-mottagning, Stockholms läns landsting, möttes för att tillsammans med oss i redaktionen samtala kring dessa begrepp.

Vad berättas det om på psykologutbildningen?

Vi i redaktionen stämde möte med tre unga psykologer, Notta Surlantzis Björk (just färdig legitimerad psykolog), Jonny Klingvall (PTP-psykolog) och Caroline Verständig (psykologkandidat under tre

månader från psykologprogrammets 6:e termin). De har alla tre mötts på Farsta BUP-mottagning, en mottagning vars upptagningsområde rymmer rätt hög socioekonomisk problematik vilket innebär att arbetet på BUP ofta också kräver samverkan med främst socialtjänst och skola. Alla tre befinner sig i början av sin yrkeskarriär som psykologer och

har nyligen mött det universitetsvärlden förmedlat av teoretiska begrepp. Två har utbildning från Stockholms universitet och en har sin psykologutbildning från Uppsala. En av de intervjuade har valt inriktning KBT, en mer dynamisk inriktning och den tredje står just i begrepp att välja inriktning för den fortsatta utbildningen. Oavsett inriktning och framtida professionsval betonar dock alla de tre intervjuade hur viktigt det känns att få arbeta med barn, ungdomar och deras föräldrar.

Begreppen överföring/motöverföring beskrivs, enligt de intervjuade, olika och i varierande grad på de olika psykologprogrammen. Med den profilering som psykologprogrammet har i Uppsala var tämligen lite av teoribildning runt dessa begrepp. Dock beskrivs fenomenen, som kan jämföras med begrepp som överföring och motöverföring.

Att något "transfereras" mellan oss människor verkar vara en självklarhet och begrepp som *resonans*, aktivitet i *spegelneuron* och likande används som förklaringsmodell för denna "överföring". Hur man som psykolog påverkas av dem man möter i patientkontakter har förklarats och betonats på olika sätt beroende på olika upplägg av psykologprogrammen. I sin kliniska praktik får nästan alla psykologstuderande avsatt tid, oavsett inriktning, att resonera med sin handledare och kurskamrater i handledningsgrupper där möjlighet finns att uppmärksamma och reflektera över hur man själv påverkats av mötet med patienterna under behandlingssessionerna. Skillnaden mellan de olika inriktningarna ligger i, menar de intervjuade, hur man fokuserar på sådana fenomen. I en psykodynamiskt inriktad grupphandledning under utbildningstiden har en av de intervjuade erfarenheter av att sådana upplevelser av mötet stod i fokus för de behandlingsåtgärder som diskuterades. Alla de tre intervjuade berättar att de, i handledningarna under sina utbildningsår, fått bekräftat att det existerar mellanmänskliga fenomen, som gör att vi själva påverkas i möten med andra människor. "Alla vet att det finns", säger en av de intervjuade, men det pratas inte om det som ett arbetsverktyg annat än vid de psykodynamiskt inriktade utbildningarna. Även i dessa fokuserar olika handledare mer eller mindre på sådana svårfångade och stundtals obegripliga fenomen.

Förklaringsmodeller – som till exempel aktivitet i spegelneuroner – blir då lättare för de studerande att ta till sig, än något så diffust som "överföring".

På några psykologprogram har man endast läst mer grundläggande litteratur om psykodynamisk inriktning, medan det på andra program skett en fördjupning i ämnet. Notta uppger att hon genom sitt val av psykodynamisk inriktning fick stifta bekantskap med mer genomgripande resonemang kring begreppen. Alla de tre intervjuade beskriver dock hur de under sina utbildningar fick brottas tillsammans med sina kurskamrater för att kunna förstå de "skumma" begreppen. De är inte lätta att ta till sig. "Vad är egentligen överföring?", "var kommer den ifrån?", var frågor som väckte diskussion. Att kognitivt förstå begreppen är kanske möjligt – man kan läsa innantill vad som står i läroboken – men hur man kan se dem i den kliniska vardagen, och hur de kan bli användbara i behandlingsändamål, är svårare att begripa.

Under den psykologutbildning som Caroline går på, har man kontinuerligt pratat om överföring och motöverföring. I de kursmoment som berört KBT, berättar hon, så har man endast vid ett tillfälle berört resonansfenomen. Caroline berättar vidare om sina erfarenheter från en psykodynamiskt inriktad grupphandledning på psykologprogrammet där en avgörande betydelse just riktades på begrepp som överföring och motöverföring. I handledningsmomenten fokuserade man på videospelade samspelekvenser mellan behandlare och patienter.

I grupphandledningen kunde man sedan stanna upp och diskutera vad som skedde i små förlopp av samspel och hur det kändes för terapeuten liksom vilka tankar de övriga kurskamraterna i handledningsgruppen fick utifrån det man iakttog. På så sätt blev det mer tydligt för de studerande att något verkligen inträffar med en själv i mötet med patienter. Det är, tänker Caroline och övriga instämmer, just i sådana små mikromoment av samspel som behandlaren kan bli varse hur samspelet fortgår, fördjupas eller, inte sällan, verkar brytas. Vad sker i rummet mellan de två som finns där? Vem påverkar vem? Hur uppfattar man, när man betraktar videoupptagningen, att man påverkats? En fråga som en handledare ställde var: "varför känns det konstigt?". Utifrån en sådan fråga fick den studerande bekräftat att det är legitimt att själv ha egna upplevelser av mötet med patienten och att "det konstiga" lyfts fram, och från en diffus upplevelse får det en betydelse och blir ett verktyg för att göra processen mellan de två i rummet mer

begriplig. Beträktandet av videoupptagningarna var, framhåller Caroline, en mycket verksam metod för att själv kunna upptäcka vad som sker i specifika samspelssituationer och hur man själv påverkas av dem. Det är denna påverkan som styr vilka interventioner man som behandlare sedan ”väljer” att göra. Ofta blir det inget medvetet ”val”, utan Caroline tänker att man dras in i ett kraftfält, där det egna manöverutrymmet som terapeut begränsas. Att kunna se sig själv, och att få chansen att reflektera kring sina upplevelser, var för Caroline en betydelsefull del av utbildningen. Dessa erfarenheter ledde också till att de teoretiska och abstrakta begreppen överföring/motöverföring fick mer substans och utvecklades till användbara verktyg i behandlingen.

På utbildningen, fortsätter Caroline, aktualiserade man också frågor kring hur olika typer av förhandsinformation om patienten präglar de första kontaktögonblicken med patienten. Som exempel berättar hon om sina egna reaktioner vid ett första telefonsamtal med en patient. Det var en, i förhållande till Caroline, äldre kvinna som ringde. Redan vid telefonsamtalet kände Caroline att det här kanske inte kommer att bli så bra. ”Jag blev liten, hon fick ta kontrollen och styrde”. Att låta sig bli styrd, fastna i det mönstret är en sak, men att försöka ta sig ur det är en helt annan! Det var intressant att i handledningsgruppen fundera vidare på vad som hade skett när man väl kommit ur sitt eget låsta beteende, som i det här fallet hade initierats av de egna reaktionerna på denna kvinna. Det gick då lättare att se att denna kvinna hade ett stort behov av att kontrollera och styra. De egna reaktionerna, när Caroline upplevde sig som styrd, blev mycket tydliga, när man såg filmen. Det ledde i sin tur till att Caroline liksom övriga gruppdeltagare kunde känna igen liknande situationer när man hamnar i ”hang-ups”. På så sätt gick detta samspelsmönster att bryta och gruppdeltagarna fick med sig en kunskap också för sitt framtida yrkesliv som går att omsätta även i andra behandlingssituationer.

En av de intervjuade betonade att när det ”känns rörigt” för psykologen i mötet med en patient eller en familj, så är det sannolikt något som faktiskt är rörigt eller diffust i det man som behandlare sett och deltagit i. Att i sin utbildning ha fått bekräftat att sådana känslor är reella och kan vara ledtrådar till hur man som psykolog ska kunna hjälpa patienten, var för alla tre intervjuade

genomgripande upplevelser. Om detta inte hade tagits på allvar, skulle det vara lätt att som behandlare känna sig oduglig. Man förstår inte vad som försiggår och än mindre varför man själv dras in i kraftfält som utspelar sig i terapirummet. Som nyutbildad, och novis i sitt yrke, är man speciellt känslig för sådana egna motöverföringsreaktioner och kan lätt hamna i upplevelser av att man inte kan något och därför inte heller kan hjälpa patienten. Om en patient själv har en förföreställning om att ingen hjälp finns att få av andra, så kan den överföringen lätt interferera med en nybliven behandlares egen osäkerhet. Kontinuerlig handledning för att få hjälp att förstå vad som sker betonas av alla tre intervjuade som nödvändigt för att hitta sina verktyg som behandlare/terapeut. Om man inte har det stödet finns en risk, förutom att man själv kan känna sig mindre duglig, att man helt enkelt avfärdar patienten. Denne passar inte för den behandlingsmetod man har att erbjuda. Om man har en alltför strikt manualbaserad behandlingsmetod, är det lätt att frestas till att uppfatta metoden som något den enskilde patienten ska passa in i och om den inte gör det, så får han/hon söka sig till andra behandlingsformer.

Jonny hade erfarenheter av en handledare på utbildningen som, efter varje nytt patientärende som diskuterades i handledningsgruppen, frågade den studerande om denne tyckte om patienten i fråga. Det blev ett sätt att utforska om det initialt fanns en spontant positivt präglad allianspotential. Om svaret blev ett nej eller en tveksamhet, så fanns det mycket att lyfta fram och diskutera som just berörde behandlarens upplevelser och gensvar på det patienten förmedlade. Är det en känsla av att man blir odugligförklarad eller är det en känsla av att man blir stum och ingen rörelse finns, som kan leda till att förändringsprocesser kan komma igång? Blir man förvirrad och märker att det inte ens går att reflektera över vad som sker i rummet? Alla de motöverföringskänslor som väcks blir användbara för att finna sätt att nå fram till patienten.

Notta hade en psykoanalytiker som handledare på psykologprogrammet och där tränades gruppen att stanna upp och fundera även på små detaljer som en patientimme kunde innehålla. Istället för att det skulle kunna upplevas som något ”mystiskt” att man pratade om känsloreaktioner hos behandlaren, så blev detta till något som kan jämföras med en operationalisering. Det blev ett naturligt

arbetssätt att reflektera över varför man reagerade som man gjorde även gällande små detaljer. Funderingarna utgjorde sedan utgångspunkten för diskussion i handledningsgruppen om tänkbara interventioner inför kommande terapitimmars.

Ett annat ord som kommer upp från de intervjuade, när vi pratar om motöverföringsreaktioner, är att hårbärgera (containing). Detta är, menar de, ett användbart begrepp för att stå ut med att inte veta och att inte genast kunna leverera åtgärdsförslag. I dagens samhälle, och på många psykologprogram, står görandet, en aktiv handling, i fokus för de metoder som lärs ut. Man måste förvisso handla, men när (timing) och hur (i vilka doser) detta kan ske är avgörande för att en patient ska kunna dra nytta av behandlaren göranden.

Vi som intervjuar menar att det är just länken mellan somatiska reaktioner och hur de kan ses som ekvivalenter till det som utspelar sig i spelet mellan människor som är något av de mest användbara terapeutiska verktygen. Att något "förs över" mellan oss människor (mellan kliniker och patient, mellan föräldrar och barn) blir man, menar Jonny, varse när det faktiskt inte verkar ske. Som exempel diskuterar gruppen arbete med barn och ungdomar med kliniska tillstånd som till exempel autistiska drag där man som behandlare upplever att överföringskanalerna är avstängd. En del av de patienter, som man möter på en allmän BUP-mottagning verkar ha stora svårigheter att "föra över" och därför också att ta emot affekter från andra människor. På så sätt får de barnen och ungdomarna inte möjlighet att dela affektillstånd med andra människor. Det, menar vi som intervjuar, leder till stora svårigheter då de inte heller kan ta emot andras sinnestämningar för till exempel nedreglering av olika affektillstånd och att söka tröst hos andra.

Hur används begreppen i den kliniska vardagen på en BUP-mottagning?

Notta, Jonny och Caroline har varit på BUP-mottagningen under olika lång tid, och i olika syfte. Ett av uppdragen, från ansvariga politiker inom landstinget, är inriktning på utredning av neuropsykiatriska tillstånd och behandling av dessa. Så hur kan då begrepp som överföring och motöverföring rymmas inom det kliniska vardagsarbetet i

sådana arbetsuppgifter?

De tre unga psykologerna har alla under sin tid som psykologkandidat/PTP haft individuell psykodynamiskt inriktad handledning på mottagningen. De har också från sin grundutbildning fått med sig respekten för hur motöverföringskänslor kan leda till egna motöverföringsageranden. I de enskilda patientärendena har de alla upplevt av att överförings- och motöverföringsfenomen varit möjliga att ta upp i handledningen eller i samtal med kollegor och att det varit lärorikt att belysa vad som inträffat, hur och varför man reagerat som man själv gjorde. När man så kan hitta orsaker till de egna upplevelserna blir de till användbara arbetsverktyg inför nästa behandlingstimmor med patienten eller familjen. Jonny betonar vikten av att man som behandlare måste gå in med någon form av nyfikenhet i varje behandlingstimmor. Om man är nyfiken, så leder det också till ett reflekterande kring "varför kändes det så här?" På så sätt kan man, genom sina egna upplevelser, få en "intoning" i patientens egen upplevelsevärld och vad som kan tänkas styra den. Han betonar också vikten av att man som behandlare så fort som möjligt försöker tänka på och reflektera över sina egna reaktioner. Vi blir ju påverkade av andra människor och om vi inte tar det på allvar, finns risker att vi som behandlare också dras in i processer som kan leda till vantrivsel i professionen eller till och med egen utbrändhet.

På en direkt fråga från oss intervjuare om man tänker att det finns utrymme på en BUP-mottagning för reflektion av den typ vi samtalar om säger Jonny att man som psykologkandidat kan få sådan plats i sin egen handledning. Alla de intervjuade har dock erfarenheter av att det är sämre med utrymme för sådana reflektioner i det ordinarie arbetet. Behandlingskonferenser präglas oftast av handläggningsdiskussioner och beslut som ska fattas utifrån sådana premisser. Att då få chansen att resonera mer fritt kring enskilda ärenden och egna reaktioner är inte lika stor som under utbildningen, speciellt på mottagningar med krav på upp till sju patientbesök per dag. De intervjuade har alla erfarenhet av kollegor och kurskamrater som gjort sin praktik på sådana mottagningar.

Vid neuropsykiatriska utredningar har man ofta ett visst antal timmar avsatta för att träffa ett barn. Ett testmoment, till exempel en begåvningsbedömning med WISC, bör bli klart på 2–3 gånger.

Om då något händer med barnet i rummet, är det svårt att pressa på med ytterligare testuppgifter. De blir ju dessutom missvisande om barnet inte deltar. Man får förvisso information om barnets beteende, förmåga att uthärda, skjuta behovstillfredsställelse och så vidare. men testresultaten blir inte tillförlitliga. Detta är av extra stor betydelse om ett resultat påverkar ett barns placeringmöjligheter till exempel i särskola. Alla tre intervjuade har erfarenheter av att trötthet hos barnet kan spela in, men att man ändå som utredare känner sig pressad att skynda på med fler testuppgifter. Notta berättar också om ett barn som var nervös för att bli bedömd. Han pratade på och det blev långa omständiga svar på WISC-uppgifterna. I sitt eget bemötande är det lätt att man antingen driver på för snabbt med nya testitem genom att avbryta barnet, eller själv hamnar i situationer när man går med i barnets oro och inte själv förmår styra uppgifterna. Det senare förhållningssättet kan leda till att en testsituation kan dra ut på tiden orimligt länge. Så hur vi kan förstå ett barn som agerar enligt ovan blir därför en intressant fråga och också avgörande för hur man som utredande psykolog väljer att hantera den uppkomna situationen.

Notta har nyligen avslutat sin PTP-tjänstgöring på mottagningen och har nu ett vikariat där. Hon beskriver att det är skillnad i avsatt tid för reflektionsutrymme nu jämfört med när hon gjorde sin PTP. Även som nyanställd, och dessutom ung inom yrket, menar Notta, behöver man förutom metodhandledning också handledning med utrymme för egna reflektioner och upplevelser. Det finns också många alternativa behandlingsinsatser och val av olika utredningsmaterial, som är värdefullt att få diskutera med en mentor/handledare.

Nyligen hade behandlargruppen på mottagningen ett gemensamt handledningstillfälle, där Notta fick frågan ”hur kändes det?” i en specifik situation med en patient. Notta berättar att hon själv slogs av att hon faktiskt inte tänkt så på länge, men hur viktigt det är att det lyfts fram för att inte tappa användbarheten i det arbetsverktyg som den egna resonansen utgör.

Vi diskuterar med de tre unga psykologerna hur de ser på utrymmet att få prata om egna upplevelser och det som den egna kroppen oundvikligen utsätts för i möten med andra människor och deras problemfyllda liv. Om sådant utrymme inte finns på en arbetsplats, kan detta då öka risken för egna

stressrelaterade tillstånd hos behandlare? Vi människor påverkas ju av varandra, såväl i det som sägs och görs (det manifesta) som det som ”ligger under ytan”, det vill säga det som vi tar in i oss utan att vi tänker på det (det latent). Det manifest uppenbara kan vara nog så ansträngande att förhålla sig till, men det är ändå ”uppe på bordet”. Det som inte förmedlas lika tydligt är känslorörelser, överföringar (arbetsmodeller som en patient har från tidigare anknytningsmönster). Troligen är det en kombination av dessa två vägar av input in i behandlaren som påverkar oss och kanske det latent allra mest, eftersom det inte är gripbart för oss. Vår fråga till de tre unga psykologerna utifrån detta resonemang blir om de tror att det är just sådana fenomen som kan leda till att man hamnar i situationer med upplevelsen av att man inte är ”duglig”, inte kunnig nog. De tänker så, men betonar att överförings-/motöverföringsfenomen är mycket verksamma arbetsinstrument, om man känner till att dessa påverkar oss och om vi kan få tid och möjligheter att undersöka våra upplevelser med en nyfiken och intresserad inblick. Om inte, blir sådana faktorer mer av ett störningsmoment för den metod man vill använda sig av.

Hur kan man förklara överföring och motöverföring för dem som inte känner till begreppen?

Hur kan man förklara att överföring och motöverföringskänslor och reaktioner faktiskt har en betydelse inom kliniska och sociala verksamheter, som till exempel BUP, den somatiska vården, socialtjänsten, inom skolor, förskolor, åldringsvården? Vi lever just nu i en kultur där snabbt åtgärdande präglar oss och därmed också föräldrar, ungdomar och barn som söker hjälp. Alla intervjuade har träffat familjer som tidigare sökt hjälp, fått viss sådan, men återkommer eftersom problemet inte löst sig. En del av dessa har erbjudits snabba åtgärder. Ibland adekvat, ibland sådana som egentligen inte passade den unika familjen eller patienten.

Om man som utbildare eller anställd inom offentlig tjänst, tycker att det är märkligt att benämna fenomenen som ”föra över något” – likt en suspekt radiotransmission – så dras man ändå in i sådana situationer i den kliniska vardagen. Om de som undervisar kunde bli mer alerta på ”översätt-

ningsarbete” – tillämpningar i vardagsupplevelser som vi alla råkar ut för – så kanske begreppen skulle bli lättare att ta till sig, menar de intervjuade. Om det dessutom är så att vi alla utsätts för destruktiva eller stumma kraftfält när vi arbetar med patienter som förmedlar sådana, så leder ju detta till negativa reaktioner hos de anställda. Som tidigare nämnts, kan risker för utmattningsreaktioner följa, med sjukskrivningar som följd. Jonny betonar att det är viktigt att inse att vi aldrig kan gå in helt neutralt i möten med andra människor. Vi kan lockas till att dra förhastade slutsatser, hoppa över frågor som kan vara relevanta, eftersom det outtalat förmedlas att de områdena ska man inte beröra. Så hur, och varför, vi hanterar det som en familj eller en enskild patient förmedlar blir därför högst intressant. Det är utifrån svar och reflektion kring de frågeställningarna som kan ge oss en inblick i den unika patientens inre föreställningsvärld.

På en BUP-mottagning träffar behandlaren många patienter. En del är lätta att få kontakt med. De svarar på frågeformulär och andra screening-instrument ungefär så som manualen beskriver i respektive åldergrupp eller för olika diagnoskriterier. Jonny pekar på det faktum att många av de patienter han möter under sin PTP inte gör så. Istället ställs man som psykolog inför situationer, när man till exempel ska göra begåvnings- eller depressionsbedömningar, där patienter ger sådana gensvar i kontakten att man inte kan fullfölja en testning. Här, menar de tre intervjuade, räcker det inte med att bara ha kunskap om testmetodik. Man måste också ha en repertoar av förhållnings-sätt som psykolog som gör att man kan fortsätta kontakten med patienten.

En del blivande psykologer menar att man inte behöver egen terapi eller kunskaper om vad som sker vid ”transferering” mellan oss människor. De tre intervjuade pekar dock på vikten av egen terapi, liksom vikten av att skaffa sig kunskaper om nämnda fenomen, som en förutsättning för att aktivt arbeta med att behålla sin nyfikenhet och mottaglighet för vad som kan tänkas ske i ett behandlingsrum. Detta oavsett vilka metoder och tekniker man använder sig av.

Vi reagerar oftast inom loppet av några nanosekunder på andra människor. De har inte hunnit göra något, än mindre säga något, och ändå har våra kroppsliga organ tagit emot en ström av impressioner i form av olika sinnesförnimmelser.

Om dessa sinnesförnimmelser är kongruenta med det som senare visar sig så är det inte så svårt att skaffa sig en egen uppfattning – på gott eller ont – om andra. Vad som blir mer komplicerat för oss behandlare, är om dessa snabba kroppsliga sinnesintryck – som definitivt inte hunnit nå upp till mer reflekterande delar av vår hjärna – inte stämmer med det som sedan förmedlas. Då hamnar vi i inkongruenta kognitiva och affektiva sinnestillstånd. Det är i sådana situationer vi behöver kunskaper och utrymme för reflektion.

Samma våglängd

Det finns många vardagliga begrepp som beskriver de fenomen som vi samtalar om, till exempel intoning, samstämmighet, personkemi som stämmer/ inte stämmer. Vad kan det vara som gör att man ”sjunger i samma tonart” eller är på ”samma våglängd”? Alla dessa liknelser finns ju i vår vardagliga vokabulär, så oavsett om vi vill benämna dem överföring/motöverföring eller inte, så är dessa begrepp något som de flesta människor känner igen. Kanske kan sådant översättningsarbete också vara en genväg för studerande på psykologprogrammen att kunna greppa sådana abstrakta begrepp som ”transferens” mellan olika människor.

Vi har i samtal med de unga psykologerna inte närmare berört ”transferens”, det vill säga vad det kan vara som får en patient att föra över något till oss behandlare. Detta är ett omfattande begrepp som innefattar hur en människas tidigare upplevelser i livet leder till förföreställningar om hur möten med nya människor kommer att gestalta sig. Detta är något som kräver kunskaper om normal utvecklingspsykologi och avvikelser i form av psykopatologiska tillstånd. De anknytningsmönster som en individ fått med sig tidigt i livet påverkar självfallet även nya möten. Även om detta inte är några enkla sanningar om vad som styr en människas känslor och upplevelser idag, så kan det ändå vara möjligt att utforska till exempel tidigare anknytningsmönster. På så sätt kan överföringsfenomen från en patient sannolikt vara lite lättare att upptäcka, än de motöverföringsreaktioner man själv som behandlare svarar med. Dock är det ju så att det är först när vi själva känner av motöverföringen inom oss som vi börjar fundera över varför vi reagerar som vi gör och hur detta kan hänga samman med

något patienten sagt eller gjort, eller inte nämnt. Oftast sker detta till en början på en omedveten nivå. Så hur kan vi då som behandlare bli mer medvetna om våra egna reaktioner? Egen fortbildning är en väg, men än viktigare, menar vi alla som deltar i samtalet, är den kvalitetssäkring av patientarbetet som handledning och behandlingskonferenser med kollegor kan erbjuda.

På vilket sätt kan man då i den kliniska vardagen få stöd av kollegor/handledare för att finna sätt att komma på en "våglängd" som en patient eller familj kan ta emot? Och hur ska vi själva bli mer mottagliga för de "våglängder", som egentligen inte appellerar till oss? Av de familjer som söker barn- och ungdomspsykiatri finns många med kommunikationsmönster som inte alltid är utvecklingsbefrämjande för de unga i familjen, varför ett "våglängdsbyte" är av betydelse även inom familjens samspelelmönster.

Det är ju vi behandlare som kan ändra våra förhållningssätt, backa i vissa frågeställningar, bestämma hur vi rent konkret sätter oss i förhållande till en patient, hur vi hälsar och så vidare. Vi kan ju inte förutsätta att patienten ska ändra sig för att passa in i några mallar som passar oss. En förändring kanske är både önskvärd och nödvändig, men i så fall måste man fundera mer ingående över varför familjen inte självmant ännu har kommit på den lösningen – vari ligger hindren för en mer saluto-gen utveckling? Caroline nämner igen den nytta hon hade av att i handledning studera och reflektera kring videospelade behandlingskontakter. Att få chansen att titta på sig själv och reflektera kring vad som sker i samspelet är en väg till att förstå mellanmänskliga processer, hur de utvecklas och fortgår eller abrupt avbryts. Det är en förfining av det arbetsinstrument som en behandlare, oavsett inriktning, alltid utgör. Caroline berättar också att hon trodde att man använde sig av sådan teknik i det ordinarie arbetet på BUP. Delvis var det så tidigare (till exempel i familjeterapisessioner), men det är inte lika vanligt i dag. När man använder sig av sådan teknik, så är det oftare i metoder som är direkt inriktade på samspelet mellan föräldrar och barn, till exempel MarteMeo eller Theraplay.

Att titta på filmer på sig själv är minst sagt en självutlämnande erfarenhet. Det förutsätter därför att man är i en någorlunda trygg grupp av kollegor eller kurskamrater som alla respekterar varandra. Samma grundförutsättningar gäller förstås också i

handledningssituationer och på behandlingskonferens för att det ska kännas möjligt att prata om de känslor och tankar som uppstår hos mig som behandlare.

Kan begreppen överföring/motöverföring bli användbara i det framtida yrkeslivet?

De tre intervjuade är ännu i början av sin yrkeskarriär och har ännu inte helt bestämt sig för framtida inriktningar. Oavsett framtida val råder det dock en stor enighet kring det absoluta värdet av att det på arbetsplatsen finns ett tydligt utrymme för just reflektion och tankar kring det arbetsinstrument som en behandlare, oavsett inriktning, alltid utgör.

Vid sidan av nödvändig vidareutbildning och metodutveckling ser alltså våra unga kollegor det som viktigt att det finns ett tryggt rum där frågor som "hur kändes det?", "tyckte du om honom?" kan ställas och reflekteras kring. I ett sådant rum har begrepp som överföring och motöverföring både en funktion och ett självklart värde.

Intervjuare

Britta Blomberg och Gudrun Engström Riedel
Mellanrummets redaktion

info@mellanrummet.net