



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoterapeutprogrammet*

## **Lyssna med ögonen**

Kroppsspråk i det psykoterapeutiska arbetet i ISTDP

– intervjuer med psykoterapeuter

**Författare Victoria Paglert**

Psykoterapeutexamensuppsats på avancerad nivå. 2015

Handledare: Jan-Åke Jansson

Examinator: Mats Fridell

**Sammanfattning:** Syftet med uppsatsen har varit att beskriva vad som händer när ISTDP- terapeuten fokuserar på kropp, kroppsspråk och kroppssignaler i det terapeutiska arbetet. Hur det är att arbeta med detta fokus samt vilka konsekvenserna blir i terapin när uppmärksamhet riktas mot kroppen. En kvalitativ ansats användes för att uppnå resultatet. I resultatet framkom att terapeuterna har i ISTDP-metoden och dess fokus på kropp, kroppsspråk och kroppssignaler fått ett helt nytt sätt att intervensera utifrån samt bättre förståelse och kunskap för ångest, men att metoden är svår att lära. Hela kroppen är viktig men framförallt ser terapeuten efter suckar samt rent fysiskt på bröstet, torson, ansiktet och händerna. Kroppssignaler har blivit en bas för terapeuten. Diskrepans mellan det verbala och det kroppsliga hos patienten bör undersökas noggrant eftersom kroppen vittnar om något, vilket är det omedvetna som gör sig hört. Det framkom att en terapeutfaktor som är viktig är mod, eftersom ISTDP-metoden innebär att terapeuten involverar sig känslomässigt i patienten. I ISTDP-metoden filmas all terapi vilket är till stor hjälp för terapeutens egna analys av arbetet samt i handledningen.

**Nyckelord:** kroppsspråk/kroppssignaler/ISTDP/ångest/diskrepans/ omedveten och medveten allians

**Abstract:** The purpose of this paper was to describe what happens when therapists focuses on the patient's body, body language and body signals in the therapeutic work. What are the implications for the therapist to add this focus on the body, and does it change the outcome and results of the therapy?

A qualitative approach was used to obtain the results. These results show that, even if very difficult to master, the ISTDP-method with focus on body, body language and body signals, provides therapists with a new way of intervening, and a better understanding and knowledge of anxiety. The patient's whole body is important for observation but in general it's specific attention to breathing patterns, chest, face and hands. Body signals have become a base and it helps the therapist to intervene. The discrepancy between the verbal message, and the body signals observed in the patient should be carefully investigated. These body signals are often unconscious and can be important pieces to getting results. The ISTDP-method requires the therapist to involve themselves emotionally in the patient; which requires a great deal of courage on the therapists end. All sessions using the ISTDP- method are filmed which is a great help to the therapist and can also be used for training and supervision.

**Keyword:** body language/body signals/ISTDP/anxiety/discrepancy/ uncounscious and conscious alliance

## **Inledning**

I samband med att författaren bytte arbete från Danmark till Sverige, blev det tydligt hur mycket hon tittar på och väver in kroppsspråk i det terapeutiska arbetet. Då förstod hon att kroppsspråket hade varit med i terapierna, men på ett omedvetet plan.

Författarens intresse för kroppsspråk springer ur att hon har nedsatt hörsel och därmed alltid är väldigt uppmärksam på ansiktsuttryck och förändringar i kroppsspråk. När författaren fann examensuppsatsen "Motorväg till det omedvetna?" (Larsson, 2012) fanns där en fråga att följa upp som handlade om kroppsspråket inom Intensiv Short-Term Dynamic Psychotherapy, ISTDP. En psykoterapeutisk metod som författaren sedan tidigare intresserat sig för.

Författaren har valt att först ge en kort beskrivning av ISTDP-metoden och hur man arbetar utifrån den. Författaren lyfter sedan fram empiri som beskriver de element som är tongivande i metoden samt empirin.

### **ISTDP-metoden**

ISTDP är en psykoterapeutisk metod som det allt oftare hänvisas till med goda psykoterapeutiska utfall i terapierna (Abbass, Town och Driessen, 2012). Metoden utvecklades av psykoanalytikern och psykiatriker Habibi Davanloo under 1970-talet då han intresserade sig för att effektivisera psykodynamisk psykoterapi. Kännetecknande för ISTDP är att behandlingsmetoden är kortare samt att första sessionen kan vara upp emot tre timmar. Under initialfasen arbetar terapeuten med betoning på att undanröja försvar hos patienten samt att göra omedvetna tankar, känslor och minnen medvetna för patienten. Metoden är mer intensiv och pressar på känsla samt att terapeuten är aktiv under sessionerna.

För att kunna nå det omedvetna använder ISTDP- terapeuterna specifika interventioner som reglerar nervsystemen (Abbass, Town och Driessen, 2012). Terapeuten ägnar stor uppmärksamhet åt patientens kroppsspråk och arbetar med att avläsa, förstå och tolka kroppsspråket och kroppssignaler. Kaplan (2005) anför att ISTDP räknas till den kategori terapimetoder som kallas korttidsterapi. Terapiformen vilar på en psykodynamisk grund, konfliktteori, affektteori, anknytningsteori samt inlärningsteoretiska principer. Metoden har sin teoretiska grund i bland annat Malans (1981) konflikt- och persontriangler samt Freuds (1973) andra ångestteori. Rent praktiskt bygger metoden på att patient och terapeut sitter ansikte mot ansikte, träffas en gång i veckan, och utöver initialsessionen på tre

timmar varar varje session cirka 50-60 minuter. Terapeuten har en aktiv och konfrontativ stil. Behandlingstiden varierar beroende på var patienten befinner sig i motståndsspektret samt hur patientens grad av komplexitet och patologiska struktur är organiserad i det omedvetna (Kaplan, 2005).

I ISTDP-metoden arbetar terapeuten bland annat på de tre stöttepelarna: Känsla, ångest och försvar.

**Känslor.** Davanloo (1986) beskrev att känslorna i kroppen följer vissa bestämda neurologiska banor, till exempel såg han att upplevelsen av vrede är fysiologiskt förbundet med bäckenet och breder ut sig upp till bröstet och vidare ut till armarna och benen. Detta förklarar varför raseri är förbundet med till exempel att slå och sparka. Ordningföljden är: *kognitiv komponent*: – jag är arg; *fysiologisk komponent*: – jag upplever en tillströmning av styrka i mina armar; *motorisk komponent /impuls*: – jag vill slå. Personen får en igenkänningsreaktion när hen åter upplever samma känslomässiga tillstånd som den gången då känslan blev inlärd. Därför läggs vikten i ISTDP vid att terapeuten möjliggör för patienten att uppleva känslor fullt ut, det vill säga fysiskt och psykiskt samtidigt, för att på så sätt återkalla minnena. När patienten får kontakt med minnena kan hen få en ny upplevelse samt förståelse för vad som hände och hur detta påverkar hen idag och genom livet.

**Ångest.** Enligt Freud (1973) är ångest en reaktion på en ansamling driftmässiga spänningar. Detta kan beskrivas som att ångsten är en signal på ett upplevt trauma, det vill säga jaget får en signal/varning om att det finns ett hot mot jaget/överlevnad. Utifrån barns beroende av sina föräldrar är det förståeligt att ångest är en biologisk funktion som gör att jaget är på sin vakt inför eventuella förekomster av trauman. En smärtsam känsla utlöser ångest som barnet i framtiden vill undvika. Barnet utvecklar försvar för att undvika känslan igen, olika symptom skapas, som egentligen är kompromisser mellan rivaliserande behov (Coughlin Della Selva, 2001).

**Försvar.** Enligt Coughlin Della Selva (2001) delar ISTDP- metoden in försvar i kognitiva, emotionella och interpersonella strategier. Patienten använder sig av dessa för att hålla ångestframkallande känslor och tankar från det medvetna. Av dessa försvarsstrategier finns både formella, det vill säga repressiva och regressiva kategorier, samt taktiska, vilka är verbala och icke-verbala. Enligt Coughlin Della Selva (2001) är kroppshållning, leende, ögonkontakt och avståndstagande ansiktsuttryck typiska icke-verbala taktiska försvar.

Kroppshållning, oavsett om den är spänd eller kraftlös, menar hon kan tolkas som en försvarsbarriär mot autentisk mellanmänsklig kontakt till terapeuten. Andra taktiska icke-verbala försvar är korslagda ben/armar. Att vara uppmärksam på de kroppsliga signalerna och reaktionerna är ett sätt att identifiera och kartlägga försvar samt att tolka det som patienten omedvetet undviker.

## **Kropp**

I den psykoanalytiska traditionen anför Gabbar, Litowitz och Williams (2012) att kropp och psyke är delat, men här har ett skifte skett från kropp till förkroppsligande, – kroppen har blivit en subjektiv upplevelse. Förkroppsligandet har konceptualiserats till "bodymind". Bodymind väver samman psyke och soma och förser därigenom och ordnar en plats för excentriska upplevelser, vilket öppnar gränsen mellan det mentala och det psykiska, där Freud (1973) placerade instinkterna. Bodymind är varken subjekt eller objekt utan båda existerar samtidigt. Gabbard, Litowitz och Williams (2012) refererade också till "body ego". Vilket kan vara upplevelsen av kroppen utifrån tre avseenden; vad kroppen känner, vad kroppen gör och hur kroppen finner sin plats i den yttre världen. Ytterligare ett begrepp i denna kategori är "body image", vilket refererar till en omedveten representation av kroppen vilken kan sätta samman/konstruera psykologiska symptom.

**Hur tar sig ångesten uttryck i kroppen?** Davanloo (1986) fann i sitt terapeutiska arbete att genom att filma terapisesioner och studera dem noggrant kunde han utröna fysiska och verbala känslor. Övergripande upptäckte Davanloo (1986) tre primära kanaler för ångesten:

-*Tvärstrimmiga muskulaturen*, är den allmänna kanalen för ångest.

-*Glatta muskulaturen*. Här kanaliseras ångesten in i kroppen och oftast kan patienten inte se koppling mellan sin ångest och kroppsliga besvären.

-*Kognitiva funktion*. Här påverkar ångest patientens kognitiva funktion som till exempel att bli yr eller förlorar förmågan att tänka klart (Coughlin Della Selva, 2001).

Sammanfattningsvis beskriver Bengtsson (2013) att smärtsamma känslor triggar ångest, som i sin tur aktiverar försvar gentemot att uppleva dessa känslor.

## **Terapeutiska interventioner**

Davanloos efterföljare Patricia Coughlin Della Selva (2001), som också vidareutvecklade metoden, påpekade betydelsen av terapeutiska interventioner som utmanar och konfronterar patientens försvar. Begrepp för detta är bland annat att "pressa" och att

"utmana" samt "Head on Collision", det vill säga "rakt på sammanstötning/kollision". Med dessa interventioner vill terapeuten visa att försvaren har blivit maladaptiva och hindrar patienten att leva utifrån sin fulla potential. Tyngdpunkten i metoden ligger alltså på att medvetandegöra de undanträngda affekterna, emotionerna och känslorna som patienten skyddat sig mot och som väckt ångest. Eftersom det är patientens känslor som är i fokus har terapeuten även uppmärksamheten riktad på de kroppsliga impulser som åtföljs av en känsla. Dessa kroppsliga impulser är en väg till patientens omedvetna. Terapeuten kan till exempel observera och kommentera patientens kroppsspråk, tonfall, suckar, röstens tonläge eller förändring, rörelsemönster, gester, ansiktsuttryck, handrörelser och händer som knyts. Terapeuten kan fråga: Vad händer i dig just nu? Beskriv vad du känner! Berätta! Hur känns det? Var i kroppen upplever du detta nu?

### **Medveten och omedveten allians**

Inom ISTDP beskrivs olika terapeutiska konsekvenser. Davanloo (1986) menade att de neurotiska konflikterna har sin botten i konfliktfyllda känslor från barndomen och då i förhållande till familjrelationerna och erfarenheterna från anknytningsmönster. Utifrån detta är det förståeligt att patienter kommer till terapi med vacklande öppenhet och motstridiga känslor. En viktig aspekt handlar alltså om att terapeutisk allians innefattar både allians och motstånd. Enligt Davanloo (1986) är det därför terapeutens uppgift att försöka sätta igång en förändringsprocess i patienten som leder till att allians skapas. Dock kan allians uppstå först när patientens försvar lagts åt sidan. Då når man det omedvetna, i vilket det finns en ännu större allians än den medvetna alliansen som mer bygger på kognitiv förståelse och nyfikenhet. Här uppstår en kommunikation mellan terapeutens omedvetna och patientens omedvetna.

### **Inspelning av terapisessionen**

Davanloo gjorde sina upptäckter genom att filma alla sina sessioner. På så sätt kunde han påvisa sin metod och resultatet den gav. Detta gjorde också att det som tidigare varit "hemligt" i terapirummet öppnades och blev transparent. Davanloo (1986) använde sig först av filmen för självstudier, men började sedan också använda materialet till att lära ut metoden och dess teknik.

## **Syfte**

Syftet med uppsatsen är att beskriva vad som händer när ISTDP- terapeuten fokuserar på kropp, kroppsspråk och kroppssignaler i det terapeutiska arbetet. Hur det är att arbeta med detta fokus samt vilka konsekvenserna blir i terapin när uppmärksamhet riktas mot kroppen.

## **Metod**

### **Undersökningsdeltagare**

Urvalet gjordes utifrån psykoterapeuter med utbildning i ISTDP-metoden. Fem terapeuter kontaktades muntligen och accepterade att delta i en intervju. Fyra av fem informanter var leg. psykologer och leg. psykoterapeuter. En var psykiatriker och leg. psykoterapeut. Två var kvinnor och tre var män. En informant var i slutet av sin treåriga *training* till ISTDP-terapeut, övriga var färdigutbildade ISTDP-terapeuter sedan ett par år. En var dansk och resterande svenskar. Åldersspannet var mellan 41 och 70 år. Arbetslivserfarenheten av psykoterapeutiskt arbete var mellan 8 och 35 år och alla hade arbetat inom psykiatrisk verksamhet tidigare, merparten är nu egenpraktiserande. ISTDP-psykoterapeuter utgör ett begränsat antal i Sverige, varpå författaren också vände sig till Danmark. Det fanns ytterligare en möjlig informant att kontakta, men i samråd med uppsatshandledaren beslutades att de intervjuer som dittills gjorts var tillräckliga som underlag för denna uppsats.

### **Instrument**

Författaren ställde frågor till informanterna utifrån en intervju-guide (Se bilaga 1). Dessa frågor var tematiska och ibland gick de in i varandra på grund av att författaren försökte ringa in ett område för att närma sig syftet med studien. Frågorna ledde ibland till att författaren ställde ytterligare frågor för att följa upp intressanta spår. En provintervju gjordes som utmynnade i intressanta upptäckter varpå författaren valde att ta med intervjun.

### **Procedur**

För att fånga upp informanternas svar och kroppsspråk filmades intervjuerna, vilket alla hade accepterat. Två av intervjuerna genomfördes på informanternas egna mottagningar, två via Skype samt en i samband med en föreläsning då lokal lånades på platsen. Intervjuerna varade mellan 40 och 58 minuter. Alla informanterna fick en kort muntlig presentation av syftet med uppsatsen.

## **Design**

Syftet med uppsatsen har varit att beskriva vad som händer i terapi när terapeuten har fokus på kropp, kroppssignaler och kroppsspråk. Det var informanternas upplevelser och beskrivningar, som författaren eftersträvade att lyfta fram. Elliot, Fisher och Rennie (1999) menar att avsikten med en kvalitativ ansats är att förstå och belysa individers erfarenheter och handlingar utifrån deras egna förståelse. Ansatsen är alltså att få en förståelse för informanternas perspektiv - vilket också är författarens ambition med studiens syfte.

Detta ledde till att en kvalitativ design med halvstrukturerad intervjuform. Författaren hade färdiga frågeställningar, och utifrån de svar som gavs ställdes ytterligare frågor. Det visade sig vara lämpligt att undersöka ämne med en kvalitativ design med halvstrukturerad intervju. Det gjorde det möjligt att ställa ytterligare frågor samt följa upp intressanta spår och gav ett rikt material med svar på syftet med uppsatsen.

## **Dataanalys**

Dataanalysen har inspirerats av Graneheim och Lundman (2004) metod. När alla intervjuerna transkriberats läste författaren igenom dem och gjorde egna första tolkningar. I anslutning till varje intervju skrev författaren ner intressanta tankespår som framkommit under intervjun. För att förtydliga hur författaren arbetat med metoden följer en beskrivning av dataanalysen. Författaren sammanförde alla transkriberingar i ett dokument. Därefter klipptes alla citat ut och lades i högar, utifrån likheter av teman i citaten. Dataanalysen gav först 13 återkommande temahögar som efter vidare analys slutligen formade sju övergripande teman: Terapeuternas erfarenhet av att ha fokus på kroppsspråk; Hela kroppen viktig; Processen; Kroppssignaler som bas för interventioner; Viktig att ta hänsyn till diskrepans mellan det verbala och det kroppsliga; Omedveten och medveten allians samt Terapeutfaktorer.

Det var svårt att avgränsa resultatet i olika separata teman eftersom de glider in och ur varandra och går ihop på olika sätt. Därför kan det upplevas av läsaren som att finns detaljer eller delar som sägs på liknande sätt i de olika teman, men författaren har noga övervägt vad som lämpligast hör ihop och ibland har det känts brutalt att tvingas dela in just efter teman.



## **Etiska ställningstaganden**

Alla informanterna skrev under ett samtycke till att deras svar får användas i uppsatsen (Se bilaga 2).

Informanterna deltog frivilligt och kunde närsomhelst avsluta eller avbryta intervjun och sitt deltagande i uppsatsen. All transkribering och inspelning kommer att förstöras när studien är godkänd. Författaren informerade om att all information som framkommit och kan relateras till patienter/klienter har författaren tystnadsplikt kring. Eftersom författaren intervjuade terapeuter var material som framkommit inte av lika känslig karaktär som om det varit patienter. Informanterna informerades om att de inte kommer att namnges eller att deras svar ska kunna knytas till dem.

## **Resultat**

Utifrån dataanalysen identifierades sju teman. Varje tema presenteras med citat från informanterna för att levandegöra texten. Begreppen, "informanten" och "hen" har används i den löpande texten för avidentifiering. Begreppet "patienten" används men det skulle lika väl kunna vara "klienten". Författaren använder sig av begrepp som "majoriteten" eller "de flesta" och "några av" för att belysa det som skiljer informanternas svar åt respektive det som visa på liknande svar.

### **Terapeuternas erfarenhet av att ha fokus på kroppsspråk**

Under intervjuerna framkom att just genom att ha fokus på kroppen och kroppsspråket/kroppssignalerna har terapeuterna fått ett helt nytt sätt att intervensera och arbeta utifrån. Samtliga sa också att metoden är svår. De har fått bättre och tydligare kunskap och förståelse för att arbeta med ångestproblematik och somatisering med sina patienter. Alla uttryckte också att de nu kan se och förstå tidigare patienters problematik utifrån en helt annan kontext. Att titta på och ta med de kroppsliga reaktionerna i terapisalet har gett terapeuterna ett tydligt verktyg som många menade att de saknat i sitt tidigare arbete. De uttryckte också att de i sina tidigare utbildningar haft väldigt lite fokus på kropp/kroppsspråk/kroppssignaler. Det är också bland annat därför som informanterna tilltalats av ISTDP-metoden.

*"Jag hade flera patienter med psykosymatiska besvär som jag inte alls begrep i mitt arbete i psykiatrin, men som jag plötsligt fick en ny förståelse för. ISTDP blev ett ramverk för att*

*förstå kopplingen mellan psyke och psykodynamiskt tänk, försvar, affekter och kroppslig respons. Det var en av de saker som verkligen lockade mig. Så min erfarenhet är att detta är oerhört användbart. Det ger helt nya verktyg att göra interventioner utifrån och kunskaper när de ska göras. Det ger mig ett helt nytt sätt att se på psykoterapiprocessen, faktiskt. "*

En av informanterna som var läkare i grunden gav uttryck för att genom fokus på kroppsspråk infann sig äntligen kroppen på en självklar plats i det terapeutiska arbetet, och att detta var något som *"kändes klockrent att knyta an till igen"*. En annan informant hade gruppanalytisk bakgrund och hen gav uttryck för att ha observerat i gruppterapier att alla deltagarna hade någon form av kroppslig reaktion på ångest och känslor, men att detta inte var något som kommenterades eller uppmärksammades i sessionerna. Hen menade att terapeuter på så sätt kan gå miste om information som ligger just i den fysiska kroppsliga manifestationen. Flera av informanterna upplevde att med detta fokus kan de också närma sig kroppsligt och fysiskt vad som är patientens problem.

*"Rent tekniskt är det ju detta med ångesthanteringen som jag fick lära mig att avläsa och fundera kring vart ångesten tar vägen. Att ångesten visar sig i signalerna i kroppen och frånvaron av signaler i kroppen, föranleder att man måste fråga sig varför. Det var detta som gjorde metoden så intressant."*

De flesta informanterna gav på olika sätt uttryck för att det finns en närhet och omsorg i att ha fokus på kroppen/kroppsspråk och kroppssignaler, och att man med detta fokus kan återvända till kroppen och kroppsspråk som en bas under terapisessionerna.

Alla informanterna återkom till att metoden är svår att lära och kräver uthållighet och träning. Att ha fokus på kroppsspråk är ytterligare en sak för terapeuten att förhålla sig till i terapirummet. Men samtidigt sa samtliga att ju mer de kunnat internalisera metoden desto effektivare har resultatet blivit. Svårigheten i metoden kommer i skymundan. Alla har känt en stor tillfredsställelse i att få förhålla sig till kroppen/kroppsspråk. Dock gav flera av informanterna uttryck för att det är lätt att glida tillbaka i det gamla sättet och bara lyssna.

*"Ja, det är väl det som jag tycker kan vara svårt, jag kan ha tydligt fokus på kroppsspråket i början av sessionen sedan kan man sakta dras in i historien, i orden och i innehållet; det kräver ju en väldig uppmärksamhet av terapeuten att ha detta fokus. Det är lätt att tappa det med tiden och så får man komma tillbaka till det igen, och det tror jag har med erfarenhet att göra. När det är nytt för en så kräver det mycket av terapeuten och man blir trött och man tappar fokus."*

En informant sa att hen uppmärksammat att för de terapeuter som arbetat länge och mer traditionellt, kan det vara lättare att glida in i det "gamla sättet" medan de "nybakade" terapeuterna inte är så formade i att till exempel bara tolka och lyssna på dolt innehåll.

### **Hela kroppen viktig för att förstå känslor och ångest**

Informanternas svar varierade men alla nämnde att de särskilt ser efter suckar och tecken på ångest. Man ser extra mycket på bröstet, torson och ansiktet, men sedan skilde sig svaren åt.

*"Målet är ju att ha koll på hela kroppen, men jag har nog mest koll kring torso. Jag tittar efter suckarna. Torson är ju ganska nära ansiktet så att man kan snegla ner på torson ibland för att se om den rör sig eller så. Vissa patienter sitter ju och stampar med foten eller vickar på benet, då uppmärksammar jag det."*

Informanterna berättade att via kroppen ser man impulserna till de känslor som aktiveras när patienten återger något. Det är dessa impulser som terapeuterna uppmärksammar extra mycket. På händerna ser man till exempel efter om dessa visar på någon aktivering.

*"Man tittar på om händerna pillar eller om det kommer en impuls, (visar). Det är ju viktigt om patienten vet om hen är arg. Men känner patienten att det blir varmt och det strålar ut i armarna men utan att det rör sig, då är det ett viktigt moment att veta hur jag ska pressa så att jag får in en impuls i känslan. För alla känslor har ett namn, en plats och en impuls till handling."*

Majoriteten av informanterna återkom till svårigheten med ett återhållsamt "icke kroppsspråk", med få rörelser.

*"En patient som inte har ett kroppsspråk, det är ju det som är svårt. Inga suckar och är helt blank och då är det inte så mycket att gå efter. Fast det är ju egentligen ett kroppsspråk det också; patienten kan ju vara spänd så att det är ett stilla kroppsspråk".*

Alla informanterna uttryckte att ångest har blivit en självklar del i deras terapeutiska arbete med patienten. Ångest uppstår när motstridiga känslor är aktiverade i patienten, både kärlek, hat, sorg, skuld och ilska på samma gång.

Majoriteten av informanterna berättade att de fått en förändrad förståelse av ångest än traditionellt inom psykoterapi.

*Ja, när man iakttar kroppsspråk så kan man hjälpa patienten med att reglera ångesten. Det är också lättare att få patienten att vara uppmärksam på omedvetna känslor, som manifesterar sig i kroppsspråket. Jag tycker att terapin går många gånger snabbare. Till exempel patienter som upplevt sexuella övergrepp eller liknande dom gör det här: (visar med handen en skiljelinje mellan huvud och kropp) "splitt". De kan intellektualisera och reflektera men de har kanske mycket ångest i kroppen, så man skulle kunna ha en terapi där man bara lyssnar till innehållet så skulle man få höra om trauman och sånt, men man skulle inte veta var ångesten är/ligger, så man skulle inte heller kunna dissekera de känslor som är förbundna med traumat. Genom att iaktta patientens kropp och ångesten kan känslorna bli förlösta. "*

Alla informanterna refererade ångest som ett basalt viktigt element i terapin och att utifrån den kan förändring göras – om terapeuten kan se hur ångesten hanteras av patienten, vart den kanaliseras och dess kroppsliga uttrycksform. En informant uttryckte att om ångestnivån inte är tillräckligt hög under sessionen försvårar det terapeutiska arbetet.

*"Mobilisering av ångest måste ske; försöker man bedöma på för låg nivå så... ja, då seglar man utan vind..."*

### **Terapeutisk processen**

Det framkom fyra olika slags processer: att processen går fortare när man når emotionerna; att processen att nå kärnproblematiken går fortare; processen av att patienten kan integrera det vill säga sätta samman sig själv både fysiskt och psykiskt samt processen i de olika skeendena i terapiförloppet.

Några informanter menade att när man når emotionerna på en upplevelsebasis – alltså ett kroppsligt och medvetet sätt – då sker en förändring hos patienten som förändrar hans relationer framöver.

*"Jag tror att man processar att känslor är kropp. Vi kan tror att vi är nära starka känslor när vi talar om dem, men när vi känner dem i kroppen, då händer något annat. Och det är ju det man gör i ISTDP. Man talar, man beskriver, man är sin kropp i terapin. Jag tror att det kan vara en förklaring till att det går fortare, när man väl nått emotionerna."*

Ytterligare upplevde man att fokus på kropp/kroppsspråk/kroppssignaler gör att terapeuten får svar via kroppen, vilket man menade påskyndade processen att komma närmre kärnproblematiken. Man beskrev att bilden av patientens problematik blir rikare.

*"Det går ofta förvånansvärt mycket enklare och känns mer omsorgsfullt och man får så mycket svar på vad som är problematiskt, från patienten via dennes kroppen. Du får svar genom kroppen."*

I och med fokus på kroppen/kroppsspråk menade informanterna att patienten blir mer medveten om sig själv och sin kropp och kroppsspråk. En informant uttryckte att processen med fokus på kropp och kroppsspråk/signaler utvecklar ett "observing ego" hos patienterna. Patienten kan koppla ihop, förstå, observera fysiska och psykiska reaktioner hos sig själv, vilket i sin tur leder till det omedvetna.

*"Det jag tänker på när jag tänker på mina terapier är att det helt plötsligt kan öppnas dörrar till en kontinent man inte alls hade tillträde till innan. Kroppen är i rummet, och här har vi fokus på den, och den är också med patienten sedan, ut ur rummet och in i alla relationer där ute. Det kan bli en väldigt kraftfull minnesbank; det blir som att man gör en slags exponering här inne i rummet, samtidigt som man får kanalisera frustrationer, försvarsmönster, relationer och mönster som man har upprepat i kontakt med terapeuten. Genom fokus på kroppen och dess inre kan med terapeuten känna och då dela de emotioner, som är nedplöjt i kroppen; det tror jag har en väldigt inverkan på processen".*

Några av informanterna påpekade att processen och fokuset på kroppsspråk/kroppssignaler ser olika ut beroende på var i terapiförloppet man är. Vid nybesök är terapeuten mycket mer avläsande och fokuserar just på kroppsspråket. När terapeuten känner patienten och vant sig vid olika typer av reaktioner från patienten så minskar fokuset på kroppsspråket. En annan informant uttryckte att fokus på kroppsspråket får djupare konsekvenser för patienten.

*"Man undviker att få en terapi som är kognitiv och analytisk, där patienten kan få insikter men ingen förändring av hur ångesten kanaliseras. Symptomnivån blir densamma. Det kan också vara att symptomen lättar men att de grundläggande försvarsmekanismer som patienten använder, samt deras förhållande till andra människor, inte blir bättre. Så hur det inverkar är att det inte bara är en kognitiv process, utan också att det blir en djupare reaktion i hjärnan".*

### **Kroppssignaler som bas för interventioner**

När författaren frågade om fokus på kropp och kroppsspråk/signaler blev svaren från alla informanterna att fokus på kroppsspråk/kropp leder terapeuten vidare till nästa intervention. Majoriteten av informanterna förhöll sig till kroppen som en bas som de hela tiden är uppmärksam på, och där den kroppsliga aktiveringen ger dem förståelsen för de impulser som väcks i samtalet. Informanterna ser efter huruvida kroppen är spänd eller

avslappnad eller om den förändras. Kroppen är närvarande hela tiden och är en självklar parameter.

*"Kroppen är platsen man återvänder till, för det är ju känslor som ska pressas fram och de är i kroppen. Ja, det kan både vara ångest, försvar och känslor, som i Malans triangel, alltihop är kropp. Försvar kan ju vara intellektualiserande, men det kan också visa sig i olika undvikande och att titta bort eller sätta upp armen (visar)."*

Majoriteten av informanterna beskrev att just via fokus på kropp/kroppsspråk och kroppssignaler så sker det en aktivering i patienten kontinuerligt i terapin.

*"Signalerna från kroppen är info om; vad ska jag göra precis just nu, ska jag fortsätta pressa på denna känsla just nu eller inte? Får jag bra signaler via kroppen så är det ett sätt att veta vad ska jag göra härnäst. En annan del är att jag samlar in information som också ger en diagnostisering av patienten. Det ger också information om vad har jag att förvänta mig från patienten. Det ger också mig en förförståelse av hur jag ska tänka kring behandling och planering,"*

Informanterna påpekade också att dessa interventioner ger dem möjlighet att peka ut försvaren för patienten, vilket hjälper patienten att själv bli uppmärksam på vad hen gör.

*"Patienten får upp ögonen för hur hen använder sitt försvar och kan sedan vända sig emot detta och då kan hen också se och förstå konsekvenserna av det."*

### **En viktig aspekt att ta hänsyn till är diskrepans mellan det verbala och det kroppsliga**

Alla informanterna tog upp vikten av att benämna och uttala för patienten vad hen gör och visar med sin kropp och kroppsspråk under sessionen.

*"Alltså det är ju genom att avläsa kroppen och såklart den teoretiska basis som man har samt, de olika kroppssignalerna som man ser, som har betydelse, och genom att göra*

*patienten uppmärksam på sitt kroppsliga uttryck, till exempel att händerna gör något, eller en suck som patienten ser sitt eget kroppsspråk".*

Författaren fann att ju mer hon frågade informanterna kring fokus på kroppen och kroppsspråk blev det tydligare att det framförallt var diskrepansen mellan det som sägs och det som kroppen visar, som var viktigt när man fokuserar på kropp, kroppsspråk och kroppssignaler.

*"Jag försöker ta upp det som jag ser så konkret som möjligt. Ser jag en förändring så försöker jag ta upp den och visa på det konkreta beteendet: 'Märker du att du lägger armarna i kors eller märker du att sjönk ner i stolen?' Jag återkopplar det jag ser för att se om patienten också kan se det. När vi båda ser det kan vi prata om det. 'Kan du se att detta var ditt sätt att hantera detta på?' Det blir ofta väldigt tydligt för patienterna när de också blir uppmärksammade på det. Den typen av ordlösa försvar kan annars vara svåra att ta upp, och det blir mer som att terapeuten sitter och tolkar någonting; tror sig se något som patienten inte ser, och då blir det svårt att ha en bra allians. Att jobba med kroppen är ett bättre och lättare sätt att få allians."*

Diskrepans mellan det som patienten uttalar verbalt och visar med kroppen framkom i flera olika berättelser från informanterna.

*"Du pratade förra gången om din mamma; skulle du vilja titta på det igen? Det kan man ju säga till sin patient (informanten visar då hur patienten lägger benen och armarna i kors och tittar bort), 'Det kan jag väl.' Läger du märke till vad som händer nu när jag frågar om din mamma, att du kroppsligt reagerar och sätter upp som en mur, här mot mig? Det kan ju patienten svara på med en massa olika sätt. 'Ja det blev lite jobbigt nu, jag vill bara ta mig här ifrån nu'. Ja vad händer om du går härifrån? Du har ju din fulla rätt till att gå. 'Nä, men det blir ju inte bra.' Så vad vill du göra?"*

Informanterna beskrev att genom att undersöka diskrepansen mellan det som sägs och det som kroppen visar, jobbar de samtidigt med patientens motstånd och försvar. Och att



detta innebär att det finns en "inbjudan" från terapeuten till det som patientens kropp vill och känner.

*"En patient blev ledsen och rörde på läpparna (visar hur) och blev tårögd, vilket jag skulle se som ett tecken på att alliansen kommer upp, affekter börjar komma upp. Men när jag frågade henne om hon la märke till affekten så svarade hon nej, vilket är motståndet mot alliansen – alltså att kroppen säger: – Jag vill känna den här affekten, jag vill, men motståndet (försvaret) säger: – Nej du får inte, detta måste du gömma undan, det är farligt att närma sig. Kroppsspråk kan ju vara ett tecken på omedveten allians".*

Majoriteten av informanterna nämnde att det kroppen och kroppsspråket visar prioriteras och går före innehållet eller orden som patienten säger.

*"Patienter som inte har så mycket motstånd, och som kanske har en mer ok anknytningshistoria, har lätt för att öppna upp för andra; man behöver bara hjälpa lite på traven. Men med patienterna med mer trasig historia och anknytning, där kommer man att behöva fokusera mycket mer på kroppen. Man kanske till och med måste lägga undan hela deras verbala historia under långa stunder och bara fokusera på kroppen och vad som händer här och nu, innan man kommer till deras historia."*

Diskrepans mellan ord och kroppsspråk återkom alla informanterna till. Dock sa informanterna att detta måste ses i sin kontext, och flera av dem sa att det viktiga är hur informationen som terapeuten får om patienten används.

*" Det kan vara att patienten inte har så mycket kontakt med impulserna, att denne är kognitivt medveten om att han är arg, men det är (visar med handen skiljelinje mellan huvud och kropp) avstängt och då blir det en inkongruens. Det är ju samma med vilken affekt som helst. Patienten kan till exempel sitta och tala om något förfärligt, där man skulle kunna förvänta sig att patienten skulle vara jätteledsen, men man ser inga tårar eller tecken på ledsenhet; ingenting rör sig i den här regionen (pekar mot halsen). Då påtalar jag*

*inkongruensen: 'du talar om något som är väldigt sorgligt är du medveten om någon känsla i kroppen'?"*

### **Omedveten och medveten allians**

Alla informanterna uppgav att det är alliansbyggande att uppmärksamma kropp/kroppsspråk/kroppssignaler. I första intervjun som gjordes nämnde informanten omedveten allians i samband med fokus på kroppsspråk. De övriga informanterna svarade också att det absolut uppstår omedvetna alliansen genom att ha fokus på kroppsspråket.

*"Patricia Coughlin sa ofta att det omedvetna tar sig i uttryck i kroppen. Det sker någonting på den omedvetna nivån som visar sig i kroppen, och att man får svar via kroppen på en intervention".*

På frågan om hur den omedvetna alliansen uppstår svarade en av informanterna:

*"Att jag kan närma mig kroppen gör att jag bygger omedveten allians. Jag ser det som att man vaggar ett litet barn (visa med armarna) och att kroppen är med då och när jag säger: – Jag ser att du får ångest nu, ska vi göra något åt det tillsammans? Eller: – Kan jag få hjälpa dig att reglera ångesten så att den inte förstärks och du inte kan tänka eller att du får tunnelseende? Det är ju en omsorg i det, försvaren kommer ju sedan, med ett: – Nej! Men responsen blir att det lilla barnet, om jag säger så, det som man ska ta kontakt med, det får uppmärksamhet och det blir tacksamt, den omedvetna alliansen stärks då."*

Flera av informanterna tog upp att när patienten suckar så visar kroppen, och därigenom det omedvetna, att frågan som terapeuten ställt var rätt intervention.

*"Får jag en bra signal till exempel en tydlig suck – så ska jag hålla kvar. På något sätt så ser man ju att dessa signaler från kroppen är en signal från det omedvetna; en signal från det som inte kan sägas och som terapeuten inte heller kan veta. På så sätt försöker man använda kroppen i ISTDP, som att här finns den omedvetna alliansen som kommer med signaler från*

*kroppen. Kroppen blir en samtalspartner och även om patienten inte är så medveten om det, så försöker man som terapeut använda kroppsliga signaler som en kommunikation."*

Något som dock också nämndes var att patienter kan uppleva sig kritiserade när deras kroppsspråk uppmärksammas. Men detta menade informanterna mer handla om huruvida terapeuten har missbedömt patientens kapacitet. Om terapeuten missbedömer patientens kapacitet och taktiska försvar kan reaktionen från patienten bli att hen känner sig kritiserad vilket kan skapa missallians i terapin. En informant berättade att det då åligger terapeuten att arbeta för att återskapa alliansen. En informant uttryckte att när diskrepans mellan ord och impuls visar sig i patientens kropp, då kan omedveten allians uppstå, just eftersom terapeuten uppmärksammar det.

*"Ja, där är en koppling, för när till exempel händerna knyter sig i det ögonblick man undersöker vrede och patienten säger: '– Jag vill inte slå', alltså där har ju kroppen redan meddelat vad impulsen vill och så kommer detta: '– Jag vill inte slå', vilket är det verbala uttrycket för omedveten terapeutiskt allians. Det omedvetna yttrar sig i vårt kroppsspråk."*

Informanterna återgav att genom att man påtalar och uppmärksammar diskrepansen som sker i rummet – till exempel det som terapeuten kan se sker mellan terapeuten och patienten blir det tydligt för patienten vad hen gör i relation till andra. Det blir på så sätt tydlig fakta och ingen magi i det terapeutiska arbete. En informant sa att patienter kan förvänta sig av terapeuten att denne skulle kunna avläsa sin patient på ett magiskt sätt.

### **Terapeutfaktorer**

Mod var något som de flesta av informanterna berättade om på olika sätt. Mod att våga vara nära patienterna på ett annat sätt än i klassisk psykodynamisk terapi. Informanterna menade att när man börjar benämna kroppen i terapirummet så bjuder man per automatik in till en intimare kontakt med patienten. Enligt informanterna krävs det mod och nyfikenhet att våga möta patienters kroppsliga ångestuttryck och vetskapen om att de kan reglera ångesten ger trygghet. Informanterna uppgav att metoden kräver att terapeuten involverar sig själv på ett mer innerligt sätt, genom att tillåta sig bli berörd av det patienten berättar.

*"Ja, det kan jag göra om jag märker att patienten blir generad av att se mig berörd. Då kan jag säga att det här väcker sorg hos mig och så är det bara, vi kan inte stoppa det. Att det väcker sorg hos mig, vad väcker det hos dig? Kan jag säga till patienten."*

Det kräver också mod att påpeka distansering, som terapeuten kan se i patientens kroppsspråk, och att i detta använda sig själv för att hjälpa patienten förstå sina känslor:

*"Då kanske han gör något annat försvar, till exempel: 'Jag fattar inte vad du menar, vad håller du på med (visar med ansiktet irriterad blick) jag måste få prata!' Då kan jag säga: Ja visst, du kan få prata hur mycket du vill, men märker du att det blir en distans mellan oss, att det händer något i dig när jag frågar dig? Vad har du för känslor gentemot mig när jag frågar dig? Då kan man inte vara rädd för patientens kroppsliga uttryck."*

Vidare nämnde informanterna att det krävs mod och beredskap i det moment missallians uppstår mellan patient och terapeut.

*"Patienter som känner sig attackerade och kritiserade när man tar upp och riktar fokus på kroppsliga signaler och beteenden som de gör helt omedvetet; jag menar, det får man ju vara beredd på att och försöka ta hand om. Och man gör misstag ibland."*

En informant menade att modet till viss del också handlade om terapeutens förhållande till sin egna kropp, och att våga använda sig av sin egen upplevelse av sin kropp.

Majoriteten av informanterna nämnde också att de blivit tryggare – säkrare – i sin diagnostiska bedömning av patienter vilket gav mod att gå vidare i att göra diagnostiska bedömningar på detta sätt.

*"Om du bara skulle titta på det verbala innehållet så får du vissa svar, men om du tar in kroppens svar så får du mycket djupare och mer nyanserade svar. Bilden blir rikare med kroppen, och genom att bilden blir rikare, så kan du som terapeut i bästa fall bli hitta sätt att hjälpa patienten. Du får ju mycket information att hantera."*

Majoriteten nämnde också att med fokus på kropp och kroppsspråk blev patientens försvar tydligt, och kan lättare påvisas men kan kväva mod från terapeuten att göra.

Det är till stor hjälp att titta på sina filmer från terapierna i handledning. Alla informanterna filmar sina terapier. Filmen används för att studera sig själv; hur man bäst ska intervensera vid nästa session. Informanterna påpekade att det finns mycket information i filmerna som de kan bli uppmärksamma på vilket är till hjälp för att utvecklas i det terapeutiska arbetet med sin patient.

*"Man ser på filmen det som man själv har reagerat omedvetet på, och kan granska det på filmen, vilket tidigare bara har registrerats och lagts på en annan nivå."*

Flertalet av informanterna berättade att de i handledningssituationer utifrån filmen blivit mer varse att orden inte är det viktigaste, och att handledaren kunnat visa på hur mycket som utspelar sig i kroppsspråk och kroppssignaler hos patienterna. Ett par av informanterna berättade att deras handledaren alltid vill se de första fem minuterna av sessionen, med förklaringen att patienten säger allt då, både med orden och med kroppen.

*"De vill alltid se de första fem minuterna, till och med när patienten kommer in och sätter sig i stolen. De vill inte att vi suddar bort någonting. De tittar på kroppen; hur sitter patienten, hur tittar patienten, hur vänder sig patienten. Det är avgörande."*

Det var tydligt att alla informanterna uppskattade kravet inom metoden att filma sessionerna. Bara en informant filmade även sig själv, och berättade om detta på följande sätt:

*"Man ser ju väldigt mycket av vad som händer när man ser på filmen. Men man får inte bli för självkritisk. Det positiva är att det går att justera saker till nästa session. Jag ser på min kropp och min stil att jag blivit mer återhållsam, jag övar mig i att vara mer närvarande i det."*

Majoriteten av informanterna filmade inte sig själv men uttryckte att de gärna ville kunna filma och se på sig själv och lära sig mer om sina kroppsliga uttryck.

En av informanterna är även handledare och uttalade sig om svårigheten att nu handleda på enkom anteckningar.

*"Det är nästan omöjligt att handleda bara på processanteckningar: –'Så sa jag, så sa han och så sa jag...'. Då ska vi bara fundera på denna dialog, och när man då frågar hur patienten satt i stolen eller hur ser han ut när han säger detta; Så kommer ju terapeuten inte ihåg. Det blir väldigt tydligt att det finns fog för att kräva att det filmas."*

Informanterna uttryckte att de verkligen blivit uppmärksamma på kroppsspråk via sin handledning.

*"Det syns så mycket mer på bandet, så bandet gör att du får en bild som etsats fast inne i dig. Genom att du ser på band, och genom handledning, kan handledaren göra mig uppmärksam på något som jag inte tänkt på. "*

Författaren frågade alla informanterna om de blivit mer uppmärksamma på sitt kroppsspråk. De flesta informanterna filmar patienten helt framifrån och får därmed inte med sig själv på bild. En informant hade spegel bakom patienten och kan på så sätt se sig själv. Författaren frågade hur detta påverkade arbetet?

*"Det kan vara ganska smärtsamt, för det syns väldigt tydligt när jag är trött eller när jag inte riktigt fokuserar, men jag kan få större förståelse för min patient."*

De flesta informanterna uppgav att de i och med fokuset på patientens kropp/ kroppsspråk/signaler, blivit mer uppmärksamma på sin kropp eller kroppsspråk.

*"Jag tycker faktiskt att jag har blivit mer uppmärksam på mitt eget kroppsspråk och att jag kan reglera min ångest. Det är verkligen så att genom att gå denna utbildning så har min ångest blivit bättre reglerad och jag kan medvetet reglera den i vardagen."*

Flera informanter uppgav att de aktivt uppmärksammar huruvida de är spända eller avslappnade i sin kropp, eller om de lutar sig framåt plötsligt, vilket föranleder frågor till terapeuten själv. Majoriteten sade att detta med att uppmärksamma sitt eget kroppsspråk i sessionerna tangerar det som i klassisk psykodynamisk terapi kallas överföring och motöverföring. En informant uppgav att hen kan sätta sig i samma kroppsställning som patienten gjort, eller göra samma rörelse efter sessionen, för att förstå med sin egen kropp vad detta kroppsspråk vill säga. Ytterligare en informant tyckte sig ha blivit "mindre kropp", ju mer hen arbetat med fokus på kroppsspråk.

*"Jag har sett på bandet att det inte behövs så mycket kroppsspråk, jag blir mindre kropp. Ja, det kan man säga; jag blir mindre kropp på filmerna. Det har jag tagit till mig från handledningen, och patienten får då mer plats – sin plats."*

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

I mars 2015 startade författaren i ISTDP-training för Patricia Coughlin, det vill säga den treåriga kliniska utbildningen till ISTDP-terapeut. Författaren har under de senaste två åren intresserat sig alltmer för metoden och har på så sätt generella förförståelser för metoden. Författaren har också försökt att arbeta utifrån typiska ISTDP-interventioner, vilket oundvikligen har färgat utformningen av frågorna och bearbetningen av materialet. Det finns en metodologisk begränsning kopplad till tillförlitlighet i det att dataanalysen utfördes enbart av författaren och kan på så sätt återspegla författarens egna subjektiva tolkningar. Dock har författaren försökt ha ett öppet och kritiskt öga genom hela arbetet.

I denna uppsats har författaren intervjuat fem ISTDP-psykoterapeuter, vilka det bara finns ett begränsat antal av i Sverige, varpå författaren också vände sig till Danmark. För att säkerställa att transkriberingen utförts på ett tillfredställande sätt läste uppsatshandledaren igenom en transkribering. Vid genomgång av texterna visade det sig att många av informanterna delade uppfattningar och berättade liknande upplevelser av fokus på kropp samt metoden i stort. En metodologisk begränsning är det låga antalet informanter som deltar

i denna uppsats, vilket talar för att liknande undersökningar och forskning är önskvärd innan säkra slutsatser kan göras.

Författaren har försökt att begränsa temana men då upplevt att delarna behövdes för att ge hela bilden av det som författaren undersökt. Författaren har också funderat över vad som gått förlorat under processen. En tanke som aktualiserats är att som ensam författare försvinner möjligheten att diskutera sig fram till val av teman samt hur diskussionsdelen ska utformas. Den naturliga proceduren med att vaska fram det mest relevanta är svårare och resultatet kan bli endimensionellt där flera dimensioner eventuellt hade varit möjliga. Andra infallsvinklar hade varit möjliga i denna uppsats och kanske hade de kunnat ge ett annat resultat, detta kan dock bara spekuleras i.

Merparten av informanterna har uttryckt att de vill ta del av den färdiga uppsatsen och intresserat sig för vad resultatet visar. Detta har varit en genomgående viktig komponent i hanterandet av uppsatsen; att eftersträva ett trovärdigt och pålitligt förhållningssätt samt resultat. Vad gäller uppsatsens trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet har författaren eftersträvat att beskriva de metodologiska tillvägagångssätten och begränsningar i detalj.

Resultatet kommer att diskuteras utifrån uppsatsens syfte, vilket är att beskriva vad som sker i ISTDP-psykoterapi när terapeuten fokuserar på kroppsspråk. Till detta hör att beskriva hur arbete tar sig uttryck samt hur det är att arbeta med detta fokus. Både patientfaktorer och terapeutfaktorer kommer att beröras.

## **Resultatdiskussion**

**Ett helt nytt verktyg att göra interventioner utifrån.** Alla informanterna uttryckte sig positivt om fokus på kropp och kroppsspråk och sade sig ha dragits till ISTDP-metoden utifrån upplevelsen de fått av att se andra arbeta med metoden och vilka fysiska och psykiska effekter det inneburit för patienten. Alla uttryckte att när de fått kontakt med ISTDP så var det något i dem som äntligen blev rätt: *"polletten trillade ner"*. Det terapeutiska arbetet lyfte på grund av att de fick helt nya sätt att intervensera utifrån.

Det traditionellt passiva i terapeuten blev aktivt. Att fokusera på kropp, kroppsspråk och kroppssignaler har blivit ett verktyg som innebär att terapeuten intervenerar med vakenhet och uppmärksamhet. Genom fokus på kropp, kroppsspråk och kroppssignaler kan terapeuten direkt se effekterna, vilket ger konsekvensen att terapeuten känner sig säkrare och



har på så sätt på grund av kroppsspråket ett ökat stöd för diagnostiken kring patienten. Med diagnostisering (Frederickson, 2013) i denna kontext menas huruvida patienten är av, till exempel sårbar karaktär/struktur och/eller har högt motstånd.

På grund av detta får terapeuten en naturlig bas att återgå till i terapisessionen, nämligen kroppen. De kroppsliga signalerna ger terapeuten en arbetsprocedur, som till exempel att se efter suckar. Terapeuten kan se om hen är på rätt spår att hjälpa patienten just utifrån de kroppsliga reaktioner som denne visar; de kroppsliga impulserna/signalerna visar alltså vilken väg terapeuten ska gå. Genom att uppmärksamma kroppen kan terapeuten få förståelse för ångest och försvar och på så sätt nå bakom dessa, vilka annars står i vägen för djupare terapeutiskt arbete. Genom att terapeuten involverar patienten i att se sitt försvar läggs ansvaret inte enkom på terapeuten. På detta sätt kan man tänka sig att fokus på kropp, kroppsspråk och kroppssignaler blir avlastande för terapeuten, eftersom även patienten får ansvar för sin terapi och sin förändringsprocess.

Det är inte terapeuten som ska förändra patienten utan det är i ett aktivt arbete tillsammans som förändring kan ske. Detta ger en trygghet och en säkerhet i det terapeutiska arbetet, som i sin tur kan upplevas som omsorg och främjar alliansskapandet mellan patienten och terapeuten.

ISTDP-metoden är dock som metod mycket svår att lära och att utöva. Det är fler dimensioner för terapeuten att hålla reda på i och med uppmärksamheten på kroppen. Samtidigt är det förenklande eftersom terapeuten upptäcker interventioner som tidigare inte varit möjliga. Så med fokus på kropp, kroppsspråk och kroppssignaler har det terapeutiska arbetet blivit både enklare och svårare. Terapeuten måste ha tålamod och enträget vilja fördjupa sitt kunnande. Metoden bjuder på ett aktivt lärande som hela tiden finns med terapeuten i arbetet; det blir ett livslångt lärande och ofta ett brinnande intresse som skapar energi till att gå vidare. Eftersom detta fokus tidigare inte funnits i grundutbildningen till psykolog eller leg. psykoterapeut har kroppen och kroppssignaler inneburit ett nytt område för terapeuten, som nu blivit en central del i behandlingen. Alla informanterna sa att de nu kan se vad de hade behövt göra i sina tidigare terapier. Denna insikt kunde även upplevas problematisk rent yrkesmässigt.

**Kroppen är en plats att återvända till.** Författaren hade först en hypotes om att det fanns ett slags universellt kroppsspråk och sökte efter detta i intervjuerna, vilket inte bekräftades. Genomgripande uppmärksamma överkropp, ansikte och händer. Man ser också efter spändhet respektive avslappnad kroppshållning samt om händerna knyter sig eller visar tecken på impuls. Det handlar alltså inte om att *tolka* ett kroppsspråk utan genom att se och uppmärksamma kropp och kroppsspråk/kroppssignaler få "*svar genom kroppen*" och på så sätt veta vilken som är nästa intervention som bör göras. Kroppen talar alltså om vad terapeuten ska gå vidare med, och terapeuten måste således lyssna med ögonen.

Därför återkom alla informanterna till att när en patient inte visar någon kroppslig impuls, eller är mycket återhållsam i sitt kroppsspråk, är detta väldigt svårt. Ett icke-kroppsspråk kan bero på många olika orsaker; högt försvar eller mycket hög ångest eller att patienten faktiskt inte förstår – det vill säga att man inte har fått allians (Coughlin Della Selva, 2001) omkring det som man ska arbeta med. Det är viktigt att se kroppsspråket/signalerna utifrån den kontext som patienten berättar om. Terapeuten måste vara uppmärksam på både det som sker kroppsligt och det som *inte* sker kroppsligt; det som borde vara känslan i kontexten som patienten talar om. Som terapeut bör man ställa sig frågande till varför en patient inte, till exempel suckar, djupt när man ställt en fråga som man tänker sig skulle få den effekten. Därför måste terapeuten vara aktiv under sessionerna. Detta kan enligt Malan och Coughlin Della Selva (2006) till exempel betyda att terapeuten inte arbetar på rätt sida av konflikt- och persontriangelarna. Detta skulle kunna innebära att terapeuten tror sig undersöka en känsla, men egentligen är det patientens försvar som blir undersökt. Ett passivt kroppsspråk bör alltså väcka frågor hos terapeuten om vad som egentligen pågår i patienten, eftersom det är kroppsspråket/signalerna som används för att kunna veta vilken som är nästa intervention som ska göras.

I ISTDP har kroppen fått en central roll i terapirummet, vilket är en förändring utifrån det klassiska synsättet som Gabbard, Litowitz och Williams (2012) anför inom psykoanalys, där kroppen är ett objekt som är organiserat utifrån mål som styr och som snarare vetenskapen undersöker. Nu undersöker terapeuten kroppen och dess impulser. Kroppsliga fenomen kan lika väl vara en omedveten kommunikation som en terapeut kan undersöka, som ett fall för somatiken. Det har sålunda tillförts ytterligare förståelse av patienters problematik– nämligen Gabbard, Litowitz och Williams (2012) begrepp "bodymind".

Patienten upplever en känsla som triggar ångest som yttrar sig i kroppsliga fenomen, och det är den ångesten som terapeuten bör undersöka. Alla informanter uppgav att ångest har blivit ett naturligt del av att arbeta med fokus på kroppen, kroppsspråk och kroppsspråk. De kroppsliga uttrycken för ångest har blivit förståeliga utifrån Davanloos (1986) tre primära ångestkanaler. Det är inte farligt med ångest, utan tvärtom något som informanterna har fått redskap att arbeta med. Terapeuten kan förstå och se hur patienten kanaliserar sin ångest genom att titta på huruvida ångesten är av god kvalitet; det vill säga löper i tvärstrimmiga muskulaturen, och då kan terapeuten gå vidare. Men om ångesten kanaliseras i någon av de andra kanalerna, glatta muskulaturen eller kognitiva funktionen, bör terapeuten se detta som en varning och stanna upp och hjälpa patienten med reglering av ångesten. Det som har varit till hjälp för terapeuterna är förståelsen av ångest som en signal om att komplexa och motstridiga känslor är aktiverade – det vill säga blandade känslor som kärlek, hat, sorg, skuld och skam – och att dessa väcker obehag hos patienten.

Enligt Frederickson (2013) är alltså ångest en spänningssignal till hjärnan som uppstår när patienten upplever dessa komplexa och motstridiga känslor.

Merparten av informanterna sa att de nu har ett helt annat förhållningssätt till ångest, som inte är lika problematiskt som tidigare. När patienten inte har ångest kan detta vara "*som att segla utan vind*", därför är det också önskvärt med ångest av just god kvalitet. Utifrån att metoden strävar efter att patienten ska uppleva känslan så djupt som möjligt, både kroppsligt och mentalt, så är det förståeligt att en viss nivå av ångest måste mobiliseras, då det blir en ny upplevelse och erfarenhet tillsammans med en anknytningsperson – nämligen terapeuten. Något som tidigare varit smärtsamt blir på så sätt förändring i terapisessionen. Det uppstår med andra ord en bindning mellan terapeut och patienten som liknar anknytningen till en förälder. Och där barnet en gång upplevde smärtsam känsla kan nu terapeuten hjälpa patienten att återuppleva detta, undersöka samt få ny erfarenhet. Informanterna upplever att patienterna känner sig sedda och hörda, och att det finns en omsorg i just uppmärksamheten som terapeuten lägger vid kroppen, kroppsspråk och kroppssignaler.

**Processen.** Författaren ville undersöka om terapeuterna ansåg att terapiprocessen på något sätt gick fortare, eftersom denna metod omtalas som just effektivare än andra psykoterapimetoder. Eller om terapeuterna hade några andra tankar om processen i

terapirummet utifrån fokuset på kroppsspråk, kroppssignaler och kropp. Detta visade sig vara svårt att få svar på. Informanterna hade olika tankar om vad processen innebär.

Terapeuterna har en övergripande upplevelse av att själva terapiprocessen går fortare. Kanske på grund av processen som sker när patienten kan integrera sina känslor i kroppen på ett fysiskt och kognitivt sätt samtidigt, det vill säga då ett, enligt Frederickson (2013), "observing ego" uppstår i patienten. I detta moment strålar alla komponenter samman: försvar har undanröjts, ångest infinner sig på lagom nivå, känslan tillåts att kännas och förståelsen av sig själv är möjlig. Patienten kan se och känna det som varit omedvetet, och förändring har skett inom patienten eftersom hen genomlever processen på nytt. Det blir en form av upprepad exponering som delas tillsammans med terapeuten på anknytningsnivå. Förändringen sker i trygghet, och ett djupare terapeutiska arbetet tillåts ta plats.

Genom att terapeuten faktiskt får svar och indikationer från kroppen kan terapeuten arbeta mer direkt och på så sätt blir processen att nå kärnproblematiken mer effektiv.

Genomgående finns de olika skeendena i den terapeutiska processen, att terapeuten med sin egen kropp och sätt att andas, föra sig, sitta samt hålla sig själv, påverkar patienten och samspelet dem emellan. Fokuset på kropp, kroppsspråk och kroppssignaler förändras i takt med att relationen djupnar. Fler talet av informanterna menade att man generellt har mer uppmärksamhet i början av terapibehandlingen, där det blir viktigt att göra ett grundligt arbete. Man kan tänka sig att om terapeuten arbetar noggrant vad gäller att se det som sker i kroppen, samt undanröjer försvar på ett effektivt sätt, så går slutprocessen inom ISTDP fortare än i andra terapimetoder.

**Diskrepans: Kroppen vill känna affekten, men motståndet säger nej.** Författarens intention var att beskriva vad som händer när terapeuten har fokus på kroppsspråk, det vill säga att terapeuten aktivt ser och tar in kroppen, kroppsspråket och kroppssingalerna i terapin. Författaren upptäckte tidigt i intervjuerna att det fanns en koppling mellan fokus på kropp och kontakt med det omedvetna i patienten. Det som blev tydligt i intervjuerna var att det sker något i det moment när patienten verbaliserar en sak men kroppsligt visar något annat, till exempel berättar om något sorgligt men samtidigt skrattar. Diskrepansen i detta moment bör terapeuten lägga tid på att undersöka, eftersom kroppsspråket avslöjar något som kroppen upplever men motståndet säger nej till och förbjuder avslöjandet. Trots det *hörda*

motståndet ser terapeuten det kroppen visar – en del av patienten som längtar efter att blir hörd. Att undersöka diskrepans blir således en viktig intervention. Kroppsspråket avslöjar alltså mer än innehållet i det som blir berättat av patienten, och bör därför väcka terapeutens nyfikenhet och intresse. Kroppen blir på så sätt en samtalspartner med en kroppslig kommunikation. Man skulle kunna tänka att terapeuten faktiskt talar med två personer, den medvetna och den omedvetna. I ett vidare perspektiv kan man tänka sig att det är fyra som samtalar: terapeuten, patienten, terapeutens omedvetna och patientens omedvetna.

Johnsson (2013) belyser ofta "det hjärnan inte minns, minns kroppen" och syftar på bodymind (Johnsson, föreläsning, 7/5, 2013). Det verbala kan ses som det medvetna medan kroppsspråket visar det omedvetna. Damasio (1994) menar att vi tänker med vår kropp och relaterar med anknytningsteorin, vilket innebär att så som vi upplever med vår kropp är med andra ord relationellt. McDougall (1990) menar att om terapeuten kan lära sig att lyssna till kroppens "språk" som patienten avslöjar i terapisessionerna, och terapeuten kan tolka det som fysiskt visar sig i patientens kropp, hjälper det patienten att psykiskt kunna härbärgera det som hon lagt i kroppen. När detta väl sker menar McDougall (1990) att kroppen blir befriad från sina upprepade försök att på olika sätt komma till rätta med psykiskt lidande/smärtor.

När terapeuten lyssnar med ögonen blir det tydligare när patienten till exempel intellektualiserar, eftersom de ackompanjerade kroppsliga signalerna uteblir, eller via distansering från något sorgligt blir till skratt och leenden. Då får fokus och uppmärksamhet på kropp, kroppsspråk och kroppssignalerna betydelse, framför allt med patienter som är väldigt verbala och på ytan kan upplevas som medvetna om sig själva, sin livssituation och problem, men kroppsligt är helt avstängda. Dessa patienter kan faktiskt få en terapi där det inte sker något förändringsarbete alls, om terapeuten inte plockar in just kroppen och uppmärksammar till exempel en diskrepans. Genom att undersöka diskrepansen kan man tänka sig att terapeuten finner de behov som patienten egentligen har, men distanserat sig från, eftersom det är smärtsamt att känna dessa inre önskningar. Varpå det är förståeligt att om dessa känslor förlöses så kommer det omedvetna fram.

**Omedveten allians och det omedvetna.** Det har varit svårt att skilja ut omedveten allians från det omedvetna, därför har författaren valt att inte separera dem utan att de i texten följer varandra. Genom att lyssna med ögonen, uppmärksamma diskrepans och andra kroppsliga signaler så ser man alltså den dolda samtalspartner som också är med i terapisessionen;

nämligen patientens omedvetna. Genom att lyssna med ögonen får terapeuten mycket fortare tillgång till det omedvetna och det uppstår allians mellan det omedvetna och terapeuten. Som Davanloo (1986) uttrycker: när alliansen har nått förbi eller bakom den kognitiva alliansen, infinner sig en större och djupare kontakt i terapin, nämligen allians mellan patientens och terapeutens omedvetna (Davanloo, 1986). Det är på så sätt ingen "magi" i denna process, det är helt enkelt patientens omedvetna som kommer fram, vilket blir en kraftfull hjälp till att skapa förändring. Enligt Davanloo (1986) är denna form av allians starkare; det vill säga att när motståndet är starkt så är den omedvetna alliansen svag och omvänt (Davanloo, 1986). Kanske är det därför som processen går fortare, och kanske är det därför som handledarna på fem minuter kan se kärnproblematiken?

*"Det omedvetna är strukturerat som ett språk"* (Lacan, 1977). När den omedvetna alliansen är etablerad mellan patient och terapeut förändras terapin och som en av informanterna uttryckte det: *"Det kan öppna sig en dörr till andra kontinenter i patienten"*. Patientens omedvetna har alltså större kunskap om patienten, därav måste terapeuten vända sig till det omedvetna, och detta kan alltså göras med kroppen som samtalspartner.

Enligt Schore (2012) kan ord namnge känslor men inte förmedla essensen av känslomässiga upplevelser, vilket också en av informanterna återgav: *"Vi kan tror att vi är nära starka känslor när vi talar om dem, men när vi känner dem i kroppen, då händer något annat"*. Samtidigt anför Schore (2012) att känslor är nära förknippat med höger hemisfär, höger storhalvshjärna, och är sammansatt med både högre och lägre kortikala aktiviteter, det vill säga hjärnaktiviteter där man finner det djupt omedvetna, som till exempel amygdala, insula och hippocampus. Vidare anför Schore (2012) att här finns det större motiverande system, det vill säga: anknytning, rädsla, sexualitet, lek, aggression, skam och avsky. Man kan tänka sig att en djup känslomässig och kognitiv upplevelse i det terapeutiska rummet kan få djupare förändringar i hjärnan, i kortikala aktiviteter i just det omedvetna (Schore, 2012). En av informanterna gav uttryck för just dessa tankar: *"...utan också att det blir en djupare reaktion i hjärnan"*. Enligt Lilliengren *"UTA (unconscious therapeutic alliance) ett spännande men komplicerat begrepp. Man kan se det som vårt psykes inneboende strävan efter "helhet" eller "utveckling" mot mer komplexa inre representationer ... och ett uttryck för potentialen till trygg anknytning som aktiveras i patienten"*. (Lilliengren, Mailkorrespondens, 28/4, 2015). Alltså ju närmare patienten kan uppleva ursprungskänslan både kroppsligt och mentalt

samtidigt, desto bättre kan läkning av smärtan ske. Genom att terapeuten bland annat lyssnar med ögonen kan patienten komma närmare sitt "sanna jag", det vill säga det som det omedvetna redan vet.

**Terapeutfaktorer.** Vetskapen om att svaren finns i kroppen och i impulserna ger terapeuten mod att pressa mer på patienternas känslor och att via frågor utforska mer i patienten. Terapeuten måste till exempel våga avbryta en patient som pratar på, eftersom patienten pratar förbi sina känslor. Terapeuten måste tydliggöra vad patienten gör mot sig själv och sina känslor, det vill säga negligera dem.

Terapeuten måste också våga involvera sig själv genom att säga till exempel: "Ser du vad som händer med dina känslor när du skrattar åt det sorgliga som du berättar nu? Du negligera dina känslor. Vilken terapeut är jag om jag också skulle negligera dina känslor här i terapin, vart hamnar vi då?" Kontakten mellan terapeut och patienten blir på så sätt mer intim, men gör också att terapeuten får vara beredd på att hen kan göra misstag, att patienten kan känna sig kritiserad, och att då aktivt få arbeta med eventuell missallians. Terapeuten måste alltså ha mod att befinna sig i ett spänningsfält med patienten och samtidigt utmana denne genom att undersöka den diskrepans som blir tydlig. Även i detta kan man tala om ett slags mod som krävs av terapeuten.

Vad är då detta för en terapeutisk kvalitet? Författaren fann att Symington (1996) anför "The need for emotional strength" hos psykoterapeuter. Han menar att vid diskussion rörande hur psykoterapeuter bör vara, och vilka kvalitéer som är bra eller viktiga, finns en generell tendens att använda ordet emotionell och empatisk, men detta är en allt för vag beskrivning, menar Symington (1996). Däremot lyfter han fram begrepp som emotionellt stark, och beskriver att detta är en person som kan hantera ett emotionellt hårt tryck, så som till exempel projektion kan vara. Detta tryck kräver en högre grad av emotionell styrka än genomsnittligt (Symington, 1996).

Övergripande kan man säga att terapeuten måste tala om sanningen *tillsammans* med patienten, antingen genom att använda sig själv och till exempel påtala vad patienten väcker hos en som terapeut, eller uppmärksamma och lyssna med ögonen vad patienten säger med kroppen. Symington (1996) framhåller att det krävs "emotional courage" att stå kvar, våga härda ut och säga sanningen.

Det framkom även i intervjuerna att nyfikenhet är en faktor som hjälper terapeuten i arbetet med patienten. Det krävs en nyfikenhet från terapeutens sida att vilja och våga gå känslomässigt nära och bjuda in patienten till en intimare kontakt och involvering. På grund av att terapeuten själv får uppleva effekterna av interventionerna och den omsorg som dessa ger patienten – samt vetskapen om att bakom lagren av försvar finns en annan del av patienten, det omedvetna som längtar efter att få göra sig hörd – så väcks ytterligare nyfikenhet från terapeutens sida, vilket överskuggar hinderna på vägen: försvaren. Symington (1996) påpekar också kvalitén "curiosity of mind", där han menar att det inte är möjligt att utöva detta yrke på ett betryggande sätt om inte nyfikenheten och intresset för patienten finns som ett guidande ljus i det terapeutiska samarbetet.

**Handledning.** I och med att ISTDP-metoden förutsätter att man filmar, och att handledning utgår från filmning av patient, har det som tidigare bara varit en känsla hos terapeuten blivit möjligt att analysera och studeras noggrant för att se vad det handlar om. *Vad är det patienten gör i förhållande till vad som sägs?* Terapeuten kan använda sig av det som visar sig i kroppsspråket för att hjälpa till att tolka till exempel samspelet som finns mellan hen och patienten. Fokuset på patientens kropp och kroppsspråk får konsekvenser även för terapeuten, som bli mer uppmärksam på sin egen kropp. Terapeuterna torde få en större känslighet och förståelse för sin egen kropp och torde också få ett annat förhållningssätt till sin egen ångest, vilket en informant själv tog upp; hen kan idag reglera sin egen ångest på ett helt annat sätt. Kroppsliga signaler kan alltså väcka frågor i terapeuten om hur hen upplever och känner, både privat och i yrkesrollen. Frågor som till exempel varför en patient väcker kroppsliga spänningar i terapeuten. Eller varför vissa patienter gör terapeuten känslomässigt mer aktiv eller passiv; *Varför gör jag den här kroppsliga rörelsen nu/eller upplever dessa förnimmelser i min kropp?* Sannolikt bör terapeuten eget förhållningssätt till sin egen kropp utvecklas eftersom terapeuten per automatik blir mer känslomässigt närvarande i sina relationer och därmed i relationen till sin patient. Terapeuten ska hjälpa patienten att "hålla sig själv", vilket borde underlättas av att terapeuten inte är rädd för sina egna kroppsliga upplevelser i det terapeutiska mötet. Den information som terapeuten kroppsligen blir medveten om bör vara till nytta i arbetet med patienten. Man kan i ett vidare perspektiv tänka att patienten blir medveten om sig själv via att terapeuten uppmärksammar dennes kropp, kroppsspråk och



kroppssignaler och sammankopplar det med det verbala samt inre känslor. På så sätt skapas det en förståelse i patienten för sitt eget psyke och soma och därigenom utvecklas det som Malan och Coughlin Della Selva (2006) benämner som "ego capacity."

Filmen hjälper terapeuten på så sätt att terapeuten kan gå tillbaka och titta på sessionen och se vad som hände och hur patienten reagerade på interventioner. Ögonblickshändelser kan gås igenom för att få en förståelse för vad som utspelades, vilket också kan tas med in i terapisessionen nästa gång. En informant uttryckte: *"Det blir som en bild som etsat sig fast inne i dig, som du kan ta med in i terapirummet och göra patienten uppmärksam på vid nästa tillfälle"*. Man skulle kunna se det som att terapeuten blir sin egen handledare. Alla informanterna upplevde att det är utvecklande att se på filmen flera gånger och att det sker lärdomar hela tiden. Dock krävs precis som i all terapi extern handledning. Handledaren kan göra terapeuten uppmärksam på saker som terapeuten inte lagt märke till själv eftersom ISTDP-handledningen är mycket inriktad på kroppsspråk, impulser och signaler.

### **Slutsatser**

En slutsats i denna uppsats är att terapeuter bör oftare lyssna med ögonen. Genom att fokusera på kropp, kroppsspråk och kroppssignaler kan terapeuten arbeta med träffsäkra och viktiga interventioner. Dessa interventioner får effekter direkt och leder terapeuten vidare till nästa intervention. Effekterna är bland annat kännedom om varje patients ångest; hur just den patienten kanaliserar sin ångest i sin kropp samt vilka försvar patienten har. Detta ger en bild av vilken psykopatologi patienten har, vilket i sin tur ger en föräning om vilken kapacitet denne har till förändringsarbete. När terapeuten får en förståelse av patientens ångest blir den inte längre ett hinder i terapin, utan en tillgång och en kommunikationsmöjlighet för terapeuten. På så sätt blir allt som sker i kroppen viktigt att se och uppmärksamma. Impulser, rörelser och uttryck kan betyda många olika saker och ge svar till terapeuten om det som terapeuten ännu inte fått medveten kunskap om; alltså meddelanden från patientens omedvetna. Fokus på kropp, kroppsspråk och kroppssignaler ger också en möjlighet för terapeuten att känna om denne är på rätt spår.

Den stora upptäckten i denna studie är att diskrepansen mellan ord och kroppsspråk/ ansiktsuttryck berättar om och vägleder terapeuten till att något viktigt finns att undersöka just i det moment som diskrepansen uppstår. Det är alltså diskrepansen mellan ord och kropp som blir viktig, och att allt man noterar i kroppen vittnar om något. I dessa moment blir kroppen och dess uttryck viktigare än orden som uttalas. I detta spänningsfält finns vägen till det omedvetna – här uppstår omedveten allians genom att kroppen blir hörd; det som varit undgängömda känslor begravda i kroppen får komma ut. En förändring och genombrott i processen sker och helande kan gå snabbare, alternativt sker en fortsatt fördjupad allians. Man kan tänka sig att i upplevelsen av fördjupad omedveten terapeutisk allians, där patientens omedvetna blir hört, uppstår signaler i amygdala, insula och hippocampus, vilket skulle kunna stimulera nya aktivitetsbanor i hjärnan. Patientens anknytning skulle på så sätt kunna förändras genom att terapeuten går känslomässigt ännu närmre patienten när denne håller kvar en fråga om det kroppsliga uttrycket; det vill säga att våga vara i spänningsfältet med patienten. Patienten kan då förändras även i sin personlighetsstruktur. Detta kräver att terapeuten måste ha mod att lita på sin bedömning att detta kroppsliga uttryck som patienten uppvisar betyder något viktigt, och kan hjälpa patienten om det undersöks noggrant.

För att arbeta med detta krävs dels handledning som ger stöd, dels filmande. Filmen ger terapeuten möjlighet att bli säker på det som hen uppfattat och sett i det kroppsliga uttrycket hos patienten. När detta upplevs av både patienten och terapeuten samtidigt kan patienten börja bli "observing ego" och "hålla sig själv". Vilket också är en av de fyra processer som framkom. Dessa processer torde vara sammankopplade. Man kan tänka sig att hela terapiprocessen går fortare när man når emotionerna hos patienten, och att detta ger terapeuten en möjlighet att tydligare se och närma sig kärnproblematiken, vilket gör att patienten kan integrera sig själv och processa detta med terapeuten. Sammantaget talar detta för en snabbare terapeutisk process.

Genom att lyssna med ögonen ser terapeuten det "barn" som patienten en gång var i en känslomässig konflikt där barnet fick ge vika för sin inre önskan. Terapeuten kan återskapa detta moment och göra om det tillsammans med patienten – barnet – genom att inte följa orden, utan istället lyssna med ögonen och se de uttryck som kroppen förmedlar.

### **Framtida forskning**

Vid litteraturgenomgången inför denna uppsats fanns endast ett fåtal studier som tangerade detta ämne. Mer kvalitativ och kvantitativ forskning behövs för att kunna göra säkra slutsatser om kroppens betydelse i ISTDP.

Under arbetets gång har författaren sett olika frågor som skulle vara intressanta att följa upp. De frågeställningar som framkommit ger författaren här förslag på:

Vilka effekter finns att vinna i att filma terapisessioner?

Handledarsituationens potential vid filmning av terapi?

Terapeutens relation till sin egen kropp?

Vad är det för ickeverbal kommunikation som initieras mellan terapeut och patient?

ISTDP-terapeuters upplevelse av egenterapi inom ISTDP-metoden?

## Referensförteckning

Abbass, A, Town, J. & Driessen, E. (2012). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Outcome Research*. DOI: 10.3109/10673229.2012.677347.

Bengtsson, L. (2013). *Kliniska implikationer av The Polyvagal Theory* (Psykotraumatologi) Institutionen för Neurovetenskap. Uppsala Universitet.

Davanloo, H. (1986). Intensive short-term dynamic psychotherapy with resistant patients. I. Handling resistance. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 1: 107-133

Damasio, A. (1994) *Descartes Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. New York: Putnam.

Elliott, R. Fischer, C. T. & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*. 38(3), 215-229.

Frederickson, F. (2013). *Co-Creating Change, Effective Dynamic Therapy Techniques*. Kansas City: Seven Leaves Press.

Freud, S. (1973). *Orientering i psykoanalys*. Falkenberg. Natur och Kultur.

Gabbard, G, Litowitz, B. & Williams, P. (2012). *Textbook of Psychoanalysis*. American Psychiatric Publishing: Arlington.

Graneheim, U H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Kaplan, H. (2005). Chapter 30.9 *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Part of 30 - Psychoterapies of Habib Davanloo.

Lacan, J. (1977). *The Four Fundamental Concepts of Psychoanalysis*. London: Hogarth.

Larsson, L. (2012). *Motorväg till det omedvetna, Fem psykoterapeuters upplevelser av att lära sig att arbeta med Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*. (Psykoterapeut examensarbete på avancerad nivå) Ersta Sköndal Högskola, S:t Lukas utbildningsinstitut.

McDougall, J. (1990). *Kroppens teatrar psykosomatiska sjukdomar i ett psykoanalytiskt perspektiv*. Borås. Natur och Kultur.

Malan, D. (1981). *Psykoterapi och psykodynamisk vetenskap*. VEB Druckhaus Köthen. Natur och Kultur.

Malan, D. & Coughlin Della Selva, P. (2006). *Lives Transformed, A Revolutionary Method of Dynamic Psychotherapy*. London: Karnac

Schore, A. (2012). *The Science of The Art of Psychotherapy*. New York: W.W. Norton & Company.

Symington, N. (1996). *The Making of a Psychotherapist*. London: Karnac Books.

TACK!

Jag vill tacka dem som gjort det möjligt för mig att genomföra denna uppsats.

Mina finaste barn, som gjort att jag varit tvungen att effektivisera mig och skriva när det funnits möjlighet – tack Henrietta, Samuel och Gabriel.

Min man, tack för all genomläsning, allt finlir och kritik, det som du är så väldigt duktig på.

Tack kursare Sara De Flon, för alla roligheter genom skrivtiden och hela utbildningen, hur skulle vi annars stå ut, utan att tillåta oss att bli tokiga!

Tack uppsatshandledaren Jan-Åke för din tid och granskning av mitt arbete och härliga skratt.

Håkan Johansson, tack för att du genom din prestigelösa stil och sätt gjort utbildningen till en njutning och en berikande tid.

Tack mamma och pappa.

Tack, alla informanter för att ni tog av era tid och ställde upp på intervju.

Och sist: tack de vänner som hjälpt till med att läsa igenom alla dessa sidor!

(Bilaga 1)

## **Medgivande**

Härmed godkänner undertecknad att jag frivilligt deltar i en intervju angående kroppsspråk/signaler i ISTDP. Intervjun är tänkt att ingå i examensuppsats på Psykoterapeutprogrammet, Lunds Universitet.

Lund den

Underskrift

Namnförtydligande

(Bilaga 2)

## INTERVJUGUIDE

- 1) I ISTDP har terapeuten mer fokus på kropp, kroppsspråk och kroppsspråk än i annan traditionell psykoterapi. Berätta om dina erfarenheter och upplevelser?
- 2) 1a) Positiva samt negativa upplevelser med fokus på kropp, kroppsspråk och kroppssignaler? 1b) Vad är fördelen/fördelarna med att ha fokus på patientens kropp, kroppsspråk och kroppssignaler?
- 3) 2) Berätta hur du arbetar med fokus på kropp, kroppsspråk och kroppssignaler och hur du uppmärksammar detta hos patienten, samt hur du använder dig av den information du får?
- 4) 2.a) Som terapeut har man uppmärksamhet på hela kroppen eller på visa delar, ansikte, händer armar, ben och torso?
- 5) 2.b) Har du även uppmärksamhet på ditt kroppsspråk, till exempel i handledningssituationen när du ser på film av sessioner?
- 6) 2.c) Vilka kroppssignaler och kroppsspråk kan vara svåra att tolka? Samt vilka är lätta att tolka?
- 7) 2.d) Hur är det att jobba med fokus på kroppssignaler/språk samtidigt som det är många andra dimensioner att arbeta med i det terapeutiska mötet?
- 8) 2.e) Berätta om något tillfälle där patientens kroppsspråk förmedlat en sak och orden något annat?
- 9) 3) På vilket sätt har uppmärksamheten på kroppsspråket/kroppssignaler betydelse för den terapeutiska processen och i så fall hur?