

EPU 15/18

PSYKOTERAPI PÅ BRISTNINGSGRÄNSEN

Psykioterapeuters erfarenheter av arbete med
ungdomar med allvarlig psykisk problematik

Karin Åsebring

Ericastiftelsens psykioterapeutprogram
med inriktning på barn och ungdomar, 90 hp
Examensarbete 15 hp, 2018

Handledare: Andrzej Werbart

ERICASTIFTELSEN

PSYKOTERAPI • UTBILDNING • FORSKNING

PSYKOTERAPI PÅ BRISTNINGSGRÄNSEN

Psykioterapeuters erfarenheter av arbete med ungdomar med allvarlig psykisk problematik

Karin Åsebring

Ericastiftelsens psykioterapeutprogram med inriktning på barn och ungdomar, 90 hp

SAMMANFATTNING

Syftet med studien var att kvalitativt undersöka psykodynamiskt inriktade psykioterapeuters erfarenheter av psykioterapi med ungdomar med problematik inom spektrum personlighetssyndrom borderline (DSM-5) eller annan allvarlig psykisk problematik. Detta med utgångspunkt i fenomenen överföring och motöverföring, som avser känslorna som väcks i terapirelationen. Fem legitimerade psykioterapeuter intervjuades och dataunderlaget analyserades enligt fenomenologisk metod. Samtliga psykioterapeuter kunde beskriva episoder av nästan outhärdligt bärande av patientens lidande, som på bristningsgränsen till att inte stå ut men ändå fortsätta bära. Hos fyra av psykioterapeuterna beskrevs oro för patientens liv både under och mellan sessionerna, vilket kunde kännas övermäktigt och ensamt som ett yttersta ansvar för patientens liv. Samtliga beskrev motstridiga känslor i relation till patienten. Det kunde handla om tomhetskänslor, rädsla, oro och uppgivenhet, men också känslor av omsorg, ömhet, beundran osv. Resultatet diskuterades i relation till hur motöverföring kan aktivera psykioterapeutens egen sårbarhet och svårighet att hålla isär känslornas ursprung, och vilken påverkan det kan ha på terapin och på psykioterapeuten själv. Det framkom att relationen mellan patient och psykioterapeut hade stor betydelse, relaterat till hur psykioterapeuterna upplevde och hanterade den psykioterapeutiska processen. Upplevelsen var att det fanns ett samband mellan förmågan att hantera svåra motöverföringskänslor och ett lyckat terapeutiskt utfall för patienten.

Nyckelord: ungdomar, psykioterapi, borderline, överföring och motöverföring

Förord

Jag vill rikta ett stort tack till de fem psykoterapeuter som så generöst delade med sig av sina erfarenheter. Jag vill också innerligt tacka Andrzej Werbart för värdefull handledning, inspiration och hopp. Det har varit ett angeläget uppsatsämne att fördjupa sig i som gett nya perspektiv på psykoterapeuters viktiga arbete.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Allvarlig psykisk problematik	1
BPD, borderline personality disorder	2
Ungdom och BPD	3
BPD och suicidalitet.....	4
BPD och psykoterapi med ungdomar.....	5
Överföring och motöverföring	7
Psykoterapeuters känslor och den relationella aspekten	8
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	9
Syfte	9
Frågeställningar	10
METOD OCH TILLVÄGAGÅNGSÄTT	10
Undersökningsdeltagare	10
Patienterna	10
Datainsamlingsmetod	11
Analys.....	11
Etiska hänsyn.....	12
Tillförlitlighet	12
Reflexivitet	12
RESULTAT	12
Att känna sig utvald som terapeut och ha en speciell relation	13
Motstridiga känslor	14
Att bli påverkad i sin terapeutroll och på ett personligt plan	16
På bristningsgränsen att inte orka bära patientens lidande, men ändå stå ut.....	18
DISKUSSION	19
Diskussion av metod	19
Diskussion av resultat.....	20
Slutord och vidare studier	23
REFERENSER.....	23
BILAGA 1 BREV TILL INFORMANTER	
BILAGA 2 INTERVJUGUIDE	

INTRODUKTION

"Det är så mycket som står på spel för en människa som har erfarenhet av att nästan förintas av ångest", menar Belin (2007). Belin betonar vikten av att förstå försvarsstrategier som skydd mot överväldigande känslor av ångest. Den här studien fokuserar på psykoterapeuters erfarenheter av unga patienter med en ångestproblematik som går att förstå inom spektrum personlighetsyndrom, borderline, fortsättningsvis benämnt med den engelska beteckningen BPD (borderline personality disorder), eller annan allvarlig psykisk problematik. För att definiera vad jag menar med allvarlig psykisk problematik tar jag hjälp av Belin (2016) som beskriver bland annat ungdomar som ofta blir aktuella som patienter inom vuxen- och barnpsykiatri eller som svåra klienter inom socialtjänst, missbruksvård, familjehemsvård och HVB-hem. Det är ungdomar med framträdande brister i samspelsförmåga, som har eller får "diagnoser som personlighetsstörning, psykos eller autismspektrumstörning" (ibid s. 2). Jag har intresserat mig för det känslomässiga spänningsfält i terapirelationen, i terapier med dessa ungdomar, som går att förstå i termer av överföring och motöverföring. Dessa fenomen och centrala begrepp i psykodynamisk och psykoanalytisk teori "som är terapins kärna och pulsåder" (Wrangsjö & Winberg Salomonsson, 2007 s. 229). Min intention har varit att förstå mer om de känslor som väcks hos psykoterapeuten i terapier med denna patientgrupp, hur det har påverkat terapin och vilken påverkan det har haft på psykoterapeuten. Den här studien är ett försök att lyfta dessa frågor för att se vad vi kan lära oss av enskilda psykoterapeuters unika upplevelser och beskrivningar av dessa fenomen, i sin kliniska verklighet.

Egna erfarenheter av ungdomar med BPD ligger bakom uppsatsens fokus och avgränsning av psykisk problematik. Det handlar om egna erfarenheter av att ta emot och hållbara skrämmande, komplicerade, ibland obegripliga känslor och ibland svårigheter att veta vad som är mitt eller ditt. De ungdomar jag syftar på har oftast en gemensam historia av trauma i barndomen eller i unga år i form av tidig övergivenhet, omsorgsbrist, anknytningsbrott, utsatthet för våld eller sexuella övergrepp inom familjen. De har gemensamt starka bindningar till destruktiva livsmönster och generellt svårt i relationer. Att kunna vara till hjälp och att orka hålla ut, det är min personliga drivkraft till att kvalitativt undersöka vilka känslor psykoterapeuter kommer i kontakt med och hur de hanteras i terapier med dessa unga, samt att belysa både svårigheter och framgångsfaktorer i den terapeutiska processen.

BAKGRUND

Här redogörs för uppsatsens centrala teorier och begrepp. Den omfattande litteratur och forskning som finns om såväl BPD-patologin som fenomenen överföring och motöverföring i terapirelationen, ger vid hand att det är komplexa områden att studera. BPD som psykisk problematik ges ett större utrymme i bakgrunden. Detta med hänvisning till att det är den problematik som framträder tydligast i resultatet. Redovisningen nedan är ett försök att i möjligaste mån lyfta fram det väsentliga relaterat till studiens syfte och innehåll.

Allvarlig psykisk problematik

Belin (2016) använder tyngre psykisk problematik för att beskriva personer med allvarlig psykisk ohälsa och kategoriserar en patientgrupp med diagnoser som personlighetsstörning, psykos eller autismspektrumstörning. Enligt Belin (ibid.) är det en patientgrupp som ofta har svårt att ta emot hjälp och knyta an på ett tryggt sätt till sin behandlare och menar att detta blir till hinder i det terapeutiska arbetet. I en artikel i Psykoterapi (2016) lyfter Belin frågor om hur vi bättre kan förstå dessa människors utgångspunkter och förutsättningar för terapeutisk behandling. Han menar att det är ett tålamodsprövande arbete som kräver beredskap för att överhuvudtaget möjliggöra läkning, mognad och förändring hos patienten. Belin (ibid)

problematiserar en samtid som präglas av vårdverksamheter med fokus på ekonomisk effektivitet med korta insatser där patienter förväntas medverka i strukturerade och mätbara förändringsprocesser. Han åsyftar ovan benämnd patientgrupp och menar att personer som lider av allvarlig psykisk ohälsa behöver mötas av kontinuitet och tålmod i behandlingsrelationerna. Det tar tid att bygga upp trygghet och stabilitet i den terapeutiska relationen, vilket är avgörande för att kunna öppna upp känslomässigt och ta emot hjälp. Belin menar att det återkommande blir bekräftat hur avgörande en tillräckligt trygg och bärande terapeutisk relation är för att väcka hopp och motivation hos dessa patienter. ”Det ligger eviga värden kopplade till att erbjuda tid, kontinuitet och tålmod” (Belin, 2016, s.2).

BPD, borderline personality disorder

Rydén och Wallroth (2008) hänvisar till psykoanalytikern Adolph Stern (1938) som den första att göra en grundlig beskrivning av en patientgrupp på gränsen mellan de psykotiska och neurotiska tillstånden, en "border-line group" (ibid, s. 221). Beteckningen borderline refererar till en patientgrupp som i början av 1900-talet inte passade in i de huvudtyper av psykiska sjukdomar som man tänkte sig då: psykotiska tillstånd som schizofreni och manodepressiv psykos med förlorad verklighetsuppfattning och neurotiska problem med bevarad verklighetskontakt (Rydén & Wallroth, 2008). Begreppet var tänkt att beskriva patienter som både var svåra att klassificera och behandla (Stern, 1938.)

Borderlineproblematiken beskrevs bland annat i termer av patienternas djupa osäkerhet, starka underlägsenhetskänslor och extrema överkänslighet. Gemensamt för patientgruppen var användandet av projektion som försvar mot oönskade känslor och impulser, det vill säga den försvarsmekanism som tillskriver andra dessa känslor i stället (Rydén & Wallroth, 2008). Otto Kernberg (1967, 1975) byggde vidare på tidigare antaganden och utvecklade borderlinebegreppet. Dels genom att systematiskt beskriva borderlinetillstånden och dels genom att förklara uppkomsten med utgångspunkt i individens personlighetsstruktur. Han benämner tillståndet borderline personlighetsorganisation (BPO). Istället för att tala om personlighetsstörning och ett antal psykiatriska symtom vill Kernberg ge en bild av hur personligheten fungerar som helhet (Rydén & Wallroth, 2008). I enlighet med det skiljer han på BPO och NPO (neurotisk personlighetsorganisation) och PPO (psykotisk personlighetsorganisation). Kernbergs (ref. i Rydén & Wallroth, 2008) beskrivning av BPO är komplex men utgår från uppfattningen om en medfödd eller av svåra psykosociala påfrestningar utvecklad aggressivitet och betonar särskilt tre personlighetsdrag:

Identitetsdiffusion (motstridiga bilder av en själv och andra, vilket ofta leder till tomhetskänslor och till snabba kast i uppfattningen av en själv och andra).

Användning av splitting (en försvarsmekanism som innebär att man omedvetet delar upp bilden av en själv eller andra i en god och en ond del) och andra primitiva försvarsmekanismer som bygger på splitting: projektion, projektiv identifikation (att projicera en önskad aspekt av sig själv på en annan människa och dessutom få den andra att tänka, känna och handla på ett sätt som överensstämmer med projektionen), förnekande (att undvika att se, tänka på och tala om obehagliga upplevelser och föreställningar) omnipotens (att uppfatta sig som allsmäktig och odelat god) idealisering (att uppfatta andra som odelat goda) och nedvärdering (att uppfatta sig själv och andra som värdelösa).

God förmåga till realitetsprövning (förmåga att skilja på fantasi och verklighet), utom när det gäller gott och ont (Rydén & Wallroth, 2008 s. 222)

BPD som ett begrepp av central psykoanalytisk betydelse blev erkänd som diagnos i tredje utgåvan av DSM-III (1980) (McWilliams, 1994). Enligt McWilliams (ibid.) var det en viktig milstolpe som bekräftade att psykoanalytisk diagnostik har relevans. Författaren menar dock att diagnosen finns med i avsnittet om personlighetsstörningar och att det kan leda till förvirring eftersom beteckningen avser ”en patologisk nivå snarare än en typ av patologi” (s.79). McWilliams tydliggör det genom att beskriva olika personlighetsbeteckningar som alla

kan förekomma på neurotisk-, borderline- respektive psykotisk nivå, exempelvis kan man ha narcissistisk personlighetsstruktur på borderlinenivå.

Bordeline som diagnos, eller borderlineliknande diagnos: *emotionellt instabil personlighetsstörning* finns med i de två diagnostiska system som används inom psykiatri idag: Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) som är den mest använda inom psykiatri, respektive International Classification of Diseases (ICD-10), som ges ut av Världshälsoorganisationen (WHO), (1992). I den amerikanska upplagan av DSM-5 används beteckningen *borderline personality disorder* (BPD), vilket också är den mest etablerade förkortningen. I den svenska översättningen används beteckningen "*personlighetsyndrom borderline*" och beskrivs som:

Ett genomgående mönster av påfallande impulsivitet samt instabilitet med avseende på mellanmännsliga relationer, självbild och affekter. Problematiken visar sig i ett flertal olika situationer och sammanhang från tidig vuxenålder (MINI-D 5, 2015 s. 271).

Störningen är ofta komorbid med andra psykiska sjukdomar och i hög utsträckning relaterad till självskada och suicid (Black, Blum, Pfohl, & Hale, 2004).

Ungdom och BPD

Enligt Kernberg (ref. i Bintzler, 1978) är i stort sett samma strategi för psykodynamisk diagnostik och behandling att rekommendera för både vuxna och ungdomar med BPD. Han betonar dock att det måste ske med uppmärksamhet på ungdomars pågående utvecklingsprocess, vilket komplicerar differentialdiagnostiken. Det kan till exempel vara svårt att skilja mellan svårare karaktärspatologi och asociala drag, som är en mer neurotisk anpassning till asociala gruppnormer. I en artikel hävdar Larrivé (2013) att många studier tyder på att vi på ett tillförlitligt sätt kan diagnostisera BPD hos ungdomar. Enligt artikelförfattaren tenderar dock kliniker att vara ovilliga att diagnostisera BPD hos ungdomar, eftersom ungdomar befinner sig i en övergångsperiod som till sin natur är turbulent och att detta inte får förväxlas med personlighetsstörning. Det finns fler anledningar till att kliniker är tveksamma till att ställa diagnoser som BPD hos ungdomar. Dels finns en försiktighet mot att dra för tidiga slutsatser med tanke på att dessa psykiatriska tillstånd anses kroniska, och dels att man riskerar att sätta en diagnosetikett i unga år som kan vara till men för patienten. Larrivé (2013) menar att det stämmer att humörsvängningar och i viss utsträckning impulsivitet och riskbeteende är vanligt förekommande hos ungdomar, men att de flesta inte är det i allvarlig bemärkelse. Med förståelse för att patologisering av normalbeteende bör undvikas, pekar Larrivé (2013) på flera fördelar med diagnostisering av BPD hos ungdomar, när det är kliniskt lämpligt. Författaren menar att det kan innebära att psykofarmaka ges i mindre utsträckning till förmån för psykoterapi. Detta eftersom det finns starkt forskningsstöd för att psykoterapi i dessa sammanhang är mer effektivt, samt att tidigare upptäckt kan erbjuda tidiga interventioner och möjlighet att förebygga utveckling av ett beteende som på sikt kan få allvarliga konsekvenser för funktionsförmåga och psykisk ohälsa.

Kaess, Brunner och Chanen (2014) menar att BPD har varit en kontroversiell diagnos att ställa hos ungdomar, men att denna kritik inte längre är berättigad. Författarna hänvisar till att ny forskning nämligen visar att BPD-diagnosen är lika pålitlig och giltig bland ungdomar som den är hos vuxna, och att ungdomar med BPD kan dra nytta av tidig upptäckt och tidiga interventioner. Följaktligen menar författarna att BPD hos ungdomar nu är erkänt i psykiatriska klassificeringssystem och i nationella behandlingsriktlinjer (ibid.). Larrivé (2013) anger att BPD-drag är formbara och flexibla hos ungdomar, vilket betyder att det är en bra livsfas att pröva interventioner. Författaren hävdar också att det finns evidens till stöd för användningen av tidiga interventionsprogram för BPD hos ungdomar.

Fortfarande råder olika uppfattningar bland forskare och teoretiker om vilka huvudsakliga orsaker som ligger bakom BPD och vilka symtom som är specifika. I DSM-5 ligger tyngdpunkten på svårigheter med separationer och instabila relationer. Andra forskare ser på BPD som en affektiv störning och betonar nedstämdhet och känslomässig instabilitet som centrala symtom (Akiskal, 1981; Linehan, 1993; Stone, 1980). Zanarini (1993) tar fasta på impulsiviteten som grundorsak och placerar BPD i en grupp med impulsspektrumstörningar. Andra predisponerande faktorer kan vara djup depression hos modern under barnets två första levnadsår samt svåra händelser senare i livet, av framförallt interpersonell karaktär (Liotti, Pasquini & the Italian Group for the Study of Dissociation, 2000; Pagano, et al. 2004).

Som nämndes inledningsvis är BPD ofta komorbid med andra psykiska sjukdomar. Många borderlinepatienter uppfyller också kriterier för andra personlighetssyndrom (Mattia & Zimmerman, 2001) och majoriteten av de som lider av BPD har även andra psykiska problem. Vanligt är depression, dystymi, bipolärt syndrom, ångest/panikångest och PTSD, ätstörningar och missbruk av alkohol och andra droger (Skodol et al., 2002). Rydén och Wallroth, (2008) hänvisar till Bateman och Fonagy (2004b; 2001) och uppger att sannolikt mellan 40-70 procent av borderlinepatienterna har varit utsatta för sexuellt våld och att det också är vanligt med fysisk och psykisk misshandel, försummelse och vanvård. Författarna hänvisar vidare till ett flertal studier som visar på extremt hög anknytningsångest hos de flesta vuxna med BPD, och ett anknytningsmönster som oftast är otryggt ambivalent. Många av patienterna har också ett desorganiserat anknytningsmönster. I Rydén och Wallroth (2008) framkommer att det på senare år (med observation för bokens utgivningsår) gjorts flera långtidsuppföljningar på patienter med BPD som visat på en mer positiv bild av BPD som behandlingsbar och inte i det närmaste behandlingsresistent som man tidigare antagit (Fonagy & Bateman, 2006; Paris, 2003). Rydén och Wallroth (2008) hänvisar vidare till två olika studier som visat på positiva behandlingsresultat: Zanarini, Frankenburg, Hennen och Silk (2003) undersökte hur 264 diagnostiserade BPD-patienter inlagda på psykiatrisk klinik mätte sex år efter inläggning. Det visade sig att så många som 75 procent av patientgruppen inte längre uppfyllde kriterierna för BPD. I Paris och Zweig-Franks (2001) undersökning följdes 64 patienter med BPD upp till 27 år, då bara fem av patienterna (7,8 procent) fortfarande uppfyllde kriterierna. De flesta av patienterna i de här uppföljningarna hade fått mycket och olika slags behandling, vilket enligt forskarna bekräftar nyttan av behandling.

BPD och suicidalitet

BPD innebär stort lidande och är en sjukdom med hög dödlighet: nära 10 procent suiciderar och nästan lika många dör i förtid i fysiska sjukdomar eller i olyckor (Rydén & Wallroth, 2008). I en artikel av Goodman, Roiff, Oakes och Paris (2012) framhåller författarna att en av de största utmaningarna i modern psykiatri är att hantera och bedöma risker hos suicidala patienter med BPD. Upp till 60-70 procent av patienter med BPD gör suicidförsök under sitt sjukdomsförlopp och 5-10 procent tar slutligen sitt liv (American Psychiatric Association, 2010) Trots de ackumulerade data som finns inom området, finns idag inte tillräcklig kunskap för att kunna identifiera riskpatienter med BPD, vilket medför begränsad suicidprevention i form av riktade medicinska och kliniska behandlingsinterventioner (Goodman et al., 2012).

Hopwood, Thomas och Zanarini (2011) menar att det fortfarande råder såväl teoretiska variationer och oenighet i hur man ser på tillstånd och behandling av BPD-patienter och att behandlingsutsikterna sannolikt skulle underlättas av en bättre förståelse för problematiken. Om det psykoterapeutiska arbetet med ungdomar i allmänhet och ungdomar med BPD i synnerhet innebär särskilda utmaningar undersöks under nedanstående rubriker. Bland annat redovisas några exempel på riktade behandlingsmodeller för patienter med BPD, som bygger

både på gemensamma och skilda antagande om vilka centrala faktorer som ligger till grund för problematiken och hur den bäst kan behandlas.

BPD och psykoterapi med ungdomar

Atzil-Slonim, Tishby och Shefler (2014) menar att forskare och teoretiker idag är överens om att terapirelationen är nyckeln till framgång i behandling av ungdomar. Dock hävdar de att forskning kring patient-terapeutrelationen i ungdomsterapier jämfört med motsvarande i vuxenterapier är relativt ringa. Författarna hänvisar också till att de specifika egenskaper som hör till denna åldersgrupp, inklusive ungdomars tendens att vara mycket ambivalenta i förhållande till behandling och relativt ofta utebli, har lett olika modeller av terapi att betona vikten av att utveckla en stark terapeutisk relation till ungdomar för att få förtroende och behålla dem i behandling. Wrangsjö och Winberg Salomonsson (2007) menar att tonårsterapier ofta kommer att handla om "att komma eller inte komma", och att psykoterapeuten behöver ha en mer flexibel hållning till ramar i terapier med tonåringar jämfört med terapier med vuxna. I relation till vuxenterapier innebär också tonårsterapier i högre grad utmaningar där psykoterapeuten behöver svara upp tydligt rakt och personligt, där man i en vuxenterapi kanske skulle förhålla sig mer avvaktande eller göra tolkningar (Wrangsjö & Winberg Salomonsson, 2007).

Tonåringen befinner sig mitt mellan barndom och vuxenhet och tonårstidens utvecklingsuppgifter handlar mycket om självständighetsutveckling och befastande av identitet (Wrangsjö och Winberg Salomonsson, 2007). Enligt Atzil-Slonim, Wisemana och Thisby (2015) menar nutida sociala forskare att övergången till vuxenlivet, i västerländska industrialiserade nationer, inleds i tonåren och fortsätter genom tjugoårsåldern. Utvecklingsperioden är tillräckligt lång för att utgöra två separata utvecklingsfaser: ungdom och det framväxande vuxenlivet. Forskarna menar att var och en av dessa åldersgrupper kämpar med karakteristiska utvecklingsutmaningar, och att de flesta ungdomar och unga vuxna möter och hanterar dessa utmaningar på ett framgångsrikt sätt. För vissa kan dessa utmaningar dock vara överväldigande eller endast delvis uppnådda, vilket kan leda till utvecklingskomplikationer och psykisk ohälsa.

Den ungdomspatientgrupp som är i fokus i den här uppsatsen har oftast särskilt svårt med rigida ramar och att acceptera den professionella inramning som psykoterapeuten och terapin utgör. För att klara av det behöver psykoterapeutens bemötande vara varmt, respektfull och präglas av tålmod i syfte att ge patienten erfarenheter av goda relationer även om deras behov av villkorlöshet inte kan tillgodoses (Belin, 2007). Belin menar att även relationer av detta slag kan vara genuina och uppbyggliga för patienten, och att tryggheten i relationen utgör förutsättning till mod att växa och förändras.

Individuell psykoterapi är en nyckelkomponent i tidiga insatser för patienter med BPD, och det finns flertalet BPD-specifika tillgängliga behandlingsmanualer för psykoterapi med ungdomar med BPD (Kaess, Brunner och Chanen, 2014). Några av de allmänt använda BPD-specifika psykoterapeutiska metoderna beskrivs mer översiktligt här:

Överföringsfokuserad psykoterapi (TFP) är en manualiserad och evidensbaserad behandling för patienter med BPD eller annan allvarlig personlighetsstörning (Yeomans, Levy, & Caligor, 2013). Den bygger på psykoanalytiska idéer och tekniker, vilka har modifierats och konceptualiserats för behandling av allvarlig personlighetspatologi (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006). Enligt Kaess, Brunner och Chanen (2014) kombinerar TFP klassiska analytiska tekniker med ett mer strukturerat och närvarofokuserat förhållningssätt som passar ungdomar med BPD:s behov. TFP har manualiserats och anpassats för behandling av ungdomar med BPD, men har ännu inte utvärderats specifikt för ungdomar (ibid.).

I TFP beskrivs psykoterapeutens förhållningssätt i termer av engagemang, interaktivitet och känslomässig uppmärksamhet som grund för en hållande terapeutisk miljö. Det skapar förutsättningar för psykoterapeuten att både acceptera och härbärgera patientens negativa affektiva tillstånd utan att varken förneka affekterna eller reagera på ett återgåldande sätt. Tryggheten och stabiliteten i den terapeutiska miljön tillåter patienten att börja reflektera kring nya erfarenheter av att vara med en annan person, här och nu (Yeomans, Levy & Caligor, 2013). De viktigaste målen i behandlingsmodellen TFP är att stödja bättre beteendemässig kontroll och att öka reflektions- och affektregleringsförmågan, men det yttersta målet är att främja identitetsintegration.

Supportive Psychoanalytic Therapy (SPT) som den beskrivs av Carsky (2013), genomsyras av psykoterapeutens förmåga att ge patienten emotionellt stöd, erbjuda problemlösning och bekräftelse med syfte att bibehålla en övervägande positiv överföring framför negativ dito. I SPT antas förändringsprocesser ske genom patientens växande, vilket underlättas av ett positivt förhållande till psykoterapeuten. Detta i jämförelse med en mindre närvarande, mer anonym och mer neutral psykoterapeutisk hållning, som anses hindra eller åtminstone bidra till frustration och negativ överföring (Piper et al., 1998; enligt Carsky, 2013). Man menar att det uppmuntrar patienten att identifiera sig med och anta terapeutens kognitiva och känslomässiga attityder (Kernberg, Yeomans, Clarkin & Levy, 2008 ref. i Carsky, 2013), samt stärker självkänslan och känslor av trygghet (Pinsker et al., 1991 ref. i Carsky, 2013). Vidare framgår att patientens adaptiva funktion förbättras genom detta stöd och att man vid behov även bidrar med direkt hjälp i situationer utanför terapin.

Mentaliseringsbaserad behandling (MBT) för BPD-patienter beskrivs bl.a i en studie av De Meulemeester m.fl. (2017). Författarna menar att det mentaliseringsbaserade förhållningssättet till BPD-patologin har rönt ökad uppmärksamhet de senaste två decennierna, och hänvisar vidare till Bateman och Fonagy (2008) som framhåller att det mentaliseringsbaserade förhållningssättet till BPD ger en omfattande teoretisk ram för bättre förståelse av BPD, vilket i sin tur lett till en utveckling av MBT. MBT är en av de terapiformer som i en RCT-studie (Rossouw & Fonagy, 2012) har visat på goda resultat för ungdomar med självskadebeteende, däremot har MBT ännu inte evidensprövats i någon studie specifikt för ungdomar med BPD.

I MBT är fokus på att stärka patienternas mentaliseringsförmåga, vilket är tänkt att förbättra affektreglering och interpersonell funktion (Fonagy & Bateman, 2006). Mentaliserande eller reflekterande som funktion är en form av social kognition som refererar till förmågan att reflektera över inre mentala tillstånd (t.ex. känslor, önsknings, attityder och mål) hos sig själv och andra (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Bateman & Fonagy, 2008; Fonagy & Luyten, 2009). Studier som undersöker mentalisering hos BPD-patienter har funnit en paradoxal kombination av överkänslighet mot andras känslomässiga tillstånd utifrån deras yttre egenskaper (t.ex. ansiktsuttryck) och påtaglig försämrad förmåga att reflektera över interna mentala tillstånd hos både sig själv och andra (Fonagy & Luyten, 2009).

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en anpassad behandlingsmetod för BPD-patienter med framförallt suicidal problematik. DBT har visat goda resultat i ett stort antal studier i form av bland annat tydlig minskning av självskadebeteende, självmordsförsök och missbruk, ökad social förmåga och minskad ilska (psykiatrinordvast.se, 2018-01-11). Kaess, Brunner och Chanen (2014) tar upp dialektisk beteendeterapi för ungdomar (DBT-A), som kombinerar delar av kognitiv beteendeterapi med medvetenhet och avslappningsteknik från Zenbuddhismen. Enligt författarna kännetecknas DBT av färdighetsträningsgrupper, som syftar till att förmedla praktiska färdigheter för förbättring av stresstolerans, känsloreglering,

interpersonella svårigheter och medvetenhet hos individer med BPD. DBT-A består av 20 veckovisa individuella psykoterapisessioner, veckovis deltagande i färdighetsgruppen och noggrann övervakning av terapeuterna.

Den terapeutiska relationen innehåller många generella aspekter av samspel mellan psykoterapeut och patient, bland annat den essentiella arbetsalliansen som delvis utspelar sig på implicit nivån och inom det intersubjektiva fältet. En annan interpersonell aspekt av samspel utmärkande för psykoterapier med ungdomar, är de ofta starka motöverföringskänslor som aktiveras hos psykoterapeuten (Wrangsjö & Winberg Salomonsson, 2007).

Överföring och motöverföring

Att arbeta med överföring och motöverföring är psykoanalysens och den psykoanalytiskt orienterade psykodynamiska terapins kärna (Wrangsjö & Winberg Salomonsson, 2007). Överföring i psykoanalytisk terminologi är alla de psykologiska processer som kommer till uttryck inte bara i alla psykoterapeutiska sammanhang, utan också i en vidare mening i alla mellanmänniska samspel som har sin grund i tidigare grundlagda relationsmönster. I psykodynamisk psykoterapi däremot har överföring som fenomen en mer fokuserad användning som underlag för betydelsefulla interventioner (ibid.). Wrangsjö & Winberg Salomonsson (2007) definierar fenomenet överföring som "en tolkning av en aspekt av samspelet mellan patient och terapeut" (s. 229). De menar att begreppet har sitt berättigande i sin kraft av att vara fruktbar, inte för att tolkningen måste vara sann eller verklig.

Enligt Betan m.fl. (2005) introducerade Freud begreppet motöverföring redan 1910, då han noterade att patientens inflytande på psykoanalytikerns omedvetna känslor kunde störa behandlingen. Denna tidiga och relativt snäva uppfattning avseende motöverföring som hinder för behandling, var rådande under flera årtionden i den psykoanalytiska litteraturen. Med tiden utvidgade teoretikerna konceptet med antagande om att terapeutens reaktioner på patienten (medveten och obetydlig, känslomässig och kognitiv, intrapsykisk och terapeutisk) kan ha diagnostisk och terapeutisk relevans och kan, om den används korrekt, underlätta snarare än att hämma behandling (Betan et al., 2005)

Ett antal definitioner på motöverföring har passerat under åren, men den som har använts mest konsekvent i forskningslitteraturen, beskriver motöverföring som psykoterapeutens reaktion på patientens överföring som bygger på psykoterapeutens egna olösta konflikter (Gelso & Hayes, 1998). Denna definition avgränsar inte motöverföring att gälla psykoterapeutens omedvetna, negativa reaktioner på överföring (Freuds "klassiska definition"), utan den skiljer reaktioner som härrör från psykoterapeutens olösta problem från de som har andra orsaker (Hayes, Nelson & Fauth 2015). Författarna hävdar att tidigare forskning på motöverföring i hög utsträckning saknat en sammanhängande teoretisk ram för att kunna organisera och integrera fynd. Hayes (1995) genererade en sådan ram och föreslog att motöverföring bäst kan konceptualiseras i form av fem huvudkomponenter: *ursprung* (olösta konflikter inom psykoterapeuten), *utlösare* (behandlingsrelaterade händelser som provocerar psykoterapeutens olösta konflikter), *manifestationer* (psykoterapeutens kognitiva, affektiva, beteendemässiga och intuitiva reaktioner på dessa händelser), *effekter* (det efterföljande resultatet av dessa manifestationer på behandlingsprocessen och resultatet) och *hantering* (psykoterapeutens förmåga att reglera sina motöverföringsmanifestationer).

Enligt Hayes, Nelson och Fauth (2015) har forskare med blandad framgång utvärderat var och en av dessa fem dimensioner och relationerna mellan dem. De menar att kvantitativ forskning gällande motöverföringens ursprung har tenderat att mäta relativt ytliga former av fenomenet, och att ett kvalitativt tillvägagångssätt där psykoterapeuten har ett förtroendefullt förhållande

med en intervjuare skulle kunna ge resultat med större djup. Författarna menar att motöverföring kan ge psykoterapeuter viktig information om terapirelationens dynamik, om terapiprocessen och som underlag till kliniska beslut. Dock kan motöverföring också leda psykoterapeuter att uppfatta patienten och terapin på ett felaktigt sätt, få psykoterapeuten att känna sig orimligt orolig och uppträda på sätt som i första hand möter de egna behoven på bekostnad av patientens.

Kächele, Erhardt, Seybert och Buchholz (2013) gör i sin rapport anspråk på att klargöra ett forskningsfält där fenomenet motöverföring som definitionen täcker ett brett spektrum av aspekter och ståndpunkter. De menar att motöverföring i ljuset av dessa studier kan ses som en integrerad del av psykoanalytisk interaktion men att begreppet är komplext:

On the one hand, counter-transference is a term encompassing too much everything in the analytic discourse; on the other hand, it seems to be an instrument for analyzing “what is going on” (ibid. s. 11).

Författarna har sammanställt en översikt över kvantitativa och kvalitativa studier som med olika metoder försökt att mäta fenomenet motöverföring. I sin slutsats redovisar de bland annat ett empiriskt arbete i en wiensk studiegrupp där mer än 300 patienter ingick. Resultatet visade att signifikanta förändringar hos patienten inte bara går att förstå i termer av kvantitativa mätresultat, utan att patientförändringar oftast föregicks av en betydande förändring av psykoterapeutens motöverföring (Loffler-Stastka, Bleuml & Boes, 2010; ref. Kächele et al. 2013). Kächele m.fl. (2013) menar att detta är ett exempel på hur kvantitativa och kvalitativa forskningsresultat konvergerar övertygande med klinisk erfarenhet.

Blake (2011) definierar fenomenet motöverföring i barn- och ungdomsterapier lite annorlunda än ovan beskrivet. Han menar att den psykoanalytiska psykodynamiska terapirelationen är att betrakta som en intersubjektiv erfarenhet, och att man därför ser på motöverföring som något som barnet eller ungdomen placerar i psykoterapeuten, snarare än som psykoterapeutens personliga olösta problem som ageras ut genom att vara med barnet. Författaren betonar betydelsen av att undersöka sina egna känslor i mötet med barnet, känslor bortom orden och leken. Blake (ibid.) menar att även om han för det mesta har svårt att formulera vad han känner så är det till hjälp att ändå ställa frågan till sig själv, när känslorna är starka. Speciellt gäller det kraftfulla negativa känslor som motvilja, extrem trötthet eller att man känner sig intellektuellt eller emotionellt tilltygad och dränerad.

I am always asking myself what am I feeling when I am with a child. I try to go beyond the words or the play and monitor my feelings. (Blake, 2011, s. 53)

Psykoterapeuters känslor och den relationella aspekten

Belin (2007) betonar vikten av en godartad känslomässig anknytning mellan behandlare och patient för att kunna möta starka försvar hos en patient med tyngre psykisk problematik. Han hänvisar till terapiprocesser där man som professionell behandlare måste vara inställd på att hårbärgera och kämpa med att stå ut för att kunna vara till hjälp. Det är en terapeutisk utmaning att möta en patient som exempelvis är avvisande, har en verklighetsförnekande hållning, är undflyende tyst eller ifrågasätter terapin som helhet, avtalet, ramarna, psykoterapeuten som person; egenskaper och kompetens osv. Han menar att psykoterapeutens förmåga att uthärda allt detta och inte ge upp är den centrala komponenten i den tidiga terapiprocessen i en terapikontakt som oftast sträcker sig flera år framåt i tiden. Wrangsjö och Winberg Salomonsson (2007) lyfter också fram samspelet mellan psykoterapeut och patient genom att betona den interpersonella processen med verbala och icke-verbala komponenter. Med utgångspunkt i terapier med tonåringar beskrivs två pågående intrapsykiska processer,

såväl tonåringen som psykoterapeuten registrerar inom sig aspekter av det som händer i samspelet. Det handlar om tidigare erfarenheter som återkommande aktiveras för att förstå vad som sker här och nu, frågor och svar blir då uttryck för den subjektiva tolkningen av vad den andra förmedlar. Det betyder att en del av det som sker på det icke-verbala planet är tillgängligt för medvetandet och att en del inte är det.

Dahl m.fl. (2014) menar att den terapeutiska relationen och psykoterapeutens emotionella interventioner anses vara centrala i en psykodynamisk psykoterapi. Enligt författarna finns det dock anledning att fundera över för vilka patienter och under vilka förutsättningar dessa interventioner kan vara hjälpsamma eller skadliga. De har i sin studie studerat långsiktiga effekter av psykoterapeuters självrapporterade föräldrakänslor i relation till patientens nivå av personlighetspatologi. I resultatet framkom att terapeutens emotionella reaktioner och agerande var till hjälp respektive till skada beroende på patientens höga eller låga nivå av personlighetspatologi. Patienter med hög nivå av personlighetspatologi behövde i högre grad engagerade och kärleksfulla psykoterapeuter. Föräldrakänslor i förhållande till patienten var för denna patientgrupp terapeutiskt gynnsam medan liknande känslor i förhållande till patienter med låg nivå av personlighetspatologi kunde ha motsatt effekt. Holmqvist (2000; ref. i Dahl et al., 2014) fann att en engagerad och känslomässigt intensiv inställning hos psykoterapeuten verkade gynnsam för borderline-patienter.

I en annan studie har Dahl, Bøgwald, Røssberg och Høglend (2012) med hjälp av självskattningsformuläret Feeling Word Checklist (FWC)-58, undersökt psykoterapeuters känslomässiga reaktioner som en aspekt av motöverföring. Syftet med studien var att utforska relationerna mellan psykoterapeutens motöverföringskänslor och följande patientvariabler: terapeutisk allians, patientens personlighetspatologi, lämplighet för psykodynamisk psykoterapi, interpersonella problem, generell funktionsförmåga och symtom. I studien ingick sex psykodynamiska psykoterapeuter som tillsammans hade 75 patienter i veckovisa sessioner i över ett år. Efter varje session skattade sina känslor enligt FWC. I analysen fann man fyra kliniskt betydelsefulla faktorer eller subskalor i FWC: "Confident, Inadequate, Parental and Disengaged" (ibid, s. 12) Resultatet visade att patienternas relationella förmåga korrelerade starkare med psykoterapeutens motöverföringskänslor än med patientens symtom och funktionsnivå. De fyra subskalor funna i FWC-58 verkade fånga kliniskt meningsfulla aspekter av den terapeutiska dyaden, och att överföringskänslor är systematiskt relaterade till olika relationella variabler.

Den teoretiska kunskapsöversikten som presenterats ovan är bara ett litet nedslag i ett omfattande underlag studier och forskning inom de områden som är beskrivna. Mot bakgrund av det material som jag har tagit del av är min uppfattning att det generellt sett finns mycket ämnesrelaterad kunskap, studier och förslag på vidare forskning. I mindre utsträckning har jag funnit forskning och artiklar specifikt om terapier med ungdomar och specifikt om erfarenheter av motöverföring ur psykoterapeuters perspektiv. Resultatet av genomgången påvisar både enighet och viss oenighet inom komplex psykologisk teoribildning och kunskapsutveckling i de aktuella ämnena.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syfte

Syftet med den här studien var att undersöka psykodynamiskt inriktade psykoterapeuters erfarenheter av psykoterapi med ungdomar med en problematik som går att förstå inom spektrum personlighetssyndrom borderline (DSM-5, 2013) eller annan allvarlig psykisk

problematik. Detta med utgångspunkt i känslor som väcks i det terapeutiska arbetet och som kan beskrivas inom ramen för överföring och motöverföring.

Frågeställningar

- Vilka känslor kan terapeuten erfara i terapi med denna patientgrupp?
- Hur har terapeuten använt sig av dessa känslor i den terapeutiska processen och hur har det påverkat terapin?
- Hur hanterar terapeuten dessa känslor och vilken påverkan har det på terapeuten?

METOD OCH TILLVÄGAGÅNGSÄTT

Undersökningsdeltagare

Mot bakgrund av min frågeställning har jag valt att intervjua legitimerade psykodynamiskt inriktade psykoterapeuter med erfarenhet av psykoterapier med ungdomar med BPD eller annan allvarlig psykisk problematik. Valet av informanter grundar sig i två antaganden: att fenomenen överföring och motöverföring är välkända begrepp i psykodynamisk och psykoanalytisk teori, samt att patientmålgruppen per definition är känd och diskuterad i många såväl kliniska sammanhang som forskningssammanhang.

Via mail vände jag mig till 25 psykoterapeuter, med en förfrågan om att medverka i en kvalitativ studie om psykoterapeuters erfarenheter av motöverföring i terapier med ungdomar med allvarlig psykisk problematik. Psykoterapeuterna rekryterades dels via kontaktuppgifter på relevanta yrkesföreningars hemsidor och dels genom privata kontakter och rekommendationer. Vid visat intresse följdes mailet upp med informationsbrev (bilaga 1) och telefonkontakt. I enlighet med den analysmetod jag inspirerats av (Interpretative Phenomenological Analysis, se nedan) är urvalsstorleken begränsad till 5 informanter, ett mindre antal deltagare med fokus på en mer detaljerad analys (Braun & Clarke, 2013; Smith & Osborne, 2007). Av de 25 tillfrågade psykoterapeuterna tackade tio nej med hänvisning till tidsbrist eller att de inte arbetar med ungdomsterapier, från tio stycken uteblev svar. Deltagarna i den här studien var de fem som tackat ja.

Jag sökte en relativt homogen grupp där forskningsfrågorna antogs ha relevans. Gruppen kom att bestå av fyra kvinnor och en man i åldersspannet 45-70 år. De fem intervjuade har arbetat som legitimerade psykoterapeuter mellan 3 och 26 år. Två är socionomer och tre är legitimerade psykologer, varav fyra är handledarutbildade och två är utbildade psykoanalytiker. Fyra är idag delvis eller helt privatpraktiserande med egen mottagning och en arbetar heltid inom landstinget. Två arbetar endast med barn, ungdomar och deras föräldrar, enskilt eller i grupp. Övriga tar emot både ungdomar och vuxna. Den samlade yrkeserfarenheten är representerad av arbete inom landsting, kommun och privat verksamhet. Samtliga psykoterapeuter har erfarenheter av patienter med BPD eller annan allvarlig psykisk problematik. Alla utom en har i huvudsak arbetat med långa individualterapi under stor del av sitt yrkesliv.

Patienterna

Patienterna som psykoterapeuterna valde att beskriva som konkreta fall är ungdomar mellan 13-25 år. Alla utom en var under 18 år vid terapins inledning. Psykoterapeuternas beskrivning av patienternas problematik, även om diagnoser inte var specifikt uttalade, gick delvis att förstå inom spektrum BPD och i ett fall psykossjukdom. Symtomen var i hög grad liknande för samtliga, exempelvis suicidalitet, självskadebeteende (inkl sexuellt självskadebeteende), depression, ångest/panikångest, missbruk, våldsam utagerande/sadism, osv. Patienternas

bakgrundshistoria var mer eller mindre känd för terapeuterna men alla utom en beskrevs varit utsatta för trauma i barndomen eller i unga år. Det kunde handla om sexuella övergrepp, anknytningsbrott, fysisk och psykisk misshandel, bevittnat våld i familjen, försummelse o. dyl.

Datainsamlingsmetod

Uppsatsens ansats har varit att söka förståelse för komplexa och relativa företeelser, vilket motiverade ett kvalitativt metodval. Intervjuerna var semistrukturerade med utgångspunkt i en utarbetad intervjuguide (bilaga 2) med ett antal formulerade frågeställningar som stöd i samtalet, samtidigt som jag ville vara öppen för att anpassa strukturen i intervjun efter de följdfrågor och nya frågor som kom upp under samtalets gång (Langemar, 2008). Intervjufrågorna berörde överföringsfenomen med utgångspunkt i den enskilda psykoterapeutens perspektiv och kliniska erfarenheter av patientgruppen, och innehöll de tre huvudområden som jag ville täcka av: hur dessa erfarenheter har påverkat psykoterapeuten, hur det har påverkat det terapeutiska arbetet och psykoterapeuten själv. Som framgår i intervjuguiden (bilaga 2) bad jag också psykoterapeuten om något aktuellt eller avslutat patientfall som vi kunde utgå från. Med andra ord har jag varit intresserad av vilka känslor, tankar och handlingar som väckts hos psykoterapeuten i arbetet med dessa patienter, hur psykoterapeuterna hanterat detta själva och i arbetet med patienten.

Jag eftersträvade unika upplevelser i materialet, vilket innebar att urvalet så långt det var möjligt var tänkt att erbjuda kvalitativa olikheter och skiftande erfarenheter. I intervjuerna har jag uppmuntrat till unika berättelser och konkreta exempel, samt försökt följa berättelserna utan att förlora fokus på huvudfrågan, det vill säga fenomenen jag är intresserad av. Analysen började på en nivå redan i datainsamlingsfasen, genom mina försök att styra intervjun i en riktning mot klargörande av meningar, tolkning av svaren och verifiering av det jag tolkat direkt med psykoterapeuten under samtalets gång.

Intervjuerna genomfördes och spelades in auditivt på psykoterapeuternas egna mottagningar och tog 45-75 minuter. De inspelade intervjuerna är genomlyssnade och transkriberade i sin helhet, i direkt anslutning till intervjun. Det transkriberade materialet utgjorde rådata som underlag för analysen.

Analys

Jag har valt fenomenologisk analysmetod med syfte att försöka beskriva psykologiska fenomen så som de upplevs av den enskilda psykoterapeuten. Detta innebär att jag inte bara var intresserad av fenomenen utan också hur olika dessa kunde gestalta sig, individuella variationer. I min analysansats ville jag försöka skapa mening av psykoterapeutens försök att skapa mening av sin livsvärld (Braun & Clarke, 2013). Jag ville med andra ord ta del av psykoterapeuters personliga reflektioner kring sina livserfarenheter, hur dessa erfarenheter upplevdes av just den psykoterapeuten och hur just den psykoterapeuten gjorde för att skapa mening i det som händer (Smith, 2010).

Min analys är inspirerad av Interpretative Phenomenological Analysis (IPA; Braun & Clarke, 2013). Metodologiskt har IPA två kompletterande utgångspunkter: den fenomenologiska som vill förstå och "ge röst" åt det som forskningsdeltagaren ger uttryck för och den tolkande som innebär att kontextuera och skapa mening av deltagarens uttryck ur ett psykologiskt perspektiv (Larkin, Watts & Clifton, 2006). IPA är ett relativt nytt tillskott till den etablerade kvalitativa analysmetoden, speciellt tillämpbar inom psykologisk forskning med anspråk på att försöka förstå deltagarens unika upplevelser (Braun & Clarke, 2013). Intentionen är att komma så nära deltagarnas egna upplevelser som möjligt och citat används för att ge läsaren en känsla av deltagarens egen röst (Smith & Osborne, 2007).

Intervjuerna har transkriberats ordagrant och varje fall analyserats noggrant i sin helhet innan sökandet efter gemensamma mönster i de unika upplevelserna påbörjades. Det innebar en närläsning av materialet parallellt med kodning i form av beskrivande kommentarer till psykoterapeuternas formuleringar, specifika ordval samt egna reflektioner. Varje enskild intervjuutskrift genomgick samma analysprocess och utgjorde grund i sökandet efter mönster i datamaterialet som helhet. Nästa steg i analysen blev att jämföra psykoterapeuternas formuleringar, såväl det unika som det vanligt förekommande i de olika erfarenheterna. Detta med syfte att finna det väsentliga och de utmärkande komponenterna i fenomenen, och att formulera de teman som växte fram i materialet. Påföljande steg innebar ett sökande efter samband mellan de teman som växt fram och därefter att närmare utforska dem som gick att föra samman i överordnade teman. Det sista steget i analysen blev att beskriva teman och i berättandeform redogöra för innebörder av psykoterapeuternas erfarenheter.

Etiska hänsyn

Psykoterapeuterna är avidentifierade i redovisningen av resultatet, och har blivit tillförsäkrade konfidentialitet samt upplysta om rätten att avbryta deltagandet närhelst de önskar. Syftet har varit att psykoterapeuterna ska känna sig fria och kunna ge uttryck för tankar och åsikter utan risk för oönskade konsekvenser. Inget offentliggörande av namn och arbetsplatser förekommer i uppsatsen och det inspelade materialet kommer att förstöras i samband med studiens färdigställande, i enlighet med Vetenskapsrådets (2011) etiska riktlinjer. Psykoterapeuternas beskrivningar av konkreta patientfall har hanterats konfidentiellt och återges utan risk att kunna identifieras. Samtliga namn och vissa detaljer har ändrats för att skydda psykoterapeuternas och deras patienters anonymitet. I resultatet används fiktiva namn i enlighet med den fenomenologiska metoden.

Tillförlitlighet

För att stärka tillförlitligheten i resultatet undersökte jag möjligheten att få återkomma vid behov, med klagande eller fördjupande frågor till den enskilda psykoterapeuten. Deltagarna har också fått ta del av resultatmanus innan publicering för godkännande av individuella citat. Fyra av dem har återkommit med svar, varav en med några korrigeringar för att skydda patientens identitet samt en med ett par formuleringsskorrigeringar.

Reflexivitet

Reflexivitet i fenomenologisk forskning handlar bland annat om att bearbeta data och utveckla förståelse för den. Det betyder att jag har behövt vara uppmärksam på hur jag tolkat informanternas subjektiva upplevelser genom min egna subjektiva förståelse, och att jag behövt vara öppen för att nya fynd kan förändra min tidigare förståelse av fenomenen jag studerat (Langemar, 2008). Egna erfarenheter och eget intresse för de studerade fenomenen har sannolikt påverkat utformningen av den här studien. Däremot har jag inte haft några specifika förväntningar på innehållet i psykoterapeuternas erfarenheter, mer än att de skulle kunna vara unika i varje enskilt fall.

RESULTAT

De intervjuade psykoterapeuterna beskriver patienter som berört dem och som fortfarande upplevs beröra i berättelsen under intervjun. Det är patienter som berört både i den professionella rollen och på ett personligt plan. Relationen till patienten har hos de flesta påverkats av oro för patientens liv. Psykoterapeutens egna ansvar har ibland upplevts tungt och ensamt som om patientens liv lagts i psykoterapeutens händer, vilket har bidragit till en känsla av att vara den enda som kan hjälpa. Gemensamt för alla är att det funnits en oro för att

något farligt ska hända patienten mellan sessionerna och oro för hur det ska gå i framtiden. Alla intervjuade utom en beskriver särskilt varma positiva känslor i relation till den patient som varit i fokus under intervjun, och att terapin har varit framgångsrik. Samtliga har beskrivit motstridiga känslor i olika hög grad. Det mest utmärkande temat är psykoterapeuternas beskrivning av episoder av nästan outhärdligt bärande av patientens lidande, som på bristningsgränsen till att inte stå ut men ändå fortsätta bära. Detta huvudtema underbyggs av de tre andra teman som framkommer i materialet, vilka presenteras nedan under egna rubriker men som går in och överlappar varandra.

Att känna sig utvald som terapeut och ha en speciell relation

Samtliga psykoterapeuter hittar snabbt en patient som väckt särskilt starka känslor. Med ett undantag väljer alla att berätta om en terapi som pågått under lång tid med en patient med komplex och svår problematik, men som det gått relativt bra för. I relation till patienten beskrivs i dessa fall varma känslor, någon man tycker mycket om. Birgitta uttrycker beundran för patientens mod och betydelsen av att vilja arbeta tillsammans. Samma psykoterapeut beskriver terapin i termer av blod, svett och tårar som mynnar ut i något som är fruktsamt. Patienten uppfattas ha resurser, något som väcker nyfikenhet och jämlikhet i relationen. I alla utom en intervju beskrivs relationen till patienten som speciell, att just jag har ett speciellt ansvar för ungdomens liv och hälsa, som om det hänger på just mig. Det finns stark oro för patientens mående i relation till att ingen annan velat ha hen, ingen annan förstod, det här är sista chansen. Sara beskriver hur hon tidigt fick kontakt med känslor som för ett litet hjälplöst barn, som lade sitt hopp i hennes händer, någon som alla andra stötte bort. Olle uttrycker föräldrakänslor, någon man ömmar för och känner ansvar för som man gör som förälder. Relationen till patienten kunde också beskrivas som ömsesidig, att det fanns något hos patienten som också gjorde psykoterapeuten levande. Tina berättar om en patient som verkligen berört henne mer än någon annan. Anna var den enda som beskrev en terapi som varken kändes framgångsrik eller att hon som psykoterapeut betydde något speciellt för patienten. Utmärkande för hennes exempel på ett konkret patientfall är också en terapi i form av gruppterapi som leddes av två psykoterapeuter. Anna beskriver en patient som vänt upp och ner på känslor och utmanat hennes professionella identitet. Hon är tveksam till att terapiformen var den bästa för den här patienten men att terapin som helhet varit utvecklande och lärorik för henne själv.

Så här beskriver några av psykoterapeuterna relationen till den patient som de valde att ha i fokus under intervjun:

Det finns en som upptagit mig lite extra, en patient som jag känt och tänkt mest om av alla mina patienter. (...) Som hör till väldigt låg bordelinivå, eller ännu värre. (...) Som jag var rädd skulle göra många farliga saker faktiskt. (...) Jag fick honom efter att han hade passerat nästan alla som var psykoterapeuter på den avdelningen, så det var lite av den här känslan av att han dumpades på mig. (...) Om jag ska ta emot honom då ska jag jobba klart med honom, ingen annan får bestämma när det här terapiavslutet ska bli, utan han måste gå färdigt sa jag. (...) De tyckte säkert att jag var jätteknäpp och besvärlig men chefen sa ja till det i alla fall, hon visste väl inte vad hon skulle göra med honom annars tror jag. Så, så blev det och vi fann varandra på något sätt då (Tina).

Många tänkte att den här flickan är utom räddning, hon går inte att ha i möblerade rum. (...) Jag ser att det här är besvärligt för dig när jag pratar med andra ungdomar. Men du vet, det måste jag göra för det är mitt jobb. Men det är bara du och jag som träffas på det här sättet. Så du och jag har ju en speciell relation. (...) Det var bara jag som fick ut henne, det var bara mig hon ville ha (Sara).

Hon ligger mig så varmt om hjärtat för det gick så bra för henne. (...) Det kändes vet du så här, när jag säger det blir jag lätt röd. Jo men det kändes oerhört, jag kände mig oerhört glad. Jag tyckte så oerhört mycket om henne och det gör jag fortfarande när jag pratar om henne (Birgitta).

Tina säger att det kändes som patienten dumpades på henne, och i samma mening att hon behövde försäkra sig om att kunna fullfölja terapin. "Ingen annan får bestämma", ett ställningstagande som på något sätt beskrivs ligga till grund för den ömsesidighet som uttrycks i orden "vi fann varandra på något sätt då". Sara beskriver också en patient som många före henne hade gett upp. I citatet återger hon en intervention där hon medvetet använder sig av relationen mellan dem som speciell, och hon fortsätter med att berätta hur det kändes att vara den enda. Birgitta väljer att berätta om en patient som uttryckligen betyder mycket för henne och som hon vet att det gått bra för. Det var länge sedan terapiavslut, men känslorna för patienten är fortfarande starka och närvarande under intervjun. Detta gäller för alla tre citerade ovan men på lite olika sätt. Tina upplevs tagen av hur svårt det var att bära patientens lidande och att det fortfarande påverkar henne när hon talar om det. Sara berättar om patienten med värme men mer som en förälder som beskriver ett barn som det har gått bra för, lite mer med distans. Birgitta upplever tacksamhet att få ha spelat en viktig roll i patientens liv och tillåter sig att ge utlopp för sin beundran för patienten.

Ömsesidigheten i relationen till patienten är genomgående i fokus i samtliga berättelser, den är mer eller mindre nära och har olika kvalitativa aspekter:

Att känna igen sig, en dragningskraft till patienten, något som lockar i att det är på liv och död. Det man känner igen hos sig själv, i sin egen historia är inte lika skrämmande att möta hos patienten (Birgitta).

Birgitta är tydlig med hur hennes eget känsloliv är närvarande i den terapeutiska relationen och har betydelse. Det är något hon värnar om och tror gynnar terapiprocessen. Tina beskriver en mer plågsam relation som andas osäkerhet i ett agerande som är utöver det vanliga:

Jag gjorde också ett väldigt speciellt avslut med patienten, eller vad man ska säga, som jag aldrig gjort med någon annan patient, och kanske aldrig kommer att göra med någon annan igen. (...) Jag försökte väl mig på någon slags livsbehållande åtgärd eller att förlänga vårt band och hans anknytning till mig på något sätt som jag inte vet om det är lämpligt men det kom väldigt intuitivt, jag sa att jag behöver höra ifrån honom då (Tina).

Olle beskriver relationen till sin patient som varm och lite retsam som mellan en förälder och ett barn. Samtidigt fanns en allvarlig oro för patientens liv som sträckte sig utanför terapirummet och fick honom att agera. Bland annat var det Olle som kontaktade psykiatri och fick patienten inlagd när patienten mådde som sämst:

Han sa att utan dig skulle jag ha tagit livet av mig alltså, om jag inte hade fått komma till dig. (...) Jag kände att jag var väldigt mycket ett komplementärt objekt liksom för en vuxen som han kunde lita på. (...) Det var hela tiden en positiv överföring, aldrig utmanande (Olle).

Gemensamt för alla utom en av de intervjuade psykoterapeuterna är uppfattningen om att man har haft en avgörande roll för patientens tillfrisknande, till och med för patientens överlevnad. Erfarenheterna berör inte bara den psykoterapeutiska yrkesrollen och patientens problematik utan också det unika i psykoterapeutens personlighet i mötet med det unika i patientens personlighet. Gemensamt för fyra av psykoterapeuterna är att de fått patientens bekräftelse på positiva och för några genomgripande förändringar i livssituation och välmående. Något hos patienten väcker känslan hos psykoterapeuten att vara utvald. Vilka tankar, agerande och känslomässiga uttryck det tar sig utvecklas under nästa rubrik.

Motstridiga känslor

Hos samtliga intervjuade återges känslor som på olika sätt ifrågasatte deras kompetens som psykoterapeuter. Olle kunde känna sig tontig och känna av patientens dolda förakt, känna sig

mindervärdig eller att inte hålla måttet. Det framkommer också stark omsorg som uttrycks i ord som föräldrakänslor, och som kunde väcka ömhet eller oro, upprördhet och ilska. Anna beskriver hur hon kände sig invaderad och dålig och hur hon reagerade med att bli arg och provocerad. En känsla av att vilja stöta bort och hålla avstånd till patienten. Birgitta uttrycker motstridiga känslor av tomhet, att inte ha någonting att komma med, känna förakt och känna sig föraktad, rasande ilska, skam, oro, kärlek och ömhet om vartannat. Sara återger hur tungt det kunde kännas i närheten av en väldigt ångestfylld patient som efter lång tid av tystnad började prata, så tungt att det var svårt att sitta kvar i rummet. Tinas rädsla är överhängande under hela terapin och omfattar en uttalad rädsla för att patienten eller andra skulle komma till skada. Olle är i omgångar väldigt orolig för sin patient, att ha ska ta sitt liv: (...) *Att han skulle döda sig så att säga, ja framförallt det.*

Anna beskriver hur hon fick kämpa med att försöka hitta medkänsla när den övervägande känslan var avsky:

Jag tyckte att det var ganska svårt att stå ut med att tycka så illa om henne, det tyckte jag var svårt, att jag verkligen fick jobba med att hitta medkänsla, och någon slags varm känsla för henne, det gjorde jag sen faktiskt (Anna).

Anna talar också om att tappa kontrollen och känna sig förvirrad. Hon berättar hur hon kunde känna sig som en tonåring själv med ett språk som inte var hennes. Samtliga intervjuade beskriver i olika hög grad svårigheter att sortera i känslor som väcktes i terapin och hur behovet av hjälp att hantera detta växlade under terapins gång. I citatet nedan uttrycks Tinas rädsla på flera nivåer:

Han hade ju väldigt mycket hemska sätt att både göra illa sig själv och framförallt fantisera om fruktansvärda saker, både gällande honom och vad han skulle göra med andra människor, och jag kunde vara rädd att han skulle sätta sina planer i verket. (...) Så jag var väldigt rädd mycket av den här tiden jag jobbade med honom, rädd både för hans liv och hälsa och väldigt orolig för omgivningen också, vad han skulle kunna ta sig för (Tina).

Tina uttrycker också rädslan i ord som att han var skrämmande och att hans yttre attribut i form av kläder förstärkte känslor av obehag och äckel. Tina berättar hur hon i handledning till slut insåg att hon nog var rädd för egen del också, även om det satt långt inne. Citatet andas ett nästan övermäktigt ansvar för patientens handlingar mot sig själv och andra och hur det påverkar Tina. Alla utom en beskriver hur känslorna växlar parallellt med patientens mående och agerande, det handlar mycket om skillnader mellan hopp och förtvivlan. Nedan beskriver Sara hur det kunde kännas:

Det väckte känslor av uppgivenhet och hopplöshet: Det är lika bra någon annan får ta över henne. Jag klarar inte det här. (...) Det är väl lika bra att hon får ta livet av sig då (Sara).

Sara säger att det är obehagligt att komma i kontakt med så starka uppgivenhetskänslor och att det hänger ihop med hur jobbigt det kan vara att vara så otroligt behövd och idealiserad. Hon berättar också att hon medvetet använde sig av den genuina relationen hon hade med patienten och kunde säga att: *Du betyder mycket för mig och jag vill inte att du ska dö.*

Birgitta återger ambivalenta känslor av ömhet och motstånd, det svåra att hantera patientens sårbarhet och utsatthet och samtidigt känna sig arg och till och med galen när man blir provocerad. Det är svårt att inte reagera på provokation när den ifrågasätter både det gemensamma arbetet i terapin och psykoterapeuten själv, det blir som en kraftmätning. Det beskrivs som ett agerande som har sitt ursprung i känslor av tvivel och att inte duga och i det inte riktigt veta vad som är mitt och patientens. Tina berättar om maktlöshet som gör att man

blir för upptagen av sin egen roll, att inte kunna göra någonting, känna sig dålig och samtidigt bli prestationsinriktad.

Två av de intervjuade har mer eller mindre kontakt med föräldrar till patienten under terapins gång. Tina beskriver hur det påverkar och väcker olika känslor:

Det var lätt att verkligen förstå att hon var hårt prövad av alla hans ageranden. (...) men det var något på en annan nivå jämfört med hur det brukar kännas med föräldrar när det är förtvivlat kring barn på olika sätt, det var något hårt kring hur hon upplevde honom, som att han var fel på något sätt (Tina).

Tina har förståelse för mammans perspektiv samtidigt som hon är mer identifierad med sin patient och får känna på hur det är att vara barn till mamman.

Det var mer det som hände, (...) mer som en aktiv empatisk handling att förstå henne, hur svårt barn han var och är, säkert att ha också, men att hans förtvivlan och hemska gräsliga inre känns väl som att det på något sätt hänger ihop med deras relation (Tina).

Tina säger att kontakten med de känslorna adderade någon slags begriplighet för patientens problematik. Detta blev till känslomässig hjälp att stå ut med patientens obehagliga beteende, och gav förståelse för den förtvivlan agerandet var uttryck för. Tina beskriver hur dessa starka känslor av övervägande rädsla ledde till ett agerande som var större än normalt i terapirelationer, ett större omhändertagande och ansvar som en reaktion på hur påverkad hon kände sig av terapin med den här patienten. Tina reflekterar över hur hon samtidigt kände sig både osäker och utsatt och upplevde att patienten gillade att väcka sådana känslor i henne, och att det i någon mån gjorde de jämlika på ett sätt som var positivt för terapiprocessen.

I starka motstridiga känslor som beskrivits ovan kan vi se hur patientens och terapeutens inre och yttre världar möts i medvetna och omedvetna processer. Reaktioner på dessa fenomen framkommer i materialet som påverkan på psykoterapeuten, på olika nivåer. Aspekter av denna påverkan återfinns i såväl yrkesrollen som i den privata och på ett personligt plan.

Att bli påverkad i sin terapeutroll och på ett personligt plan

Erfarenheter av långa och komplicerade terapier som krävt mycket eget arbete mellan sessionerna upplevs av samtliga som lärorika och utvecklande. Fyra uttrycker starkt självinsikt kring sig själv som psykoterapeut, både vad gäller styrkor och svagheter. Bland annat att man snabbare kan avgöra vilka eventuella hinder som kan finnas för egen del när man bestämmer sig för att ta emot en patient eller inte. Sara säger att det är bra att veta att man inte kan ha för många svåra terapier pågående samtidigt när man vet hur dränerande det kan vara, hur det kan göra en psykiskt och fysiskt trött.

Birgitta berättar om en terapi som blev för svår, hon beskriver det som att hon förlorade avståndet och att den terapeutiska rollen luckrades upp:

Jag själv blev för indragen. (...) De egna känslorna tar över. När det känns som egna känslor, önskade fantasier hos mig själv, det väcker starka tvivel på sin egen professionalitet. (...) Att jag nästan i min fantasi ville träffa honom privat (...) (Birgitta).

Birgitta beskriver hur tagen hon blev av sina egna känslor. Att komma i kontakt med så starka förbjudna känslor inom sig själv väckte också skam och känsla av oduglighet i rollen som psykoterapeut. Upplevelsen är på många sätt hanterad och bearbetad, men väcker fortfarande starka känslor när hon berättar.

Men det var så mycket ens identitet också för det blir så mycket med en själv och att det är det jag berättar nu. Vi kan ju höja oss hur mycket som helst i det här teoretiska och prata alltså, men på ett plan är det ju ändå djupt personligt (Birgitta).

Birgitta sätter ord på det som kan kännas svårt att hålla isär; den professionella rollen och den djupt privata personliga aspekten som alltid på någon nivå är närvarande i en terapirelation.

Samtliga psykoterapeuter ger uttryck för att det inte går att ha flera "svåra" patienter samtidigt. Tina beskriver det som att behöva ett överskott av kärlek och ömhet för att ta emot speciellt unga patienter som väcker mycket motstånd. Här refererar hon till terapier med yngre barn:

Då behöver jag känna att jag är stark så att säga, det får inte vara en tid i mitt liv då jag tycker att jag har stora personliga utmaningar och mår dåligt själv eller så, eller känner mig försvagad av någon anledning eller orolig. Utan då ska det vara sådär att jag känner att jag har tillgång till allt det jag behöver, och på något sätt till allt gott som finns, så att det ska vara som ett överflöd, så att det kan bli över till det där barnet utan att jag ska känna att jag är utsugen på energi (Tina).

Sara tycker att förmågan att förstå vidden av patientens problematik kommer med erfarenhet och att bedöma om det är möjligt eller inte att ta emot en patient med stora behov. Det beskrivs som att kunna ta ställning till vad som är bäst för patienten med tanke på psykoterapeutens aktuella förutsättningar både professionellt och privat.

Olle funderar över om valet av patientgrupp är medvetet eller omedvetet, och säger att det för hans del väcker frågeställningar om hur han format sin egen maskulinitet. Ett sätt att hantera det kan vara att träffa många unga vuxna killar och att man möter något av sitt eget via dem. Tina beskriver terapin som lärorik eftersom ärendet blev föremål för mycket handledning och kollegialt stöd av erfarna och kloka kollegor. Däremot finns en osäkerhet på hur hälsosamt det är att jobba med så svåra patienter, vad det får för konsekvenser på lång sikt när man inte mådde så bra och var tvungen att agera så mycket utanför terapin. Det hjälper ändå att tänka att det gick relativt bra för patienten och att terapin varit hjälpsam. Sara säger att erfarenheter av svåra patientärenden inte gör livet lättare utan man förstår ju också hur lite man förstår, det vill säga hur komplicerat livet är och att det inte finns några enkla lösningar. Enkelt beskrivet handlar det om kontakt, ett bra möte, att finnas kvar, att stå ut, att orka bära en annan människa. Med erfarenheten kommer också kunskapen om att jobba med känslorna som väcks i en direkt med patienten och att man vet att det genast känns lättare om man benämner det man känner, att det gör att man kan sitta lugnare i stolen. Anna beskriver hur hon tar med sig känslor av oduglighet hem, att hon ifrågasätter både sin yrkeskompetens och sin mammaroll men att det är lärorikt att tvingas att hantera det som händer med en i handledning och med kollegor. Det gör att man förstår något mer. Anna återger det så här:

Jag har lärt mig vara uppmärksam på när jag är mer än vanligt ivrig på att skapa en relation med ungdom, att det säger något om ungdomens problematik som är viktig; att jag precis som ungdomen känner sig hela tiden i riskzon för att bli avvisad, blir jag nu förvisad till det mörka området eller inte, och att det är svårt att stå ut med det också som terapeut, där vill man inte hamna. (...) Att fundera kring, men vänta, varför blir jag så ivrig nu? Varför är det så farligt nu att inte vara en terapeut som blir vald eller varför känner jag mig så här? Och det blir jag bättre och bättre på att uppfatta, vilket gör att jag kan sitta lugnare i båten. Att det här är erfarenheter som är till hjälp i att veta hur man kan jobba med motöverföring på olika sätt med äldre eller yngre ungdomar (Anna).

Det avslutande överordnade temat fångar något som går att förstå som centralt i det terapeutiska arbetet som det har beskrivits ovan. I materialet framträder det i kraft av att dela patientens känslor och lidande och att inte ge upp.

På bristningsgränsen att inte orka bära patientens lidande, men ändå stå ut

Fyra psykoterapeuter ger exempel på långa terapier som i perioder är nästan övermäktiga att hantera, när patientens lidande väcker känslor av hopplöshet och förtvivlan. En psykoterapeut återger liknande känslor men i en kortare terapi i form av grupp som hon har tillsammans med en kollega. Samtliga intervjuade kommer i kontakt med egna känslor av otillräcklighet och samtliga reflekterar över dessa känslor kopplade till patientens problematik och lidande. Alla utom en beskriver erfarenheter av patientens återkommande suicidförsök, hot om suicid eller att dela patientens tankar om döden och olika tillvägagångssätt att ta sitt liv. Dessa fyra beskriver på olika sätt ett ansvar för patientens liv, att patientens liv har lagts i deras händer och att det emellanåt är väldigt tungt att bära. Birgitta berättar om den oro som väcks när patienten uteblir, hur tankar och känslor blir närpå övermäktiga:

(..) Så det sätter ju igång en massa tankar och fantasier, och vad är jag och vad är dem, och hur mycket ska man (...) de som hotar att ta sitt liv, och hur mycket ska man tro på det, hur mycket är fantasier och när kan impulsen slå till. (...) Jag måste nog kolla ändå. (...) De vet ju att när jag blir riktigt orolig då har jag redan sagt från början att jag kontaktar deras föräldrar. (...) Det värsta är när man sitter och väntar, kommer hon kommer hon inte (Birgitta).

Birgitta beskriver också mer generellt att det är tungt att bära den aggressivitet, det raseri och den förtvivlan som särskilt utagerande tonåringar ger uttryck för, men att drivkraften att veta att man måste hjälper en att stå ut. Tina berättar hur hon kämpade med att hålla ihop sina egna känslor, känslor som väcktes i arbetet med en mycket svår patient:

(...) Jag kunde verkligen med nöd och näppe hållbara det här materialet, så att redan när jag var i porten och ringde på hos henne (handledaren, författarens kommentar) så kunde jag börja gråta sådär helt hysteriskt och då hade jag liksom hållit i mig. Eller om jag hade någon kollega som jag hade förtroende för (...), när jag bara fick syn på henne så kunde jag nästan börja gråta också. (...) Jag hade sådant behov av att få hjälp med det här materialet, och det var så mycket som var olöst också så det var så svårt att beskriva, så det var jättestarkt (Tina).

Tina beskriver hur de svåra starka känslorna kom upp i sammanhang där hon själv kände sig hållen, och att hon själv behövde bli hållen för att kunna hålla för patienten. Hennes erfarenheter är att det blir tyngre och svårare att bära patienten när det inte finns någon föräldrakontakt, inget stöd eller hållande av föräldrar parallellt under terapin. Tina berättar också hur svårt det var att avsluta terapin med ett närvarande fortsatt hot om suicid och hur hon kände sig tvungen att göra ett väldigt annorlunda avtal med patienten, som låg flera år fram i tiden. Tina beskriver det som ett försök att sträcka ut den terapeutiska effekten och att det samtidigt fanns ett eget behov att göra vad hon kunde för att få patienten att fortsätta leva.

Sara berättar hur tungt det blev att ensam möta patientens agerande och hur det hängde ihop med att hon kände sig särskilt engagerad i den flickan. Dels tog det på krafterna att bära det självdestruktiva och suicidala som Sara fick hantera mellan sessionerna, men också patientens agerande i terapirummet. Bland annat patientens ilska och förakt som vändes mot Sara. Sara berättar om periodvis starka uppgivenhetskänslor men samtidigt ett ständigt återvändande hopp om att terapin var till hjälp. Sara återger också exempel på hur ärendet var på väg att skapa konflikter med både kollegor och nätverk, men att kompetensen var hög i arbetsteamet och att det gick att hantera. Olle beskriver sina känslor lite annorlunda, hur han envisas med att upprätthålla kontakten med sin patient, eller behovet av att få göra ett avslut som kändes mer värdigt både för honom själv och patienten. Olle beskriver det som att:

(...) det annars bara hade runnit ut i sanden, (...) då var jag liksom använd, förbrukad. Då hade han sugit ut allt som gick. Jag är förbrukad, jag har hjälpt honom att överleva liksom. Så det kan man gott säga under en fyraårsperiod ungefär. (Olle).

Olle reflekterar medvetet kring de här känslorna och sig själv. Han säger att det naturligtvis känns rätt ok att bli förbrukad i sådana här sammanhang, speciellt när det går att värdera terapin som helhet som gynnsam för patienten. Det säger också något om den personliga insatsen under lång tid och att man har en del att bearbeta själv efter en mångårig terapi med en svår patient. Samtliga psykoterapeuter vittnar om ett arbete under stor press för att kunna avsluta en terapi på ett bra sätt för patienten, fyra har redogjort för långa terapier. Det vill säga ett ansvar för en patient med allvarlig psykisk problematik som varat under flera år.

DISKUSSION

Diskussion av metod

Individuella kvalitativa intervjuer som datainsamlingsmetod bedömdes lämpa sig väl för uppsatsens syfte, nämligen att försöka fånga det essentiella i hur psykoterapeuter upplever, hanterar och påverkas i psykoterapier med ungdomar med allvarlig psykisk problematik. Intervjupersonerna delade generöst med sig av sina erfarenheter i förtroendefulla och djupa samtal om sig själva i sin kliniska verklighet. På samma sätt har Interpretative Phenomenological Analysis (IPA; Braun & Clarke, 2013), lämpat sig väl som analysmetod; det fenomenologiska perspektivet som hjälpt mig att förstå och försöka få förmedlat det unika som psykoterapeuterna gett uttryck för, tillsammans med det tolkande förhållningssättet till hjälp att skapa mening av det som framkommer, ur ett psykologiskt perspektiv. Jag har dock gjort avsteg från metoden på så sätt att jag tolkat i mindre utsträckning än brukligt, direkt i resultatet. Detta till förmån för mer tolkningsutrymme i resultatdiskussionen. Resultatet är aspekter av meningsfulla upplevelser i intervjuerna som jag valt att lyfta fram, vilket innebär ett bortval av andra aspekter som har eller kunde ha relevans. Inom fenomenologin är intersubjektivitet något man tar fasta på. Det handlar bland annat om hur jag som forskare tar del av deltagarnas subjektiva upplevelse genom min subjektiva förståelse, vilket i sin tur kräver ett reflexivt förhållningssätt. Det betyder att mitt forskarperspektiv har betydelse och avgränsar studien på olika sätt (Langemar, 2008). Egna erfarenheter av ungdomar med allvarlig psykisk problematik, speciellt en som bokstavligen lade sitt liv i mina händer, har sannolikt färgat såväl mina frågor som hur jag tolkat svaren och fört samtalen vidare i en riktning som väckt min nyfikenhet på psykoterapeuternas terapierfarenheter. Samtidigt har jag varit genuint intresserad och nyfiken på deltagarnas unika upplevelser annorlunda mina, vilket motiverat till ett ovetande förhållningssätt i samtalen. Den interpersonella aspekten i intervjusituationen är också en faktor att väga in. Detta med uppmärksamhet på hur mina egna motöverföringskänslor och reaktioner i intervjusituationen kan ha påverkat intervjuprocessen.

Samtliga psykoterapeuter var måna om att inte röja identiteten på sina patienter, vilket medförde en försiktighet i samtalen som förstärkte känslan av respektfulla och relationella terapierfarenheter. En försiktighet som eventuellt innebar ett visst utelämnande av intressanta och värdefulla aspekter i terapiprocessen. En reflektion i sammanhanget var terapeuternas benägenhet att företrädesvis berätta ur patientens perspektiv snarare än sitt eget. Något som gick att associera till eventuella försvarsmekanismer i relation till terapiprocessens komplexa och känslomässiga avtryck i psykoterapeuten såväl som i patienten. I rekryteringsfasen visade sig framförallt BPD-begreppet vara laddat på samma sätt som framgår i inledningen, nämligen att viss oenighet fortfarande råder huruvida diagnosen ska ställas på barn och unga eller inte. Detta gjorde mig osäker på hur jag skulle formulera mitt informationsbrev och mina frågeställningar långt in i datainsamlingsprocessen. Att intervjuerna ändå fick rätt inriktning vill jag tillskriva mina informanter som alla var väl införstådda med såväl begreppen överföring och motöverföring som med patientgruppen och BPD-patologin. En tydligare begreppsdefinition och teoretisk ram för frågeställningarna skulle eventuellt kunna fånga fenomenen på ett mer djupgående och utvecklande sätt, å andra sidan skulle man då gå miste

om eller begränsa friheten i att beskriva fenomenens olikheter så som de upplevs. Studiens generaliserbarhet i betydelsen att dra generella slutsatser om det sammanhang urvalet ingår i är naturligtvis inte möjligt. I fenomenologisk metod är det snarare av vikt att belysa fenomenet i detalj på ett sätt som gör det möjligt för andra att bedöma om det finns potential att applicera resultatet till andra kontexter och deltagare, så kallad flexibel generaliserbarhet (Braun & Clarke, 2013).

Diskussion av resultat

Resultatet i den här uppsatsen visar på vidden av unika erfarenheter av tankar och känslor om patienter som berört mer än andra. Erfarenheter som har gått att fånga i gemensamma teman men där den individuella variansen blir tydlig. Det finns inga definitiva gränser mellan de teman som framträder, utan upplevelserna flyter delvis in i varandra och går att tolka som skilda fasetter av det fenomen som slutligen blir till huvudtema. Ett huvudtema som speglar en klinisk verklighet med stora krav på psykoterapeuters relationella och hållbarhetande förmåga, att orka och stå ut när det nästan inte går.

Upplevelsen av att känna sig utvald som psykoterapeut framkommer på lite olika sätt i resultatet. Hos vissa finns den redan från början, kanske redan innan mötet med patienten då andra behandlare har gett upp och känslan är att jag som psykoterapeut är patientens enda räddning. Hos andra är det först en bit in i terapin som upplevelsen av att vara särskilt betydelsefull tydliggörs, i resultatet uttryckt i patientens tacksamhet för psykoterapeutens hjälp, att den är och har varit skillnaden mellan liv och död. Med känslan av att vara speciellt utvald och den enda som kan rädda, följer ett särskilt ansvar. Kraften i detta fenomen illustreras i en studie av Main (1957). Studien genomfördes på anställda på Cassels sjukhus i London. Detta efter att två anställda "brutit ihop" och flertalet andra indikerat allvarlig arbetsbelastning och stress. Resultatet identifierade tolv kvinnliga patienter som valt en eller två anställda och fått dem att känna att de var särskilt lämpade att rädda dem. Dessa patienter väckte hos de anställda känslor av exceptionellt stort ansvar, men också känslor av tilltagande hat, avund, raseri och skuld för de som fann sig själva agera utanför de arbetsrelaterade gränser som vanligtvis gällde. Påföljande split i teamet mellan en utvald respektive kritisk grupp ledde till nedbrytande grupprocesser där alla berörda upplevde blandade känslor av oro, skuld och skuldbeläggande av andra. Författaren beskriver det som att patienterna tog sig in under huden på behandlarna, på ett sätt som var skadligt.

En annan aspekt i materialet avseende att vara utvald och ha ett särskilt ansvar är att förhålla sig till patienternas suicidalitet. Det skulle kunna gå att likna vid att arbeta under pistolhot och framstår som en självklar ingrediens i det terapeutiska hållandet. På olika sätt framträder oron för patientens liv och beskrivs i termer av anspänning som biter sig fast och som man behöver agera på, eller något man får acceptera kan hända. Bimont och Werbart (2017) hänvisar till Maltzberger och Buie (1974) som menar att motöverföringsutmaningar i behandling med patienter med BPD eller psykotisk problematik är kraftfulla generellt, och i ännu högre grad vid suicidbenägenhet. De pekar på det som kan vara det största behandlingshindret, nämligen psykoterapeutens okända eller förnekade motöverföring, och menar att det handlar om förnekade känslor av hat eller om att vända hatet till sin motsats. Det vill säga att få omnipotenta idéer om att rädda patienten. Som ett exempel på det fortsätter Bimont och Werbart (2017) att hänvisa till Gabbard (2003), som i en fallbeskrivning beskrev en psykoterapeut som bestämt sig för att till varje pris rädda sin patient från suicid. Hans desperata försök att visa att han inte var som patientens kränkande föräldrar ledde till förödande gränsöverskridande agerande och retraumatisering av patienten. Kraften i fenomenet återspeglas i psykoterapeuternas i den här studien unika erfarenheter, med en öppenhet för att reflektera kring svåra känslor och den egna sårbarhet som aktiverats i

motöverföringen. Det är något som beskrivs behöver hanteras i handledning och tillsammans med kollegor.

Psykoterapeuternas känslomässiga beredskap och hållande-förmåga samt känslomässiga reaktioner på patientens agerande har framträtt på lite olika sätt i intervjuerna, beroende på vilken grundkänsla som präglat relationen till patienten. Varierande känslor av rädsla, omsorg, beundran, motstånd osv beskrivs relaterat till hur patientens personlighet och problematik upplevs och beskrivs. Det är också känslor som väckts i motöverföringen, som med Belins (2007) formulering är ett uttryck för patientens inre mentala situation. Han menar att det ofta finns en allvarlig tillits- och känslomässig mognadsbrist hos patienter med tyngre psykisk problematik, och att det här är en patientgrupp vars kamp förs på en nivå som är att likna vid ett barns, vad gäller känslor och sårbarhet. Detta oavsett biologisk ålder. Det Belin beskriver återspeglar de motöverföringskänslor som återges i materialet i form av föräldrakänslor i varierande grad. De flesta intervjuade beskriver en känslomässig och god anknytning till patienten, om än komplicerad. Flera vittnar om krävande terapier med patienter som har stora svårigheter att hantera terapirelationen med mindre än att den är idealt omhändertagande, att likna vid en ideal förälders omsorg.

Att vara den enda, att känna sig ytterst ansvarig på ett sätt som går att likna vid en förälders omsorg, väckte starka motstridiga känslor hos de psykoterapeuter som är intervjuade i studien, det kunde handla om både varma och mindre varma känslor. Vilket kanske också går att likna vid en förälders känslor av maktlöshet och uppgivenhet, förenat med skuld och skam när man inte räcker till. Andra svåra känslor som kom till uttryck i intervjuerna var alla negativa känslor som väcktes i relation till patienten, till exempel att känna sig mindervärdig, känna av ett dolt förakt, känna sig dålig och invaderad, tomhetskänslor, rädsla, oro och uppgivenhet, men också positiva känslor av ömhet, beundran, nyfikenhet osv. Det var känslor som upplevdes förvirrande och obegripliga och ibland svåra att utskilja, om det var ens egna känslor eller patientens. Detta går att koppla till patienter med BPD som kännetecknas av bristande sammanhängande känsla av sig själv och andra, vilket i sin tur leder till förnekande av oönskade aspekter av sig själv. Detta gäller i hög grad aspekter som involverar negativa och aggressiva känslor som inte accepteras som en del av en själv, utan uppfattas komma utifrån (Yeomans, Levy & Caligor, 2013). Det finns också andra aspekter på psykoterapeutens känslor som väcks i terapirollen. Känslor som inte bara har sitt ursprung som överförda från patienten utan också är sprungna ur psykoterapeutens egna olösta konflikter, utlösta i specifika händelser inom det interpersonella fältet för terapi och manifesterade genom psykoterapeutens intuitiva, känslomässiga och kognitiva agerande (Hayes, Nelson & Fauth, 2015).

I psykoterapeuternas beskrivningar finns också exempel på episoder av ömsesidighet, samspel och arbetsallians, den fruktbara interpersonella terapeutiska processen. En bild som illustrerar det som Wrangsjö och Winberg Salomonsson (2007) så fint beskriver:

Samtidigt finns strömningar i relationen på en djupare nivå som kan vara svåra eller till och med omöjliga att sätta ord på. Det handlar om flödet i det interpersonella fältet, om ömsesidigheten. Det är inte bara terapeuten, som i kontakt med sitt eget inre, empatiskt läser sin patient, utan patienten läser samtidigt terapeuten. Samspelet på denna nivå är en viktig förändrande potential när det gäller patientens grundläggande inre. Stern och medarbetare (1998) berör dessa områden när de beskriver "implicit relational knowing" och "moments of meeting" som förändrande händelser i terapirelationen bortom det tolkningsbara (Wrangsjö & Winberg Salomonsson, 2007 s. 218).

I starka motöverföringsreaktioner kan dock den psykoterapeutiska rollen i terapirelationen vara svår att skilja ut, något som kommer till uttryck på lite olika sätt i materialet. Någon beskriver det som att den terapeutiska rollen luckrades upp och att det var svårt att hålla

avståndet. Känslorna tog över och agerades ut på olika sätt. Svårast var det att hantera överföringskänslor som låg nära en själv, som lätt kunde förväxlas med ens eget känsloliv och påverka ens självbild. I materialet finns exempel på omtumlande nästan övermäktiga känslor som krävde en hel del arbete och handledning för att kunna sortera och hantera det som dök upp. I en fenomenologisk studie av Bimont och Werbart (2017) av fem semistrukturerade intervjuer med relationella psykoterapeuter, framkom att alla intervjuade erfarit en särskild patient som väckt starka känslor och kommit "in under huden". Psykoterapeuternas erfarenheter beskrevs bland annat som en känsla av suddiga eller alltför genomträngliga gränser mellan psykoterapeuten och patienten, och att detta var förknippat med känslor av rädsla och ångest, men också känslor av kärlek. Författarna menar att förekomsten av patientens närvaro i psykoterapeutens representativa värld kan tolkas som ett tydligt överföringsfenomen i arbetet med särskilda patienter där gränsen mellan ditt och mitt suddas ut. En slutsats som dras i studien är att psykoterapeuternas förmåga att effektivt hantera egna sårbarheter som aktiveras i motöverföringen verkar vara avgörande för terapeutiska framsteg.

I en artikel av Hayes m.fl. (2015) betonas vikten av psykoterapeuters motöverföring som en viktig informationskälla om den relationella dynamiken, om terapiprocessen och som underlag till kliniska bedömningar. Enligt författarna kan motöverföring också leda terapiprocessen och patienterna åt fel håll, om psykoterapeuten agerar på ett sätt som i första hand möter de egna behoven på bekostnad av patientens. I ett försök att möta upp behovet av vidare forskning om psykoterapeuters subjektiva erfarenheter i syfte att förbättra förståelsen av fenomenet motöverföring, genomfördes en studie om motöverföring kopplat till framgångsrika respektive icke framgångsrika terapier. För detta ändamål intervjuades 18 psykoterapeuter om sina erfarenheter av motöverföring i ett nyligen avslutat patientfall. Hälften av psykoterapeuterna beskrev motöverföringen i ett patientfall som de bedömde vara framgångsrikt, och hälften beskrev ett patientfall som de bedömde icke framgångsrikt. Intervjufrågor utformades med utgångspunkt i de fem komponenter i fenomenet motöverföring som Hayes (1995) föreslagit (återgivna mer i detalj i inledningen ovan): ursprung, utlösare, manifestationer, effekter och hantering. Materialet analyserades enligt grundad teori och utmynnade i en modell som beskriver psykoterapeuters erfarenheter av motöverföring i framgångsrika respektive icke framgångsrika terapier. Enligt författarna har begreppet motöverföring med sitt ursprung i psykoanalytisk teori, blivit av intresse för forskare från olika teoretiska inriktningar. De menar att alla psykoterapeuter upplever motöverföringskänslor i någon mån, även om effekterna kan vara mer uttalade i teoretiska inriktningar som är mer relationella än tekniska. Efter årtionden av klinisk och teoretisk litteratur och artiklar avseende motöverföring har forskning som gjorts under de senaste 25 åren ackumulerats till en punkt där metaanalyser nu är möjliga (Hayes, Gelso, & Hummel, 2011). Hayes m.fl. (2015) menar att forskning på motöverföring är avgörande eftersom psykoterapeuternas reaktioner på sina patienter och hanteringen av dessa reaktioner kan påverka processen och resultatet av psykoterapi, ibland radikalt. Sammantaget är detta intressant i relation till Bimonts och Werbarts (2017) slutsats som återges ovan samt återspeglar det som framkommit i den här studien, det vill säga att terapeuternas förmåga att hålla ut och bära patientens lidande tycks vara avgörande för ett positivt terapeutiskt utfall.

Slutligen vill jag referera till Belin (2007) som beskriver psykoterapeutens kamp nästan motsvarande patientens när det gäller att möta, hållbara och stå ut med de starka försvarerna hos en patient med tyngre psykisk problematik. Med utgångspunkt i det vill jag återkomma till huvudtemat i resultatet som fångar upp något centralt, en kanske avgörande komponent i arbetet med ungdomar med BPD eller annan allvarlig psykisk problematik. Det handlar om psykoterapeutens beredskap att ta emot och bära patientens lidande med allt vad det innebär, för att kunna vara till hjälp. De intervjuade psykoterapeuterna berättar om terapisisituationer med utmaningar och prövningar som emellanåt blir nästan outhärdliga att bära. Det är

patienter som skrämmer, oroar, avvisar, kräver ifrågasätter allt inklusive terapin och psykoterapeuten, med en pågående problematik och tidigare historia som i sig är svår att uthärda. Starka beskrivningar om hur detta är möjligt att härbärgera framkommer i intervjuerna och citaten ovan. Det är ett tungt arbete ibland på bristningsgränsen för vad man klarar av. Det specifikt intressanta som framkommit i materialet är psykoterapeutens förmåga att bära och hantera det tunga, som skulle kunna ha samband med ett lyckat terapeutiskt utfall för patienten.

Slutord och vidare studier

Det mest framträdande i den här studien har varit psykoterapeuters upplevelser av psykoterapier på bristningsgränsen och förmågan att stå ut mer än förväntat, relaterat till framgångsrika terapier. Detta med utgångspunkt i patientens problematik och hur den kommer till uttryck mellan psykoterapeut och patient i terapiprocessen, både i form av svårigheter och framgångar. Fenomenen som har studerats har framträtt som positiva aspekter i form av lyhördhet och fördjupad förståelse för patienten men också som en närvarande risk för psykoterapeuten att tappa greppet och förlora avståndet mellan sitt eget känsloliv och patientens. Det känns angeläget att fortsätta undersöka terapeuters motöverföringsreaktioner och hur det påverkar det terapeutiska arbetet. Mer forskning som kan implementeras i såväl utbildning, handledning som klinik behövs för att skydda och värna psykoterapeutens och patientens gemensamma arbete, utan att riskera destruktiva och gränsöverskridande processer till men för terapeutiska framgångar. De konkreta patientexempel som återgivits i den här studien har övervägande varit lyckade terapier, i berättelserna har funnits ett positivt facit att återkomma till. Förslag på fortsatt forskning skulle kunna vara exempel på psykoterapeuters erfarenheter av terapier med svåra patienter, i terapier som inte har lyckats. Vilka känslor erfar psykoterapeuten i de patientfallen och vilka känslor lämnar det kvar hos psykoterapeuten?

REFERENSER

- Adler, G. & Buie, D. H. Jr. (1979). Aloneness and borderline psycho-pathology: The possible relevance of child development issues. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 83-96.
- Akiskal, H. S. (1981). Subaffective disorders: Dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the borderline realm. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 25-46.
- American Psychiatric Association (2010). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1-52.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2015). *Mini-D 5: Diagnostiska kriterier enligt DSM 5*. Stockholm: Pilgrim Press.
- Atzil-Slonim, D., Tishby, O., & Shefler, G. (2014). Internal representations of the therapeutic relationship among adolescents in psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com)
- Atzil-Slonim, D., Wiseman, H. & Tishby, O. (2015). Relationship representations and change in adolescents and emerging adults during psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*. Downloaded by [Society for Psychotherapy Research] at 03:18 04 March 2015
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.

- Belin, S. (2007). *Relation före metod*. Ludvika: Dualis Förlag AB.
- Belin, S. (2016). När det onda fått fäste– om banden till inre angripare, negativa terapeutiska reaktioner och om kampen för förändring. *Psykoterapi, nr 2*.
- Betan, E., Kegley Heim, A., Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry, 162*, 890-898.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders, 18*, 226-239.
- Blake, P. (2011). *Child and adolescent psychotherapy*. London: Karnac.
- Bimont, D. & Werbart, A. (2017). I've got you under my skin: Relational therapists' experiences of patients who occupy their inner world. *Counselling Psychology Quarterly*. DOI: 10.1080/09515070.2017.1300135
- Bintzler, J. (1978). Diagnosis and treatment of borderline personality organization. *Clinical Social Work Journal, 6*(2), 100-107.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Carsky, M. (2013). Supportive Psychoanalytic Therapy for personality disorders. *Psychotherapy, 50*(3), 443-448.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 165*, 1127–1135.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy of borderline personality: Focusing on object relations*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Dahl, H.S.J., Røssberg, J.I., Bøgwald, K.P., Gabbard, G.O. & Høglend, P.A. (2012). Countertransference feelings in one year of individual therapy: An evaluation of the factor structure in the Feeling Word Checklist-58. *Psychotherapy Research, 22*(1), 12-25.
- Dahl, H.S.J., Røssberg, J. I., Crits-Christoph, P., Gabbard, G. O., Hersoug, A. G., Perry, J. C., & Høglend, P. A. (2014). Long-term effects of analysis of the patient–therapist relationship in the context of patients' personality pathology and therapists' parental feelings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(3), 460-471.
- De Meulemeester, C., Vansteelandt, K., Leuyeten, P. & Lowyck, B. (2017). Mentalizing as a mechanism of change in the treatment of patients with borderline personality disorder: A parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 9*(1), 22-29.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 411-430.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 21*, 1355-1381.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Goodman, M., Roiff, T., Oakes, A. H. & Paris, J. (2012). Suicidal risk and management in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports, 14*, 79-85.
- Hayes, J. A. (1995). Countertransference in group psychotherapy: Waking a sleeping dog. *International Journal of Group Psychotherapy, 45*, 521-535.

- Hayes, J. A., Nelson, D. L. B. & Fauth, J. (2015). Countertransference in successful and unsuccessful cases of psychotherapy. *Psychotherapy, 1*, 127-133.
- Hayes, J. A., Gelso, C. G., & Hummel, A. M. (2011). Managing counter- transference. *Psychotherapy, 48*(1), 88-97.
- Hopwood, C. J., Thomas, K. M. & Zanarini, M. C. (2012). Hyperbolic temperament and borderline personality disorder. *Personality and Mental Health, 6*, 22-32.
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics, 134*(4), 782-793.
- Kernberg, O. (1967). Bordeline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 15*, 641-685.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Sv. övers. Jacobsson (1983): *Bordelinetillstånd och patologisk narcissism*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kächele, H., Erhardt, I., Seybert, C. & Buchholz, M.B. (2013). Countertransference as object of empirical research. *International Forum of Psychoanalysis, 24*, 96-108.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi - att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber AB.
- Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 102-120.
- Larrivéé, M-P. (2013) Borderline personality disorder in adolescents: the He-who-must-not-be-named of psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 15*(2), 171–179.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guildford Press.
- Liotti, G., Pasquini, P., & The Italian Group for the Study of Dissociation (2000). Predictive factors for borderline personality disorder: patients early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 282-289.
- Mahler, M. S. (1971). A study of the separation-individuation process - and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child, 26*, 403-424.
- Main, T. F. (1957). The ailment. *British Journal of Medical Psychology, 30*, 129-145.
- Masterson, J. F. (1972). *Treatment of the borderline adolescent: A developmental approach*. New York: Wiley.
- Masterson, J. F. & Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psychoanalysis, 56*, 163-177.
- Mattia, J. I. & Zimmerman, M. (2001). Epidemiology. I: W. J. Livesley (Red.). *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (s. 107-123). New York: Guildford Press.
- McWilliams, N. (1994). *Psykoanalytisk diagnostik – att förstå personlighetsstruktur*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Pagano, M. E., Skodol, A. E., Stout, R. L., Shea, M. T., Yen, S., Grilo, C. M... Gunderson, J.G. (2004). Stressful life events as predictors of functioning: findings from the collaborative longitudinal personality disorder study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 110*(6), 421-429.
- Paris, J. (2003). *Personality disorders over time: Precursors, course and outcome*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

- Paris, J. & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 482-487.
- Psykiatri Nordväst: Stockholms läns landsting. <http://psykiatrinordvast.se/vard-hos-oss/mottagningar/borderlineenheten/dbt-for-borderline-personlighetsstorning/>
- Rossouw, T., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313.
- Rydén, G., & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering - att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J. & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis. I: Psycho-pathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936-950.
- Smith, J.A. (2010). *Interpretativ phenomenological analysis*. Birkbeck University of London. www.psync.bbk.ac.uk
- Smith, J.A., & Osborn, M. (2007). *Interpretative Phenomenological Analysis*. In J. Smith (Ed.). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research*. https://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/17418_04_Smith_2e_Ch_04.pdf
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Stone, M.H. (1980). *The borderline syndromes: Constitution, personality, and adaption*. New York: McGraw-Hill.
- Vetenskapsrådet (2011). God forskningsred. Stockholm: Vetenskapsrådets rapportserie, 1:2011.
- Wrangsjö, B., & Winberg Salomonsson, M. (2007). *Tonårstid - utveckling, problem och psykoterapeutisk behandling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Yeomans, F. E., Levy, K. N. & Caligor, E. (2013). Transference-Focused Psychotherapy. *Psychotherapy*, 3, 449-453.
- Zanarini, M. C. (1993). BPD as an impulse spectrum disorder. I: J. Paris (Red.). *Borderline personality disorder: Etiology and treatment* (s. 67-85). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J. & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274-283.

Bilaga 1

Brev till Informanter

Kvalitativ studie: Motöverföring i psykoterapi med ungdomar - psykoterapeuters perspektiv

Hej (namn)

Jag är student på Ericastiftelsens psykoterapeutprogram med inriktning barn och ungdom. I utbildningen ingår att skriva en examensuppsats om 15 högskolepoäng. I mitt uppsatsarbete handleds jag av Andrzej Werbart, professor, specialist i klinisk psykologi, leg psykolog, leg psykoterapeut. Min studies inriktning är psykodynamiskt inriktade psykoterapeuters erfarenheter av individualterapi med tonåringar med symtom som går att förstå inom spektrum personlighetssyndrom, borderline (DSM-5), eller annan allvarlig psykisk problematik. Detta med utgångspunkt i fenomenen överföring/motöverföring. Min erfarenhet är att patientens överföringar kan vara väldigt tunga att bära/härbärgera, skrämmande, komplicerade och ibland svåra att förstå/förvirrande.

Jag vänder mig till dig som är erfaren legitimerad PDT-psykoterapeut med inriktning barn och ungdom och jag är intresserad av att utforska hur just du upplever det i din kliniska vardag.

Intervjun tar ca 45 minuter och spelas in på ljudfil. Materialet kommer att transkriberas av mig och analyseras med hjälp av Interpretative Phenomenological Analysis, IPA. Du som informant anonymiseras i redovisningen av resultatet och det inspelade materialet kommer att förstöras i samband med studiens färdigställande. Eventuella fallbeskrivningar av patienter kommer att hanteras konfidentiellt och återges utan risk att kunna identifieras. Genom detta informationsbrev vill jag också tillförsäkra dig konfidentialitet samt upplysa om din rätt att avbryta deltagandet i studien närhelst du önskar. Du som informant får självklart ta del av uppsatsen när den är färdig.

Jag kontaktar dig i början av maj för att höra om du är fortsatt intresserad av att delta i studien. Då kan vi också komma överens om tid och plats för intervjun. Tveka inte att höra av dig om något är oklart, antingen med vändande mail eller enligt kontaktuppgifter nedan.

Dina erfarenheter är värdefulla för mig och jag är tacksam för din medverkan.

Med vänlig hälsning

Karin Åsebring

[mailadress]

[mobiltelefonnummer]

Bilaga 2

Intervjuguide

Syfte och frågeställningar

Syftet med den här studien har varit att kvalitativt undersöka psykodynamiskt inriktade psykoterapeuters erfarenheter av psykoterapi med ungdomar med problematik som går att förstå inom spektrum personlighetsyndrom borderline (DSM-5, 2013) eller annan allvarlig psykisk problematik. Detta med utgångspunkt i fenomenen överföring/motöverföring.

1. Vilka känslor kan terapeuten erfara i terapi med denna patientgrupp?
2. Hur har terapeuten använt sig av dessa känslor i den terapeutiska processen och hur har det påverkat terapin?
3. Hur hanterar terapeuten dessa känslor och vilken påverkan har det på terapeuten?

Vem är du?

Din grundutbildning och ålder?

Hur länge har du varit legitimerad psykoterapeut?

Vilken är din psykoterapeutiska inriktning?

Tidigare yrkeserfarenheter av behandlingsarbete med ungdomar?

Erfarenheter av individualterapi med "svåra" tonårspatienter

Vill du berätta om dina erfarenheter av tonårspatienter med allvarlig psykisk problematik? Har du något aktuellt eller avslutat fall som vi kan utgå från? Kan du berätta mer om patientens bakgrund och hur problematiken kommer till uttryck? Konkreta exempel?

Erfarenheter av motöverföring

Vilka känslor kan terapeuten erfara i terapi med denna patientgrupp?

Kan du ge exempel på känslor som väcktes i dig och hur du agerade på dem? Går det att beskriva hur det kändes då och hur det kändes efteråt? Är det annorlunda än i andra terapier?

Påverkan på terapin

Hur har terapeuten använt sig av dessa känslor i den terapeutiska processen?

Hur har dessa känslor påverkat det terapeutiska arbetet i just detta fall?

Påverkan på dig som psykoterapeut?

Hur hanterar terapeuten dessa känslor och hur påverkar det terapeuten?

Kan du ge exempel på motöverföringsinterventioner som på något sätt försvårade eller blev till hinder i terapin? Hur hanterade du det?

Avslutande frågor

Finns det något som jag inte har frågat dig om, som du tycker att jag skulle behöva veta, för att bättre förstå det vi pratat om idag?

Adress
Ericastiftelsen
Odengatan 9
114 24 Stockholm

Telefon
08-402 17 60

E-post
mail@ericastiftelsen.se

Hemsida
www.ericastiftelsen.se