



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Vad var det som hjälpte?

Två terapier beskrivna av patient respektive terapeut, efter Dialektisk beteendeterapi (DBT)

Sofia Löfqvist

Psykoterapeutexamensuppsats, 2015

Handledare: Jan-Åke Jansson
Examinator: Lars-Gunnar Lundh

Tack!

Jag vill sända ett stort tack till intervjupersonerna som avsatte tid för att dela med sig av sina upplevelser och reflektioner. Ett stort tack också till min handledare Jan-Åke Jansson, som inspirerat och stöttat med sin entusiasm och erfarenhet.

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka vad som bidrar till positiv förändring i terapi. Forskningsstöd finns för att psykoterapi är en effektiv behandlingsform, men vad det är som är verksamt, vet vi mindre om. Patient respektive terapeut intervjuades efter två framgångsrika terapiprocesser med dialektisk beteendeterapi (DBT). En kvalitativ ansats med halvstrukturerad intervju användes med frågeställningen: Vad var det som hjälpte?

I resultatet utkristalliserades fem övergripande teman; vikten av att undersöka frågeställningen utifrån ett processororienterat perspektiv, hur patienterna behövde lära om och lära nytt, vikten av förståelse, hur den terapeutiska relationen blev central samt hur de olika faktorerna hängde ihop och påverkade varandra på olika sätt.

I diskussionen lyftes patienten, terapeuten och relationen dem emellan fram som central. Olika interaktionsmönster uppmärksammades där en omsorgsinriktad och samarbetsorienterad interaktion betonades. Vikten av förståelse indikerades men hur det inte räckte med att förstå för att förändras. De olika faktorerna vävdes på olika sätt samman och interagerade med varandra. Exempelvis trygghet lyftes fram som viktigt och vävdes in i flera tema. Dessutom tillkom processperspektivet, exempelvis hur olika saker kan vara av vikt vid olika tillfällen. En bild framträdde där olika kombinationen av interventioner, interaktionen dem emellan och processperspektivet gjorde att svaret på frågan ”vad var det som hjälpte” blev komplex.

Nyckelord: psykoterapi, terapeutisk förändring, kognitiv beteendeterapi, KBT, dialektisk beteendeterapi, DBT.

Abstract

The aim of the study was to examine what contributes to positive change in therapy. Research support psychotherapy to be an effective form of treatment, but we know less about what makes it so. After two successful therapy processes with dialectical behaviour therapy (DBT), patient and therapist were interviewed. A qualitative study with semi-structured interview was used with the issue: What was it that helped?

The results highlighted five main themes; the importance of examining the issue from a process-oriented perspective, a learning perspective emerged, the importance of understanding, how the therapeutic relationship became essential and how the different elements interacted and influenced each other.

In the discussion, the patient, the therapist and the relationship between them emerged as central. Different types of interpersonal exchanges were highlighted, and a care seeking – caregiving exchange and a cooperative exchange were emphasized. The importance of understanding was indicated but not enough to make a change. The different factors were woven together in different ways interacting with each other. A need to feel safe, was one example that was highlighted as important and interacted with several themes. In addition, process-oriented perspective was important, for example how different things can be important at different times. A picture emerged in which different combinations of interventions, the interaction between them, and a process oriented perspective make the answer to the question; what was it that helped, complex.

Keywords: psychotherapy, therapeutic change, cognitive behavioral therapy, CBT, dialectical behavior therapy, DBT.

Introduktion

Idéer och metoder för att påverka en människa till förbättrad psykisk hälsa har funnits sedan mycket lång tid tillbaka i historien och finns fortfarande i hela världen. Psykoterapi är däremot en relativt ny företeelse, ca 100 år gammal, och dessutom väsentligen ett västerländskt fenomen. Att psykoterapi är en effektiv behandlingsform stöds idag av omfattande empirisk forskning men vad det är, inom den psykoteraeutiska processen, som leder till förbättring hos patienterna vet vi dock mindre om (Philips & Holmqvist, 2008).

Denna studie intresserar sig för vad som leder till positiv förändring i terapi och utifrån detta syfte intervjuades terapeut respektive patient kring deras upplevelser av framgångsrika terapeutiska processer. Två terapier beskrivs, där Dialektisk beteendeterapi (DBT) var den metod som användes.

Dialektisk beteendeterapi

DBT är en form av kognitiv beteendeterapi (KBT) som inriktar sig på behandling av emotionellt instabil personlighetsstörning (IPS). Linehan (1993) utvecklade DBT och i samband med detta så fann hon konkreta färdighetsbrister hos IPS-patienter som hon systematiserade under fyra huvudrubriker; svårighet att reglera känslor, att skapa och upprätthålla goda relationer, att stå ut i svåra situationer samt att vara fokuserad på här och nu (Linehan, 1993). DBT är en integrativ modell som bygger på inlärningsteori, kognitiv teori, dialektisk filosofi och zenbuddistisk filosofi (Nilsonne & Kåver, 2002). Den kognitiva teorin finns med i DBT, men fokus ligger mer på inlärningsteoretiska principer än kognitiva (Nilsonne & Kåver, 2002). Ur den dialektiska filosofin fick Linehan (1993) stöd i att hantera motsägelsefulla spänningar och dilemma. Exempelvis spänningen mellan motstridiga impulser och känslor som att samtidigt både vilja dö och vilja leva. Eller att kunna känna stor psykisk smärta och ändå inte agera destruktivt. Ur zenbuddismen hittade Linehan (1993) tekniker och stöd för att stärka patienternas förmåga till medveten närvaro och minskat dömande, vilket bl.a. ger konsekvenser på känslolivet. Den medvetna närvaron utgör den plattform på vilken alla andra färdigheter som lärs ut i DBT vilar på (Nilsonne & Kåver, 2002).

DBT innebär att olika ”behandlingskanaler” sker parallellt. Färdighetsträning, individuell terapi, telefonkontakt och teamarbete (för terapeutens del). Färdighetsträningen är manualbaserad. Den sker oftast i grupp men inte nödvändigtvis. Individualterapi är indelad i fyra faser, men alla patienter går inte igenom alla faserna. En hierarki av mål finns med

under hela behandlingen. I första fasen fokuseras på säkerhet. Det handlar bl.a. om att minska farliga beteende. I andra fasen bearbetas livshändelser, om så behövs. I tredje fasen är fokus på att arbeta framåt och i fas fyra på att höja livskvalitén (Nilsonne & Kåver, 2002).

Den psykoterapeutiska relationen i KBT och DBT

Synen på den terapeutiska relationen i KBT kan historiskt sägas vara att en god terapeutiska relation är en förutsättning men verktygen för förändring är de olika terapeutiska interventionerna (Swales & Heard, 2007). Nya tankegångar kring den terapeutiska relationen har dock utvecklats och fortsätter att utvecklas inom KBT, där mer och mer vikt läggs vid den terapeutiska relationen på olika sätt (Gilbert & Leahy, 2007).

I DBT understryks att vi alla är människor och hur beteende och svårigheter är universella. Relationen ses inte primärt som en spegling av gamla relationer utan som en, i nuet, genuin relation (Swales & Heard, 2007). En central aspekt i DBT är att terapeuten ska leva enligt de principer de lär ut. Terapeuten ska utstråla och bemästra de färdigheter hon försöker lära patienten (t.ex. medveten närvaro, icke värderande hållning, validerande hållning). Detta gör det lättare att skapa en genuin relation, vilket patienter med interpersonella problem behöver (Nilsonne & Kåver, 2002).

Utifrån ett evolutionärt perspektiv beskrivs människan som en utpräglat social varelse som genom hela livet regleras via sociala relationer. Vi har utvecklat olika förmågor för att förstå varandra och även påverka varandra. Med detta synsätt kan det som händer i terapin förklaras utifrån hur människor fungerar i alla relationer. Vi har, enligt Liotti (2007), en biologisk förmåga att delta i åtminstone fyra olika typer av interpersonella utbyte; omsorg (söka och ge omsorg etc. likt en förälder- barn interaktion), dominans/bli dominerad (makt, konkurrens etc.), sexualitet (förföra, imponera etc.) och samarbete (dela intentioner, mål och handlingar på ett ömsesidigt sätt). Den kognitiva terapeuten önskar vanligen stimulera samarbetssystemet men med patienter med interpersonell problematik är det lätt att andra system också aktiveras. Patienten kan t.ex. söka omsorg hos terapeuten, en maktkamp kan uppstå eller ett förföriskt samspel kan uppstå. Utifrån detta perspektiv är det centralt att terapeuten kan hantera dessa växlingar i mänsklig interaktion och kanske även använda dem på ett konstruktivt sätt i det terapeutiska arbetet (Liotti, 2007).

Verksamma faktorer i terapi

Framgångsrikt – men vad är det som gör att det fungerar? Att psykoterapi är en effektiv behandlingsform stöds idag av omfattande empirisk forskning men vad det är, inom den psykoterapeutiska processen, som leder till positiv förändring hos patienterna vet vi fortfarande mindre om (Philips & Holmqvist, 2008). Holmqvist (2008) har sammanfattat forskningsläget med att ungefär hälften av utfallsvariansen inte kan förklaras. Den del som i någon mån kan förklaras kan fördelas på faktorer som hör ihop med patienten (25-30%), terapirelationen (10 %), terapeutens skicklighet och personlighet (8 %) och behandlingsmetoden (5-8%). Vad gäller behandlingsmetoden så har de olika psykoterapiinriktningar olika tankar kring vilka mekanismer som leder till förändring men att forska på enskilda mekanismer har visat sig vara svårt. Att t.ex. undersöka valideringens betydelse (vilket är ett centralt inslag i DBT-behandling exempelvis) skulle innebära att en grupp valdes ut som inte blev validerad (Andersson & Mörtberg, 2008).

Framgångsrikt för vem? Många olika studier har gjorts som påvisar att den genomsnittliga effekten av psykoterapi är stor (Lambert & Ogles, 2004; Shadish et al., 1997) men vem som blir hjälpt av terapi är en annan fråga. Sandell (2008) lyfter fram hur metaanalyser vanligen redovisar genomsnittlig effekt men hur de sällan ser på variationen, vilken enligt honom är stor. Ett mått på variation är standardavvikelse, som i vissa studier visat sig vara dubbelt så stor som den genomsnittliga förändringen enligt Sandell (2008). Han menar att effektstorlek visserligen är viktigt men resultatet bör betraktas med skepsis om variationen är hög. Sandell (2008) lyfter fram att patienter systematiskt tycks svara olika på psykologisk behandling. Han tycker därmed det är rimligt att göra ett skifte från att se på allmänpsykologiska mekanismer till differentialpsykologins fokus på variationen (Sandell, 2008).

Terapeuten, patienten och alliansen. Terapeuten, patienten och relationen dem emellan är de faktorer som har tilldelats störst vikt i forskningen (Holmqvist, 2008). Exempelvis har Norcross & Lambert (2006) systematiskt gått igenom Wampolds forskning och de fann då att terapeut och patientfaktorer förklarade den största delen av variationen i behandlingsresultat. De menar att uppemot tio procent av den totala variationen i utfall förklaras av terapeutens skicklighet och personlighet. Därtill kommer sex till sju procent som förklaras av den terapeutiska alliansen (Norcross & Lambert, 2006).

Sandell (2008) menar att det har varit svårt att finna enkla samband för vilka terapeutvariabler som kan tänkas vara hjälpsamma i terapi. Troligen handlar det om

invecklade interaktioner menar han. Dessutom är det, enligt Sandell (2008) omöjligt, åtminstone i det enskilda fallet, att skilja patientfaktorer och terapeutfaktorer åt. Sammanblandning (confounding) finns mellan de olika faktorerna. Många faktorer är av intresse som vi inte vet så mycket om. Sandell (2008) tar t.ex. upp om likheter mellan terapeut och patient spelar någon roll (matchning). Eller om terapeuten skiljer sig åt i olika terapier, alltså med olika patienter. Det forskningen visat är att terapeutfaktorn i manualbaserade terapier blir mindre betydelsefull och terapeutfaktorn blir också mindre när terapeuterna var mer erfarna (Sandell, 2008).

Patientfaktorerna är enligt Sandell (2008) centrala men även dessa har visat sig vara vanskliga att tolka. Ska en ny relation eller ett nytt jobb ses som kontext, ett behandlingsresultat eller som en patientfaktor? Om patientens svårigheter räknas som en patientfaktor så kommer patientfaktorerna att förklara en stor del av variansen (65-85%). Förekomsten av en personlighetsstörning hör t.ex. till det som gör att prognosen för positiv förändring är sämre. Exempel på andra viktiga patientfaktorer är patientens förväntningar på behandlingen, behandlingsmotivation, patientens sätt att relatera till andra, beredskap och förmåga till empati/mentalisering (Sandell, 2008). Även kön, ålder och socialklass spelar roll (Holmqvist, 2008).

Sammanfattningsvis

Sammanfattningsvis finns forskningsstöd för att psykoterapi är hjälpsamt för många patienter, men inte för alla. Vad det är, i den psykoterapeutiska processen, som är hjälpsamt vet vi mindre om. Sammanfattningsvis kan de faktorer som forskningen, så här långt, lyft fram som främjande för behandlingseffektivitet kategoriseras i fem områden:

- Psykoterapeutiska interventioner
- Terapeutfaktorer
- Patientfaktorer
- Den terapeutiska alliansen
- Kontextuella faktorer (både inom vårdapparaten och i patientens liv)

Med detta som bakgrund kommer två framgångsrika terapiprocesser att beskrivas för att åskådliggöra, problematisera och diskutera vad det är som kan tänkas bidra till positiv förändring i en psykoterapeutisk process.

Syfte

Syftet med denna studie är att utifrån en beskrivning av två framgångsrika terapiprocesser illustrera upplevelser och erfarenheter av; vad det var som hjälpte i terapin. Detta görs både utifrån patienten och terapeutens perspektiv.

Metod

Undersökningsdeltagare

I studien ingick två före detta patienter och en psykoterapeut. Båda terapierna var DBT-behandlingar. Samma terapeut var behandlande i båda terapierna och terapeuten intervjuades därför två gånger, en intervju för varje patients terapi. Alltså baserades studien på fyra intervjuer där två terapiprocesser beskrivs.

De två f.d. patienterna var 29 respektive 40 år gamla. Båda hade vid terapins start fått diagnosen emotionellt instabil personlighetsstörning (IPS). Båda hade problem med att hantera känslor, självskadebeteende, suicidtankar, suicidhandlingar och negativa tankar om sig själv. Båda led av nedstämdhet och hade påtagliga problem med relationer, t.ex. bibehålla och hantera relationer, lita på andra etc. Även andra problem vad gäller funktionsnivå var påtagliga. Det handlade exempelvis om att fullfölja saker, sköta arbete och studier. Båda patienterna hade periodvis varit slutenvårdsbehandlade. DBT-behandlingarna sträckte sig över sex respektive fem år. Efter genomgången behandling beskrevs tydliga positiva förändringar. Båda beskrev stora förändringar vad gäller hur de idag kan hantera relationer bättre. Emotionellt beskrevs också påtagliga positiva förändringar, t.ex. vad gäller hantering av känslor och impulser. Funktionsnivån beskrevs som hög, med arbete och studier som fungerade väl. Inga självskadebeteende och suicidhandlingar fanns längre.

Terapeuten var 55 år. Hon har steg 1 i psykodynamisk inriktning och psykoterapeututbildning sen 2012 med inriktning KBT. Hon har arbetat med DBT sen 2005.

Design

En kvalitativ ansats med halvstrukturerad intervju användes. Undersökningen gjordes utifrån ett intresse att kartlägga människors upplevelser samt med en ansats att förstå och

tolka meningen i intervjupersonernas beskrivningar vilket gjorde att en kvalitativ ansats bedömdes som lämplig (Brinkmann & Kvale, 2009).

Instrument

Datansamlingen gjordes med halvstrukturerade intervjuer (se Bilaga A och B). Frågorna formulerades i en avvägning mellan att stimulera deltagarna att självständigt utveckla sina svar, och samtidigt få svar på de frågor som var centrala för studien. Intervjuguiden innefattade de fem kategorierna; psykoterapeutiska interventioner, terapeutfaktorer, patientfaktorer, terapeutisk allians och kontextuella faktorer. Dessutom lades en sjätte kategori, övrigt/annat, in för att möjlighet skulle finnas för intervjupersonerna att beskriva något som inte passade in i de fem förutbestämda kategorierna. Intervjuguiden var uppbyggd så att den intervjuade först fick berätta fritt kring sina tankar om vad som hjälpte och därefter presenterades för kategorierna och fick då möjlighet att lägga till reflektioner utifrån denna indelning. Intervjuguiden innefattade också en följdfråga kring den terapeutiska alliansen utifrån Liottis (2007) indelning av fyra olika typer av interpersonella utbyten; omsorg (att söka eller ge omsorg, söka hjälp etc.), dominans/bli dominerad (makt, konkurrens etc.), sexualitet ("förföra", "imponera" etc.) eller samarbete (dela intentioner, mål och handlingar på ett ömsesidigt sätt etc.). En provintervju på en psykologkollega gjordes för att bedöma intervjuguiden. Inga ändringar gjordes då intervjuguiden bedömdes fungera.

Procedur

Till studien valdes psykoterapeuter med kognitiv psykoterapeututbildning. Detta utifrån författarens psykoterapiinriktning, och det därtill kopplade intresset för denna inriktning. Två terapeuter med kognitiv inriktning tillfrågades där den ene arbetar i ett DBT-team och den andre på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Båda terapeuterna ombads välja avslutade framgångsrika terapier och fråga före detta patienter om de ville delta i studien. Den ena terapeuten rekryterade två patienter och båda dessa patienter inkluderades i studien. Den andra terapeuten rekryterade en patient. Patienterna (inledningsvis tre stycken) blev uppringda och tillfrågade av sin tidigare terapeut. Terapeuten hade då fått det brev som var förberett för ändamålet (se bilaga C).

Tre patienter tackade ja till medverkan men en intervjuperson exkluderades då personen, vid intervjutillfället, uttryckte att denne inte haft framgång i sin terapiprocess. Därmed uppfylldes inte de kriterier som fanns för att ingå i denna studie. En av intervjuerna

inleddes med att intervjua patienten, en med att intervjua terapeuten. Intervjun av patienterna gjordes på författarens mottagningsrum. Intervjun av terapeuten gjordes på dennes mottagningsrum. Intervjuerna tog mellan 60-90 minuter.

Dataanalys

Analysen inspirerades av Brinkmann och Kvaales (2009) beskrivning av den kvalitativa forskningsintervjun.

Första analyssteget – intervjun. I intervjuerna eftersträvades en närvaro med en avvägning mellan öppna frågor och att ställa följdfrågor där nyfikenheten fick styra. I detta skede fanns inga förutbestämda hypoteser men en förförståelse fanns i intervjuguiden som t.ex. innefattade de fem kategorierna som beskrivits ovan. Intervjuerna spelades in och i direkt anslutning till varje intervju skrevs spontana reflektioner ner.

Andra analyssteget – transkribering. Inspelningarna transkriberades så ordagrant som möjligt. Verbala uttryck som skratt eller ”hm” togs inte med. För att underlätta läsförståelsen gjordes vissa ändringar från talspråk till skriftspråk. Exempelvis skrevs ”å” som ”och”, ”nått” som ”något”. Smärre grammatiska justeringar gjordes, t.ex. av ordföljd. Frågetecknen användes vid frågor och utropstecken användes vid några tillfällen för att understryka eftertryck hos intervjupersonen. Parallellt med transkriberingen noterades vissa spontana reflektioner.

Brinkmann och Kvale (2009) beskriver hur transkriberingen, övergången från muntlig interaktion till skriftligt språk, blir en utarmad återgivning av ett levande samtal. Tonfall, kroppsuttryck etc. syns inte i transkriberingen vilket exempelvis gör ironi omöjligt att utläsa (Brinkmann & Kvale, 2009). Eftersom intervjuare, transkriberare och den som analyserar materialet var samma person så ökade troligen möjligheten att minnas betoningar, meningsbärare som förmedlades i intervjun.

Tredje analyssteget – genomgång av transkriberad text. Nästa steg var att systematisk gå igenom den transkriberade texten och göra noteringar. Då studiens tema var ”vad det var som uppfattas som hjälpsamt i en terapiprocess” så fanns en naturlig uppmärksamhet för den här typen av uttalanden men även andra reflektioner och associationer skrevs ner. En ambition att bibehålla öppenheten och inte fastna i någon tolkning fanns. Målet var att i detta steg finna och försöka förstå innehållet och komplexiteten i de upplevelser som intervjupersonerna förmedlade (Brinkmann & Kvale, 2009). Förhållningssättet, att hoppa mellan helhet och delar, fanns med och följde med under hela analysen. Intervjuerna

analyserades efterhand på detta sätt. Texten lästes igenom flera gånger för att fånga upp fler reflektioner, teman och associationer. Återkommande begrepp och nyckelord uppmärksammades.

Fjärde analyssteget - vad handlar utsagan om? I nästa steg delades analysen upp i parallella delar. I en del sorterades teman in som direkt handlade om ”vad som var hjälpsamt” eller om temana låg utanför denna direkta fråga. Teman kring ”vad som var hjälpsamt” markerades med vilken eller vilka av de sex kategorierna kring hjälpsamma faktorer (interventioner, terapeut, patient, allians, kontext eller annat). Det blev i denna fas tydligt att flertalet kommentarer, kring vad som uppfattades som hjälpsamt, handlade om flera av kategorierna samtidigt. Detta belyses i figur 1.

	I n t e r v v .	T e r a p e u t	P a t i e n t	A l l i a n s	K o n t e x t	A n n a t
Beskrivning av situation där terapeuten pushade patienten att göra en beteendeförändring	X	X	X	X		

Figur 1. Exempel från dataanalys

I en parallell del sorterades teman in som handlade om likheter och skillnader mellan intervjupersonernas upplevelser.

Samtidigt som teman sorterades in i ovanstående grupperingar fanns en öppenhet kvar för tematisering på annat sätt. En öppenhet eftersträvades där teman som liknade varandra fick finnas kvar bredvid varandra och en öppenhet fanns kring om de två uppdelningarna ovan skulle kvarstå och bli övergripande teman eller inte.

Femte analyssteget - vad hör ihop? Nästa steg innebar att analysera materialet med syfte att sammanföra teman som liknar varandra och finna övergripande teman. Materialet ordnades hierarkiskt och tematiskt. Vad kan ses som ett övergripande tema? Vilka teman ska hamna i bakgrunden (underordnas det övergripande temana) eller helt enkelt utelämnas? En fortsatt öppenhet eftersträvades men efterhand som övergripande koncept formulerades så minskade öppenheten. Kategoriseringen som följt med från förförståelsen, genom intervjuguiden och i analysstegen fram till nu (terapeuten, kontexten, etc.) frångicks i detta analyssteg då indelningen framstod som mindre central. Skillnader och likheter, som en möjlig kategoriseringsgrund, visade sig också mindre framträdande. Olika likheter och likheter

fanns i skildringarna och var visserligen intressanta men utkristalliserades inte till ett övergripande koncept. Andra övergripande koncept framträdde istället och dessa var: Att ett processperspektiv behövs för att se på vad som är hjälpsamt, att patientens behov av att lära om och lära nytt betonas, vikten av att förstå för att förändras, relationens betydelse samt hur olika hjälpsamma faktorer hänger ihop.

	Fas 1 Rådata benämns	Fas 2 Underteman utkristalliserar	Fas 3 Övergripande teman
Vi hade ju roligt med, [terapeutens namn] och jag mellan varven, jag tyckte om henne!	Jag tyckte om henne – Äkta känslor	Professionell versa äkta relation	Den viktiga relationen

Figur 2. Exempel på tematisering

Sjätte analyssteget - underteman. Det sista analyssteget var att kategorisera underteman under de övergripande koncepten. Vissa underteman var redan tydliga medan andra var mer otydliga. Parallellt med denna process väcktes tankar, hypoteser etc. som så småningom blev en del av studiens diskussion.

Etiska övervägande

Patienterna informerades en första gång av deras f.d. terapeut, som hade stöd av ett brev där information om studiens syfte och upplägg fanns (bilaga C). När patienten efter att de tackat ja ringdes upp av författaren fick de samma information och gavs åter möjlighet att tacka ja eller nej till att delta i studien. Vid intervju tillfället fick patienterna läsa om studien skriftligen (bilaga C) och därefter skriva på en blankett för informerat samtycke (bilaga D). Både muntligen och skriftligen påtalades möjligheten att när som helt avbryta deltagandet i studien. Det påtalades att sekretess rådde men att terapeuten kommer att få läsa studien. Både terapeuten och patienterna gavs möjlighet att välja om det var något de sagt som de inte ville skulle komma med i studien. Information om att ljudinspelningarna kommer att förstöras efter att studien var klar gavs.

Studien diskuterades med enhetschef och samtycke lämnades muntligen. Även verksamhetschef informerades om studien och gav sitt samtycke via mail. Verksamhetschefen fick frågan kring eventuell journalföring och svaret blev att mötet med de före detta patienterna inte behövde journalföras.

Båda patienterna uttryckte en önskan att läsa studien när den var klar. Ett etiskt avvägande uppkom därmed i att den före detta patienten kommer att känna igen, inte bara sin berättelse utan även terapeutens beskrivning. Det visade sig att berättelserna överensstämde väl och risken för negativ påverkan minskade därmed. Ett ytterligare etiskt avvägande var att det möjligen kunde bli känsligt för de båda före detta patienterna att läsa om en annan terapiprocess än sin egen. Det handlade om långa terapiprocesser där terapeuten blev viktig som person (för båda patienterna) och möjligen kunde det bli känsligt att läsa om terapeutens reflektioner och tankar kring en annan patient. Detta avvägande blev en av anledningarna till att redovisningen inte skiljer på patienternas berättelser utan hänvisa till ”en patient” säger eller ”terapeuten säger om en terapi” i framställningen. En avvägning kring att presentera resultatet könsneutralt, med hen istället för han/hon, gjordes också. Efter övervägande så valdes att nämna könstillhörighet då läsoplevelsen bedömdes påverkas negativt i allt för hög grad.

Förförståelse

Författarens förförståelse grundar sig i ett tioårigt arbete som psykolog, med psykologisk behandling och KBT. Ingen praktisk erfarenhet finns av arbete med DBT, men viss teoretisk kunskap finns och även erfarenhet av vissa interventioner som används inom DBT. En ambition att minska förförståelsens inverkan gjordes, på olika sätt, vilket beskrivits tidigare. Dock användes även förförståelsen, t.ex. i formuleringen av frågorna i intervjuguiden. Det som presenteras i denna studie är ett uttryck för författarens tolkning och förståelse av intervjupersonernas berättelser.

Resultat

De f.d. patienterna benämns i texten som patienter. Emellanåt handlar beskrivningen om upplevelser etc. efter terapin men för läsbarheten skall så användes benämningen patient även då. Terapeuten benämns terapeut. Ibland hänvisas till både terapeut och patienter och då under benämningen intervjupersonerna. I resultatet anges inte systematiskt om det var en eller båda patienterna som upplevde eller ansåg något. Detta utifrån läsbarheten och bedömningen att det inte var viktigt för studiens syfte med en sådan särredovisning.

Efter bearbetning och tolkning av intervjuerna identifierades fem övergripande teman. Terapi som process, att lära om och lära nytt, vikten av att förstå, den viktiga relationen samt hur olika hjälpsamma faktorer hänger ihop.

Terapi som process

I intervjuerna framträdde ett övergripande tema som på olika sätt lyfte fram ett processperspektiv.

Det som var viktigt varierade under terapiprocessen. Många saker togs upp som viktiga och hjälpsamma. Vissa saker beskrevs som viktiga under hela processen, och även efter terapin, men något som också uttrycktes var att det som var viktigt varierade under terapiprocessen. En av patienterna beskrev hur hon inledningsvis fann en trygghet i att hon ”*var under det här husets vingar*”. Denna terapi var inledningsvis besvärlig. Olika orsaker till detta beskrevs där en anledning var ett abrupt avslut på patientens tidigare samtalskontakt. Den psykiatriska mottagningen fick alltså inledningsvis en roll. Här hade patienten tidigare fått hjälp. Här hade hon också sin läkarkontakt sen en längre tid tillbaka. Samma patient beskrev också hur hennes personlighet, att hon är ”*plikttrogen*” kan ha bidragit till att hon stannade kvar i terapi trots en svår inledning på kontakten.

Vissa interventioner/strategier beskrevs som användbara i en övergång men hur de senare inte behövdes. En patient beskrev konkreta strategier som att t.ex. ”*duscha kallt*” eller ”*gå ut och ta hammaren och banka i en bräda*” var användbara en period men hur de inte behövdes efterhand.

En viktig intervention som lyftes fram av samtliga intervjuade var telefonkontakten. Denna intervention var dock något som ingen av patienterna fullt ut kunde tillgodogöra sig inledningsvis. Det handlade om att ”*inte vilja störa*”, att lära sig att ”*det är okej att be om hjälp*”. En oro för att bli ”*avvisad*” beskrevs också som hinder för att våga använda sig av telefonjouren.

Det tog lite tid. Hon hade telefonkontakt och den utnyttjade jag inte i början. Jag kände att jag inte ville störa. Men sen blev det bättre och bättre. Så märkte jag att det hjälpte mig. / patient

Relationen till terapeuten lyftes fram som central för båda patienterna. Även här beskrevs förändringar under terapiprocessens gång. I den ena terapin beskrevs en god kontakt

direkt, även om den fördjupades efterhand. I den andra terapin förändrades relationen på ett genomgripande sätt. Från upplevelser av ”obehag” och att de ”inte hittade varandra” till ”raka motsatsen”. Efterhand beskrivs relationen med att terapeuten blev ”som en förebild” och ”ett vuxet stöd”.

Terapeuten berättade hur hon i båda patienternas terapi emellanåt blev mer styrande och direktiv. Detta var dock inte genomgående utan i vissa delar av terapiprocessen och i vissa situationer, t.ex. när ”något rasade riktigt”.

En av patienterna beskrev en övergång från att se terapeuten och relationen till denne som central till att det hon lärde sig i terapin, färdigheterna blev viktigare och viktigare. Hon menar att terapeuten fortfarande är viktig men ”jag kunde klara mig utan henne”.

Nyckelhändelser eller upprepningar. I intervjuerna beskrevs hur terapierna innebar upprepningar på olika sätt. T.ex. hur färdigheter behövdes tränas ”om och om igen”.

Förutom detta lyftes i den ena terapi upp två viktiga nyckelhändelser, som blev en vändning. Den ena handlade om att terapeuten och patienten kom förbi sin svåra inledning i terapin. Detta förklarades, av dem båda, med att de kom fram till att patienten kände stark skam, vilket gjorde att hon reagerade kraftigt i vissa situationer. Terapeuten tog upp en enskild session som vändning. Terapeuten upplevde att hon bemötte/svarade patienten på ett sätt som inte var ”okej”. Då tog terapeuten stöd av sitt team och fick hjälp med att hantera, sig själv och situationen. Därefter lyckades patient och terapeut närma sig det som var hindrande i interaktionen, nämligen skammen.

Den andra viktiga vändningen som beskrevs var att terapeuten beslutade sig för att sätta press på patienten att sluta med ett beteende som hindrade en positiv förändring. Nämligen att patienten gick på järnvägsspåret för att dämpa sin ångest. Terapeuten beskrev att detta beteende gjorde att; ”*då står vi stilla*”. Utifrån terapeutens perspektiv handlade det om en avvägning att ”*pusha*” patienten när så behövs, och ”*backa*” när så behövs. I samband med att patienten började arbeta med att inte gå på spåret så kunde hon också arbeta med att komma över skammen i att använda telefonjouren. Hon fick stöd i att be om hjälp.

Jag mådde ju inte bra och det blev inte bättre. Då sa [terapeutens namn]: Du kan inte gå kvar här om du inte slutar med att gå på spåret... Då tänkte jag att jag får sluta med det för det här är ändå min chans. Indirekt hot var väl det, men det blev bra. Ring mig innan du går. Man kunde ju ringa dygnet runt men det var ju en skam för mig. Jag kan ju inte ringa... Men jag fick komma över det och ringa istället då. / patient

För den andra patientens del beskrevs inget enskilt avgörande tillfälle utan många liknande tillfällen blev värdefulla. Telefonkontakten lyfts upp som extra värdefull för denna patient.

Där är nog många som har hjälpt mig. Just att man har någon som alltid finns där. Om det skulle vara kris. Så kunde man ringa till henne. Exempel jag ville skada mig själv eller jag hade panik och visste inte var jag skulle ta vägen. / patient

Terapeutens egen process. Terapeuten uttryckte flera gånger hur hon fått stöd på olika sätt av sitt team. Exempelvis fick hon stöd att strama upp strukturen vid något tillfälle och stöd i att våga ”pusha” patienten, som i exemplet tidigare. Här beskrev terapeuten hur hon gjorde en egen bedömning att patienten skulle klara av att sluta gå på spåret, men hur hon ändå behövde stöd från teamet för ”lite rädd” var hon.

Terapeuten berättade också om en yrkesmässig utvecklingsprocess parallellt med dessa två terapier. Hon var inledningsvis relativt ny som DBT-terapeut och hon var inledningsvis inte heller psykoterapeut. Terapeuten berättade om en successivt ökad erfarenhet och säkerhet i sig själv och i metoden. Exempelvis kunde hon bli ”lite skärrad” vid vissa telefonsamtal där oro väcktes kring att patienterna skulle ta livet av sig eller göra sig illa. Därför blev det längre telefonkonsultationer, för att terapeuten själv behövde känna sig trygg. Idag säger sig terapeuten hantera detta annorlunda.

En förändring från att ha varit mer återhållsam med sig själv till att vara mer öppen och äkta beskrevs också. Hon tänker att DBT-metoden hjälpt henne med detta. Terapeuten lyfter fram valideringen som är en viktig del av DBT där en nivå av validering är att terapeuten är sig själv och uttrycker vad denne känner. Detta förhållningssätt finns alltså i DBT-metoden men ”det ligger nog för mig också”, uttryckte terapeuten.

Jag kan mycket väl idag ta exempel från mitt eget liv som kan vara en hjälp i terapin. Så var jag inte från början. Då höll jag mycket mer. Jag är mycket mer bekväm i detta. Detta är mycket mer jag. / terapeut

Terapeuten beskrev samtidigt hur hon kom närmare känslomässigt i terapierna med båda de beskrivna patienterna än vad hon tenderar att göra idag. Detta blev inte negativt i

dess två terapier, tänker terapeuten, utan det handlade snarare om att det emellanåt blev emotionellt påfrestande för henne att bli så starkt engagerad.

Idag tänker jag att jag inte ska komma så nära riktigt. Därför att jag värnar lite mer om mig själv nu. Nu tycker jag det är helt okej att ha det så med [patientens namn] och [patientens namn]. De var två av mina första patienter. Men dessa två var de jag känner att jag riktigt kom in i DBT. Jag provade mig fram också. / terapeut

Något som terapeuten tog upp i intervjun var hur hon emellanåt gjorde olika avsteg från hur hon tänkt göra eller från DBT-upplägget. Det handlade t.ex. om att lägga ifrån sig veckokorten, som är en återkommande intervention i varje samtal, eller om att ha längre telefonsamtal och av mer stödjande karaktär än vad metoden säger. Terapeuten reflekterade i intervjun över dessa avsteg och förde ett resonemang kring hur vissa avsteg var hjälpsamma för de olika patienterna. Vad gäller andra avsteg kan hon i efterhand tänka att hon skulle gjort annorlunda. Vissa avsteg fick hon stöd av teamet för att komma ”på banan igen”.

I efterhand kan jag tycka. Ja, det kanske är en av anledningarna att det faktiskt funkade så bra. / terapeut

Processen fortsätter. I båda terapierna uppnåddes, som tidigare beskrivits, tydliga positiva förändringar. Vissa områden behövde dock patienterna fortsätta att arbeta med även efter avslutad terapi. En patient berättade hur hon fortsatt arbetar med att välja positiva relationer och att hon fortfarande har problem med att tycka om sig själv. Den andra patienten tar upp hur hon visserligen kan hantera det idag men hur hon fortfarande har en känslighet för ”kritik som kommer någon bakväg”. Hon beskrev också hur hon fortfarande är lite ”antingen eller” även om detta inte är något direkt problem.

Jag har fortfarande problem med bekräftelsen. Jag har lätt på att nappa när någon bekräftar mig. Så vill jag inte släppa den. Så den jobbar jag fortfarande på. Men det är mycket stabilare. Jag gör inte bara slut och går från den ene till den andre, som det var förr. / patient

Patienterna tog upp hur de först i efterhand förstått att vissa saker var viktiga. En av patienterna tog t.ex. upp hur hon i efterhand förstod att ”hon själv”, hennes envishet och arbete var avgörande.

Det blir ju egentligen inte solklart förrän man klarar sig på egna ben. Då fattade jag vad vi hade gjort. Jag tänkte nog inte att det var så viktigt när jag gick där. / patient

Att lära om och lära nytt

Nästa övergripande tema handlade om att lära sig något nytt, vilket beskrevs av samtliga intervjupersoner. Hos båda patienterna saknades färdigheter inom vissa områden. Båda hade svårt att hantera relationer på olika sätt. ”Kaos”, konfliktfyllda, destruktiva relationer, svårigheter att bibehålla relationer och svårt att lita på andra beskrevs. Båda patienterna hade mycket negativa tankar om sig själv. Båda led också av svårigheter att hantera starka känslor och ta hand om sig själv på ett bra sätt.

I både individualterapi och färdighetsträningen lärde sig patienterna nya färdigheter. Det handlade om att lära sig nya beteende, lära sig tro på sig själv, att lära sig att det är okej att be om hjälp och lära sig ta hand om sig själv bättre. Vissa delar av terapien beskrevs som att gå i skolan igen. Uttryck som ”skolat om mig”, ”bygga upp från början” återkom i intervjuerna.

Det var egentligen ett träningspass... Inte ett fysiskt träningspass men man ska lära sig. Jag fick ju lära mig helt nytt hur man ska agera. / patient

Strukturen och strategierna i DBT togs upp som något hjälpsamt. Även om inte alla delarna passade den enskilde så var upplägget i stort ett stöd. Patienterna beskrev hur det blev positivt med ”det här tydliga”, att få ”jobba med huvudet och händerna” och att ”man fick öva och träna”. Att jobba direkt med ”det man hade svår för” uppfattades som positivt och att metoden gjorde att hon ”inte kom undan”. Båda patienterna jämförde med tidigare behandlingar och menade att DBT passade dem bättre.

Hon bara satt där och jag skulle prata, det funkade ju inte. Jaha – vad ska jag säga nu? Man kände sig ju bara dum. ”Jag” gjorde det. Och sen gick jag till... det var ju skönt att gå och prata med någon men ingenting förändrades. / patient

Båda patienterna berättade om strategier och färdigheter som de tränat på som blivit meningsfulla, exempelvis ”att inte döma”, att ”observera” och att vara ”här och nu”. Andra exempel som togs upp var ”att gå tvärt emot känslan” och ”att stanna upp och tänka efter”. Den ena patienten tog upp hela DBT-metoden som något som hon brinner för, och hur alla borde gå i DBT. Många av DBT-begreppen fanns fortsatt kvar i hennes sätt att tänka och lösa problem, t.ex. avvägningen om hon ska *acceptera eller förändra*.

Terapeuten återopade modellen, hur man ”alltid gör”, men beskrev också specifika interventioner som hon tänker var bra för de olika patienterna. Terapeuten beskrev exempelvis hur DBT alltid börjar med att arbeta med att minska självskadebeteende och suicidförsök samt bygga upp färdigheter. Därefter arbetade patienterna med stabiliteten i relationer, att fullfölja saker och inte ge upp etc.

Färdighetsträningsgruppen upplevdes av den ena patienten som betydelsefull även om den enskilda terapin var viktigast. Den andra patienten uttryckte att individualterapin var det viktiga för henne.

Vikten av att förstå

Nästa övergripande tema handlade om vikten av att förstå, vilket betonades i samtliga intervjuer. Det handlade om allt ifrån en förståelse för varför personen känner och agerar/reagerar som den gör i vissa situationer till en mer övergripande förståelse för sig själv som person. Den ena patienten beskrev exempelvis hur hon fått en förståelse för att det inte är något fel på henne utan hon ”*hade problem*”, hon ”*var sjuk*”. Den andra patienten uttrycker på ett liknande sätt att hon fått hjälp med att förstå ”*varför det har blivit så här*”.

Det var väl att jag började förstå att det kommer inte bara. Det är inte bara ett raseriutbrott som kommer. Det är massa saker som har sårat mig på vägen innan. Det kunde byggas upp liksom fler dagar. / patient

I och med förståelsen öppnade sig nya möjligheter för att arbeta med svårigheter. I den ena terapin blev insikten om patientens starka skam viktig för det fortsatta arbetet i terapin. Terapeuten beskrev hur hon ser det som sin uppgift att försöka begripa det som går att begripa tillsammans med patienten, ”*förstå det tillsammans med henne*”. Det handlade om att förstå vad som hänt innan, vad som gjort att det blev som det blev etc. men också att förstå

vad som uppstår i interaktionen i terapin och ”*fånga detta här nu i rummet*”. Terapeuten tog också upp att förståelse kan finnas intellektuellt, men hur det inte alltid känns så. Och hur det då blir viktigt att fortsätta att arbeta, t.ex. validera, om och om igen, tills känslan liknade den intellektuella förståelsen.

Olika terapeutiska verktyg togs upp som användbara för att främja förståelse. Framför allt veckokort och kedjor lyftes fram som viktiga. En patient beskriver hur ”*det började ändras*” när de med hjälp av kedjor ”*började spalta upp det*”.

Terapeuten behövde alltså stödja patienten att förstå vilket innebar att terapeuten också behövde förstå. Ibland behövdes därför stöd i att förstå sina egna reaktioner eller stöd i att förstå patientens problematik. Här lyftes handledningen upp som central för terapeuten.

Så jag tog det i handledning med vår handledare och då fick jag hjälp med detta och då fick jag frågan om jag var rädd för [patientens namn]. Och på något sätt hjälpte det mig. ... Efter det så närmade vi oss, vi gjorde kedjor när något hände, vi gjorde veckokort och kedjor. Och det blev tydligare för mig att skammen var så stor. / terapeut

Den viktiga relationen

Ett ytterligare övergripande tema som framträdde var hur terapeuten och relationen till henne blev viktig.

En god terapeutisk relation som grund. Hur terapeuten blev viktig framkommer tydligt i båda patienternas berättelser. Här lyftes terapeutens engagemang upp, att hon kom ihåg vad patienten berättat, att hon lyssnade och var ”*ärlig och rak*”. Att terapeuten inte dömde, värderade, lyftes också upp som viktigt. Båda patienterna berättade om en relationell känslighet. Den ena patienten beskrev sig själv som ”*misstänksam*” och ”*reserverad*”. Båda hade problem att lita på andra. I båda terapierna växte tillit fram i relation till terapeuten. Det gick olika fort, i de två terapiprocesserna, men beskrevs hos båda.

Att terapeuten förmedlade hopp framträder på olika sätt. Båda patienterna hade på olika sätt fått uppleva känslan av att ”*det går inte*” men terapeuten förmedlade att det var möjligt att förändras, att det var möjligt att klara av saker och ”*öppna upp för nya erfarenheter*”, öppna upp för nya relationer.

Men hon trodde ju på mig. Det var ju aldrig någon som trodde på mig att jag skulle klara någonting. Mina föräldrar var ju väldigt så - "det klarar inte du"! Och så gick det ju så - "jag klarar ingenting"! Men hon gick ju in - "Se här, du kan ju"! Hon fick mig att se mina styrkor. Istället för att se allt negativt... hon trodde på mig. Och såg mig. ... Hon såg mig. Hon tog mig på allvar. / patient

Intervjupersonerna underströk vikten av trygghet på flera olika sätt. Det handlade om att känna sig sedd, förstådd, bekräftad och lyssnad på. Upplevelsen av att ha någon att lita på, någon som stod på ens sida, fanns där, var tillgänglig och hjälpte när det var kris. Någon som inte bröt kontakten utan fanns kvar "även när man skriker på henne", beskrev exempelvis den ena patienten. Någon som inte värderade när man gör "dumma saker", beskrev den andra patienten. Som en viktig del i att skapa trygghet beskrevs telefonkontakten. När patienterna började använda denna möjlighet skapades en trygghet i att det kunna få hjälp just i de stunder när det behövdes.

Jag tänker att hon kunde ringa mig, jag fanns där. Någon som lyssnade. Och validerade henne jättemycket. Hon var så van vid att få det här med att "Ah, det var väl ingenting. Skärp dig nu. Det är väl inget att hålla på." Och så gjorde jag aldrig. Även om jag kunde vara direktiv. Men gud vad svårt detta är! Vad jobbigt detta måste vara – och samtidigt måste vi se vad vi kan göra. Det är ändå bara du som kan göra något. Jag var med henne. / terapeut

Mest samarbete men också andra interaktionsmönster. När intervjupersonerna ombads reflektera över interaktionsmönstret i relationen utifrån fyra interaktionsmönster; samarbete (dela intentioner, mål och handlingar på ett ömsesidigt sätt etc.), omsorg (att söka/ge omsorg etc. likt förälder- barn relation), dominans/bli dominerad (makt, konkurrens etc.) och sexualitet (förföra, imponera etc.) betonades framför allt samarbete men också ett interaktionsmönster som präglades av omsorg.

Terapeuten kände väl igen sig i att det emellanåt uppstod ett omsorgsorienterat interaktionsmönster. Interaktionsmönstret varierade i båda terapierna och en mer omsorgsinriktad interaktion uppstod emellanåt, t.ex. "när något rasade". Terapeuten kunde också bli direktiv, i båda terapierna men mest i den ene.

Den ena terapin beskrevs av terapeuten som att den varierade mellan samarbete och omsorg/stöd. Terapeuten beskrev värme och omsorg. Lite "trots" kunde möjligen uppstå från

patientens sida men inga konflikter. Skämt uppstod kring att terapeuten ”skulle adoptera” patienten och hur terapeuten var som patientens ”morsa” i vissa lägen. Terapeuten uttryckte att hon kunde känna sig som en mamma till patienten emellanåt.

I den andra terapin fanns svårigheter i början som kunde beskrivas i termer av konkurrens/kamp. Patienten beskrev en upplevelse av att terapeuten ”rotade” i allt. Både terapeut och patient beskrev hur det var ”som att vi satt och kastade pilar på varandra i början”. Efterhand övervanns svårigheterna och relationen kom att präglas av samarbete och omsorg/stöd. Patienten beskrev hur relationen utvecklades till att bli ganska jämlik men hur hon samtidigt ”såg upp” till terapeuten, men inte som en förälder utan som ”ett vuxet stöd”.

Från början tyckte jag att hon ändå var över mig. Jag blev pytteliten när jag satte mig i den där stolen. Och så kom alla frågor och hon satt som en hövding på andra sidan bordet. Och väntade på att jag skulle kunna lägga korten på bordet. Då var hon över mig kan man säga. Men sen var det nog ganska jämn nivå tror jag. / patient

Att med stöd av en trygg relation ta steg mot förändring. Terapeuten uttryckte att hon såg alliansen som överordnad, både i patienternas terapier men också generellt. ”*Finns inte den terapeutiska alliansen så är det jättesvårt att genomföra en terapi som leder någonstans*”, uttryckte hon.

Ordet trygghet återkom. Terapeuten beskrev hur trygghet behövdes för att våga ta steg mot förändring. Denna trygghet handlade inte bara om patientens trygghet utan även terapeutens. För att våga pusha behövde terapeuten vara trygg med att patienten skulle ”vara kvar”, att alliansen klarade av att de talade även om svåra saker. Inledningsvis fanns inte denna trygghet i den ena terapi, beskriver terapeuten: ”*Hon kunde göra saker och ändå inte ringa till mig*”. Efterhand växte dock trygghet fram berättar terapeuten.

Terapeuten beskrev en ständig avvägning mellan att ”*å ena sidan pusha och andra sidan backa*”. Det handlar om att inte betrakta patienten som för skör men inte heller pusha för mycket. En kraftfull push gjordes, som tidigare beskrevs, när terapeuten bestämde att pusha den ena patienten till att sluta med att ”*gå på spåret*”.

Terapeuten beskrev hur trygghet gav en möjlighet att tala om de känslor och tankar som väcktes inom henne själv och hur de tillsammans kunde använda sig av detta i terapin, som ett sätt att förstå vad som kunde hända med andra personer i patientens omgivning.

Hon blev trygg med mig och jag tror mycket handlade om att jag vågade visa vem jag var... jag sa också vad som hände med mig. För om du attackerar mig och skäller på mig så händer det något med mig och jag tycker det är obehagligt och likadant om du gör det med andra människor... Och hon litade på mig när jag sen sa - Du nu känner jag detta... nu måste vi prata om det. / terapeut

Professionell versa äkta relation. En medvetenhet om att det är terapeutens arbete fanns i intervjuerna. Terapeuten uttryckte detta exempelvis genom att tala om hur det brukar vara, vad patienter brukar behöva etc. Samtidigt uttrycktes på olika sätt att relationen blev något mer än en arbetsrelation.

Båda patienterna beskrev positiva känslor gentemot terapeuten och hur de inte skulle ha klarat sig utan henne. Att de haft ”roligt ihop” togs också upp som viktigt. En patient uttryckte hur hon inte tror att hon skulle stannat kvar i behandling om terapeuten slutsats och ersatts av någon annan. Relationen till läkaren på mottagningen lyftes också upp som viktig för en av patienterna. Hon berättade hur läkaren och terapeuten ”betyder mycket” och hur de ”alltid kommer att göra det”.

Terapeuten berättade att relationen till båda patienterna blev ”nära” och ”äkta”. Telefonjouren bidrar till att närhet uppstår menade terapeuten. Det gör något med relationen att bli uppringd, ”när man är hemma”. Terapeuten beskrev hur äkthet är en del av DBT’s sätt att se på den terapeutiska relationen, men också något som passade henne som person. Validering är en central del av DBT, som blivit viktig för terapeuten. En nivå av validering är att ”man är sig själv” och ”uttrycker det man känner”.

Terapeuten uttryckte ett starkt engagemang i båda patienterna. Starka känslor av att vilja båda patienterna väl uttrycktes och hur hon ”tycker väldigt mycket om” dem båda. Detta gjorde bl.a. att hon tog steg ur sin terapeutroll på vissa sätt. Hon hade längre telefonkonsultationer, blev mer direktiv än modellen föreslår etc.

Du kan inte hålla på så här! Ser du inte? Du fördärvar ditt liv! Och då tror jag att jag blev lite mer åt mammarollen. I efterhand kan jag tycka - ja, det kanske är en av anledningarna att det faktiskt funkade så bra. / terapeut

Hur olika hjälpsamma faktorer hänger ihop

Många saker beskrevs som hjälpsamma och t.o.m. nödvändiga för att nå framgång i terapin. En ytterligare aspekt, det sista övergripande temat som framträdde, var hur de olika viktiga faktorerna dessutom hängde samman.

Telefonkontakten, längden på kontakten, tillgängligheten, att få hjälp när man behöver, strukturen, handlingsplaner. ... Alltså jag tänker mycket att det hänger ihop. Det är viktigt, för att få det ena, om jag ska komma fram till att jobba med vad som händer så behöver jag strukturen, behöver kedjeanalysen. / terapeut

Hur olika hjälpsamma faktorer hängde ihop framkom även när intervjupersonerna ombads rangordna de sex kategorierna (patientfaktorer, terapeutfaktorer, alliansen, kontexten, interventionerna eller annat/övrigt) utifrån vad de bedömde som mest hjälpsamt.

Att patienten själv var nödvändig för att nå en positiv förändring lyftes upp som en självklarhet av samtliga intervjupersoner. Terapeuten uttryckte att dippar i motivationen kan finnas men det måste finnas en grundläggande motivation. Båda patienterna uttryckte att "jag själv" var den viktigaste faktorn. De var dock tydliga med att de inte skulle ha klarat det själva. Samtidigt som motivation till förändring, envishet etc. beskrevs som nödvändiga så räckte inte detta. Utan terapeuten och utan de terapeutiska interventionerna hade det inte gått.

Jag tror inte att jag suttit här om jag inte börjat i DBT... Så jag är envis. Och någonstans så vill jag mycket. Och jag ville bli bättre. / patient

Terapeuten tog upp alliansen som överordnad. Men även här beskrevs hur denna faktor hängde ihop med andra faktorer. Den terapeutiska alliansen gjorde exempelvis att terapeuten kunde ställa de jobbiga frågorna, pusha patienten att göra det hon behövde göra.

Om inte patienten och jag kan känna att vi har något som vi kan lita på, en trygghet, att patienten känner sig förstådd och att jag känner att jag kan vara den jag är. Ställa de jobbiga frågorna och veta att det håller så tror jag det blir väldigt svårt att komma någonstans. Jag tror man kan göra vissa saker men jag tror inte vi hade kommit så långt om vi inte hade en sådan stark allians. / terapeut

Vikten av trygghet återkom i intervjuerna på olika sätt. Trygghet i relationen mellan patient och terapeut, att strukturen i metoden gav trygghet etc. Terapins längd beskrevs också

som en trygghet; ”det är också en enorm trygghet att det fick ta den här tiden”. Telefonjouren återkom som en intervention som gav trygghet, både för patienterna och terapeuten när den fungerar. Samtidigt krävdes trygghet i relationen innan de kunde använda telefonjouren på rätt sätt.

Diskussion

Människor emellan

Hur viktig terapeuten och relationen mellan terapeuten och patienten blev är kanske det mest framträdande i samtliga intervjuer. De förändringar som patienterna gjorde beskrivs som nödvändiga och bitvis väldigt svåra. Stöd från terapeuten behövdes för att ta dessa steg mot förändring. Parallellt med förändringar som gjordes fick patienterna, i arbetet med terapeuten, en möjlighet att utmana synen på omgivningen som opålitlig, oengagerad och kritisk. Många reflektioner, frågor och teman väcks kopplat till den terapeutiska relationen och nedan berörs några.

Olika interaktionsmönster – allt från den ”goda föräldern” till samarbete. I berättelserna beskrivs hur terapeuten går in i olika interaktionsmönster. Utifrån de interaktionsmönster som Liotti (2007) beskriver så framträder det omsorgsorienterade interaktionsmönstret. Ett sätt att beskriva detta är att terapeuten emellanåt blir en ”god förälder” i interaktionen. Terapeuten engagerar sig, uppmuntrar och lyssnar. Terapeuten blir en trygg person som finns där. En person som inte säger ”ryck upp dig” utan försöker förstå. En person med förmåga till intoning i vad som behövs; råd, push, tröst eller en diskussionspartner. Ståndpunkten att en föräldralik terapeutroll kan vara hjälpsam finns i vissa KBT-metoder. Exempelvis så betonar schematerapin genom sitt begrepp limited parenting hur en föräldralik interaktion kan vara en meningsfull del i behandlingen (Kellogg & Young, 2006; Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Terapeuten känner igen sig i beskrivningen av sig själv som ”föräldralik” i vissa situationer, men patienterna känner inte igen sig i den andra rollen, den ”barnlika”. Kanske är den ”goda föräldern” ett terapeutiskt begrepp som ska ses som en metafor, där patienterna tänker mer konkret på föräldrar och barn och därmed inte känner igen sig? Även om patienterna inte känner igen den omsorgsriktade interaktionen explicit, så uppfattas inslag av denna interaktion även i deras berättande. Utifrån Liottis (2007) beskrivning av

interaktionsmönster så är en omsorginriktad interaktion ett verksamt och adekvat interaktionsmönster att, åtminstone delvis, hamna i när två personer möts där den ene vill hjälpa den annan att utvecklas på något sätt.

Utifrån den terapeutiska rollen, av en ”god förälder”, kan ett processinriktat och utvecklingspsykologiskt perspektiv adderas. Utifrån detta perspektiv kan grundtrygghet ses som initialt nödvändigt i en utvecklingsprocess men efterhand blir autonomi mer och mer centralt. Behov av att ”gå” tillbaka till tidigare utvecklingssteg kan dock uppstå. I en framgångsrik terapi kan en successiv övergång från ett omsorgsorienterat relaterande till ett mer jämlikt och samarbetsorienterat relaterande, tänkas utvecklas.

Rollen som ”god förälder” passar också ihop med temat lära. En ”god förälder” lär också ut. I berättelserna återkommer att patienterna inte lärt sig vissa saker. I DBT lär sig patienten via individualterapi men också i gruppbehandling. En mentor, en coachliknande roll, beskrivs. Båda patienterna beskriver tydligt hur de själv behövde göra ”jobbet” men hur de behövde stöd i detta. Terapeuten blir den som förmedlar hopp och pushar på. Terapeuten blir den som ser något som patienten inte själv kan se just då; t.ex. förmedlar att ”du kan”, ”du duger”. Coachrollen kan beskrivas som en del av en ”god förälder” där interaktionen är av en mer jämlik karaktär.

I intervjuerna lyfts samarbete upp som det viktigaste interaktionsmönstret. Terapeut och patient uppfattas som jämlika. Detta överensstämmer väl med KBT’s grundprinciper där s.k. kollaborativ empirism bör råda i terapirummet (Tee & Kazantzis, 2011). Fokus på samarbete och jämlikhet kan verka självklart men är, vid en närmare betraktelse, inte alltid enkelt. Det är patienten som behöver hjälp. Det är patientens problem, behov och känslor som står i fokus. Patienten vet, inget eller endast lite, om terapeutens liv, känslor etc. Nilsson & Kåver (2002) tar upp den ojämlikhet som finns inbyggd i den terapeutiska relationen och vikten av att hantera denna. Många patienter upplever att de tar stora känslomässiga risker medan terapeuten ”sitter” trygg (Nilsson & Kåver, 2002). Även om man, som terapeut, strävar efter samarbete så finns starka krafter att växla över i andra interaktionsmönster. Olika KBT-terapeuter har olika ståndpunkter kring hur interaktionen bör vara men också olika god förmåga att hantera övergångar i andra interaktionsmönster. En idag relativt okontroversiell hypotes, är att en övergång i andra interaktionsmönster än samarbete, kan innebära en möjlighet att arbeta med något som är centralt för patientens problematik. Utifrån denna ståndpunkt blir det viktigt att kunna hantera andra interaktionsmönster än samarbete med patienter som har en interpersonell problematik.

Man kan också ställa frågan om det är möjligt att både samarbeta och befinna sig i ett annat interaktionsmönster? Ett exempel från resultatet är kanske då terapeuten lyfter upp vad som händer i interaktionen vilket gör att patient och terapeut tillsammans kan prata om det som sker?

Äkta människor. I alla terapiberättelserna beskrivs värme, omtanke, oro och andra känslor som kan betraktas som personliga eller ”äkta”. Terapeuten talar uttryckligen om äkthet, som något som hon eftersträvar. DBT har också som utgångspunkt att se på den terapeutiska relationen som en genuin relation. Utgångspunkten är att terapeut och patient, först och främst, är medmänniskor vilket innebär att både terapeut och patient påverkas av allmänmänskliga principer (Swales & Heard, 2007). Utifrån detta perspektiv blir terapeutens förmåga att kunna och våga känna på riktigt, våga visa vem hon är, av betydelse.

Begreppet äkthet kan naturligtvis problematiseras. Vad är äkta? Vi rör oss i ett område som kan sägas vara svårfångat och närmast filosofiskt men samtidigt kan betraktas som självklart och grundläggande mänskligt.

Är det exempelvis alltid lämpligt att vara äkta? En reflektion är att öppenhet för egna upplevelser kan vara olämpligt om personen har övervägande negativa känsloreaktioner och tankar. Exempelvis fanns det kanske anledning att inte dela med sig av alla sina känsloreaktioner inledningsvis i den ena beskrivna terapin? Terapeuten uttryckte i intervjun vikten av att vara trygg för att kunna visa vem vi är, vilket kan ses som ett uttryck för att äkthet är något som också behöver växa fram.

Är det ”antingen eller”, eller kan vi tala om nivåer av äkthet är en annan fråga? Kanske kan begreppet äkthet problematiseras utifrån alla relationer, inte bara mellan terapeut och patient? Att vara äkta kan t.ex. innebära att komma närmre en annan människa, att känna samhörighet och delaktighet. Men det innebär också en risk för att bli sårad, sviken etc. Terapeuten understryker vikten av att vara äkta och en önskan att vara det. Samtidigt beskriver hon också att det ”kostar”. En oro väcks för att patienten ska göra sig illa t.ex. Kanske kan processperspektivet åberopas även på denna fråga. Förutom hur äkta vi vill, kan eller förmår låta en relation bli, kan en variation över tid och situation också finnas. Distans behövs ibland för att skydda sig själv, den andre eller kanske den gemensamma relationen. Allmänmänskliga frågor väcks: Vad är jag beredd till just nu? Hur nära vill jag komma? Vad är lämpligt att säga, göra utifrån att bevara relationen?

Relationen är inte allt. Denna studie åskådliggör hur både relationen och interventionerna är viktiga och hur de inte går att särskilja. Utan terapeuten hade det inte gått!

Utan de terapeutiska verktygen hade det inte heller gått! Två grova ståndpunkter kring den terapeutiska relationen har beskrivits, relationen som helande i sig själv eller s.k. kollaborativ empirism där den terapeutiska relationen snarare ses som en förutsättning än själva verktyget. Tekniker och strategier gör själva förändringen (Swales & Heard, 2007). En förändrad syn är på gång i KBT menar Gilbert & Leahy (2007) där mer vikt läggs vid relationen på olika sätt. DBT tar enligt Swales & Heard (2007), likt i många andra avseende, en dialektisk position och lyfter upp både färdigheter/nya beteende men också vikten av den terapeutiska relationen och hur den i sig kan verka läkande. Detta illustreras i denna studie.

Först och främst så behövs trygghet

Vikten av trygghet återkommer i intervjuerna på olika sätt; trygghet i relationen mellan patient och terapeut, att strukturen i metoden gav trygghet, att telefonkontakten fanns som en trygghet för både patient och terapeut etc. I terapeutrollen ”den goda föräldern” ingår trygghet. Begreppet äkthet kan också problematiseras utifrån begreppet trygghet. En relation som upplevs som äkta kan tänkas ge en djupare nivå av trygghet, en känsla av att terapeuten är en människa som bryr sig om ”på riktig”.

Trygghet kan förstås som ett grundläggande mänskligt behov, något alla människor behöver. Young et al. (2003) talar om fem mänskliga emotionella kärnbehov. Det första emotionella kärnbehovet är grundtrygghet som handlar om att känna sig säker, att där finns en förutsägbarhet/stabilitet, ett omhändertagande och en acceptans. Detta grundläggande kärnbehov överensstämmer väl med den första fasen enligt Eriksson (1977) som handlar om grundläggande tillit kontra grundläggande misstro. Under denna fas är behovet av pålitlighet och konsistens stor. Denna fas innebär att lära sig att lita på sin omgivning men också på sig själv. Detta grundläggande behov leder, om det blir tillgodosett, till en grundläggande känsla av tillit och en känsla av hopp (Eriksson, 1977). Utifrån ovanstående resonemang blir det naturligt att trygghet och äkthet blir viktigt i terapier där patienten har erfarenheter av exempelvis svek, övergrepp och/eller brister i omsorg och engagemang.

Människan och sammanhang

Vikten av att förstå. I terapiberättelserna beskrivs hur förståelse i vissa lägen varit central för det terapeutiska arbetet. De flesta terapeutiska metoder lyfter fram vikten av att förstå. Det kan handla om förståelse av enklare orsak och verkan sammanhang, t.ex. hur olika

saker påverkar måendet eller hur vissa beteende vidmakthåller problem. Det kan också handla om en mer djupgående förståelse, t.ex. insikt om hur relationsmönster upprepat sig.

Hur människan söker sammanhang och mening är något som bl.a. filosofin och psykologin intresserat sig för genom tiderna. Gestaltpsykologin är ett exempel. Även den kognitiva ansatsen har som grundläggande utgångspunkt att människan är sammanhangssökande, tolkande. Utifrån ett kognitivt perspektiv kan detta beskrivas som en perceptuell och kognitiv process, hur hjärnan söker sammanhang och mening. Ur ett evolutionärt perspektiv är egenskapen ”att se sammanhang” en förmåga som varit adaptiv och framgångsrik. Människans tendens att automatiskt söka sammanhang (tolka, döma) beskrivs också i nyare inriktningar av KBT, t.ex. mindfulnessinriktade ansatser.

Ett annat perspektiv är att se på förståelse som ett mänskligt behov. Detta beskrivs bl.a. av Antonovskys (1991) i hans begrepp KASAM (känsla av sammanhang). En av delkomponenterna i KASAM är begriplighet, som beskrivs som ett mänskligt behov av att ha en grundläggande upplevelse av att det som händer är förutsägbart, begripligt och strukturerat.

Intellektuell versa känslomässig förståelse. En ytterligare aspekt av förståelse är att patienten kan ha förstått hur något hänger ihop, men hur förståelsen kan sägas vara av en intellektuell karaktär. Detta beskrivs i terapeutens berättelse där hon lyfter fram vikten av att fortsätta, tills det också ”känns”. I det emotionsorienterade perspektivet understryks vikten av att aktivera emotioner för att kunna bearbeta problemområden (Pearson, 2008). Ett annat exempel är Gilbert (2010) som beskriver hur den emotionella förändringen, den emotionella förståelsen tar längre tid är den intellektuella. Young et al. (2003) tar upp hur en rationell insikt att ett maladaptivt schema är falskt, t.ex. ”jag är oduglig”, kan finnas men att det fortfarande känns sant. Efter att den rationella förståelsen uppnåtts är det framför allt med experimentellt arbete, i kombination med limited reparenting, som patienten fortsätter arbetet med att bekämpa sina maladaptiva schema på en emotionell nivå (Young et al., 2003).

Förståelse viktigt men räcker inte. Något som framträder i de beskrivna terapierna är att förståelse är viktigt, men att det inte är den som ger själva förändringen. I en terapiberättelse beskrivs exempelvis insikten om skammens inverkan, och därefter börjar arbetet med detta problem. Detta överensstämmer dels med några av resonemangen ovan kring rationell respektive emotionell förståelse. Det överensstämmer också med den traditionella utgångspunkten i KBT; att en insikt i sig inte ger någon förändring men den kan bana vägen för en förändring. En aspekt, som kan vävas in i sammanhanget, är hur synen på begreppet kognitiv omstrukturering förändrats med ny forskning. Från att tidigare talat om att

förändra/byta ut tankar så har en anpassning till ny kunskap om hjärnan lett till att snarare tala om att skapa konkurrerande tankar, ökad psykologisk flexibilitet etc. Minnesstrukturer försvinner inte men nya konkurrerande minnen och nätverk kan skapas, som är mer hjälpsamma och funktionella. Utifrån detta resonemang kan man förstå att det behövs många nya erfarenheter (tankar, känslor och beteende) för att konkurrera med de gamla. Efter att personen vet vad den behöver göra så behöver personen ”träna” och detta kan behöva göras ”om och om igen”.

Av de två nyckelhändelserna som lyfts upp i resultatet handlar den ena i hög grad om förståelse. Efter insikten kunde terapeut och patient börja arbeta med problemet. Alltså kommer beteendeförändringen som steg två. Den andra nyckelhändelsen handlar om en beteendeförändring direkt. Detta kan ses som att terapeuten valde att inte invänta patientens förståelse/insikt utan använde ”sin egen” för att ”pusha” för en beteendeförändring. Resultatet blir dock detsamma; när beteendeförändringen gjordes kom den emotionella och kognitiva förändringen.

Vikten av att se på ”vad det är som hjälper” utifrån process

Inte bara vad utan när. Något som framträder i intervjuerna är hur olika saker är viktiga vid olika tillfällen. Att faktorer är olika viktiga vid olika tillfällen kan vid en första betraktelse tyckas självklart men spelar stor roll när terapiforskning ska tolkas. En intervention kan inte bedömas utifrån hur effektiv den är, utan att samtidigt betrakta den utifrån när denna används.

Det skulle kunna kallas timing. Timing kan ses som en förmåga att rätt avgöra vid vilket tillfällen en viss intervention är användbar eller i vilket ögonblick det blir viktigt att ställa en viss fråga. Att som terapeut lyckas med timing kan tänkas höra ihop med en mängd egenskaper som t.ex. förmåga till intoning, empati, att vara nyfiken och att våga ställa svåra frågor. Timing kan också betraktas utifrån ett processororienterat perspektiv där det blir viktigt att använda interventioner när det är lämpligt utifrån den terapeutiska processen. Terapeutens förmåga att kunna bedöma vad som är användbart ”just nu” en terapeutisk färdighet som kan tänkas bli avgörande i många terapier. I DBT får terapeuten stöd med timing av behandlingsmodellen i vissa avseende. Upplägget är att patienten först ska ha ett visst mått av färdigheter, t.ex. ångesthanteringsfärdigheter innan personen börjar utmanar vissa problemområden i sitt liv. Avvägningen mellan att pusha och backa är exempel på vikten av att rätt bedöma när t.ex. en terapeutisk intervention är lämplig.

Misstag eller en intervention i sig. Att göra misstag eller avsteg från behandlingsmodellen är något som terapeuten i studien tar upp några gånger.

En aspekt av detta är att avsteg ibland troligen inte är misstag, utan anpassningar till patienten. Ett sätt att förklara detta är att metoden, t.ex. DBT, bygger på erfarenheter på gruppnivå (allmänpsykologi) medan terapeuten måste ta hänsyn till den unika patienten utifrån dennes egenskaper (differentialpsykologi). Begreppet timing kan vävas in även här; en intervention kan vara rätt för en patient men något annat blir i stunden överordnat, t.ex. kontextuella faktorer.

En annan aspekt är att även ”verkliga” fel och misstag kan bli något positivt i den terapeutiska processen. Att göra fel kan betraktas som en del av den mänskliga naturen. Att människor gör felbedömningar, tänker ”fel” etc. och att detta går att hantera är en viktig sak att förmedla i terapi, inte bara i ord utan i handling. Terapeuten får en möjlighet att förmedla; att det går att misslyckas med saker men ändå lyckas i slutändan, det går att göra fel men ändå vara en ”bra människa” etc.

Misstag och avsteg kan också vara förknippade med begrepp som kreativitet, spontanitet och nyfikenhet. Det experimentella perspektivet är centralt i KBT vilket innebär att patienten uppmuntras att prova att göra annorlunda och därefter utvärdera. Genom att låta detta förhållningssätt även prägla terapirummet skapas en ytterligare möjlighet att förmedla ett empiriskt, experimentellt perspektiv.

Slutsatser

Vad är viktigt sammanfattningsvis? Den ”mänskliga faktorn” lyfts i studien fram som central. Det handlar om patienten, terapeuten och relationen dem emellan. Patientfaktorer som envishet och motivation beskrivs som avgörande men det är framför allt terapeuten och relationen mellan patient och terapeut som framträder i intervjuerna. Olika interaktionsmönster uppmärksammas där framför allt en omsorgsinriktad interaktion och en samarbetsorienterad interaktion lyfts fram som viktiga. Att fokusera på samarbete är centralt i KBT och är också något som framstår som viktigt av intervjupersonerna i denna undersökning. Äkthet i relationer lyfts upp som viktigt, samt att relationen trots sin centrala position inte räcker för att nå positiv förändring.

Trygghet lyfts fram som viktigt och vävs in i flera av de andra temana. Vikten av en trygg relation och trygghet överlag kan förstås som ett grundläggande mänskligt behov som

blir särskilt centralt för patienter som har erfarenheter av svek, brister i omsorg och/eller övergrepp.

Förståelsens roll lyfts fram men också att det inte räcker att förstå, för att kunna förändras. Att patienterna behövde göra annorlunda, lära om och lära nytt betonas. Detta är en central ståndpunkt i KBT vilket alltså stöds i denna studie. Emotionell versa rationell förståelse lyfts upp. Hur förståelse kan beskrivas utifrån olika perspektiv, allt från en kognitiv process till ett mänskligt grundläggande behov av sammanhang diskuteras.

På olika sätt framträdde i intervjuerna hur olika faktorer är sammanvävda och interagerar. En bild framträder där kombinationen av interventioner spelar roll, där interventionerna går in i varandra och påverkar varandra. Och dessutom finns ett processperspektiv att väga in; allt från en övergripande avvägning av när en intervention är lämplig i terapiprocessen till timing i stunden. Frågan kring en speciell faktors effektivitet måste alltså betraktas i kombination med vilka ”andra faktorer” samt ”när” i terapiprocessen. Detta resonemang kan appliceras på den kategorisering som presenterades inledningsvis av de faktorer som forskningen sammanfattningsvis lyft fram som möjliga förklaringar till vad som är främjande för behandlingseffektivitet; psykoterapeutiska interventioner, terapeutfaktorer, den terapeutiska alliansen och kontextuella faktorer. På samma sätt som i resonemanget ovan framträder en bild där kombinationen av faktorer, interaktionen dem emellan och processperspektivet gör att svaret på frågan ”vad är det som hjälper” blir komplex.

Fler intressanta teman. I samband med analys och diskussion har vissa teman lyfts fram medan andra selekteras bort. Fler saker har berörts i intervjuerna som naturligtvis vore intressant att diskutera. Exempelvis personkemins eventuella betydelse. Eller eventuell betydelse av självvalseffekt. Den ene patienten hade själv valt DBT. Hon hade en förförståelse för vad som låg framför henne som kanske hjälpte?

Ett annat tema är hur patienterna, i samband med sin terapi, parallellt tycks ha fått en förklaringsmodell och en terminologi. Patienterna talar om att lära om, att gå från tanke till handling, nya färdigheter, hantera relationer, leva i nuet. Detta språkbruk känns igen från de teorier som DBT bygger på. I en annan terapiform hade troligen arbetet i terapin och framsteg från terapin beskrivits på andra sätt.

Intressanta begrepp som skulle kunna diskuteras är acceptans versa förändring, som är centrala begrepp i DBT. Patienterna har inte bara lärt om, lärt in och förändrats utan också hittat sätt att förhålla sig till vissa saker, t.ex. en skörhet i vissa avseende.

En ytterligare reflektion är att det är terapeutens egenskaper snarare än skicklighet som lyfts fram. Detta skulle kunna problematiseras utifrån att olika typer av terapeutfaktorer blir viktiga i olika terapiprocesser. Och att terapeutisk skicklighet och terapeutiska egenskaper i vissa terapier är stark sammanvävda.

Avslutningsvis kan likheter och skillnader i beskrivningarna diskuteras. I denna studie var likheterna mer framträdande än skillnaderna. En förklaring till likheten, utifrån terapeutens perspektiv, ligger naturligtvis i att samma terapeut intervjuats i båda terapierna. Hade intervjun varit av olika terapeuter hade troligen skillnader funnits på ett annat sätt och därmed blivit mer intressant att diskutera. En hypotes vad gäller likheten mellan terapeutens och patienternas historia är att patient och terapeut har pratat igenom terapiprocessen. En gemensam historia kring terapiprocessen tycks ha formats, där exempelvis terapeut och patient ibland åberopar samma konkreta situationer och har samma metaforer, t.ex. hur de *"kastade pilar"* på varandra. Likheterna mellan patienternas historier kan förklaras utifrån att de delvis har en liknande problematik (IPS). I denna studie blev alltså temat likheter och skillnader mindre centralt, men i en annan studie kan en sådan jämförelse tänkas vara central.

Styrkor och svagheter i studien

Med den kvalitativa ansats som beskrivits har författaren försökt fånga och tolka intervjupersonernas beskrivningar. Analysen innebär en transformation av information, som i någon mån gör våld på intervjupersonernas beskrivningar. När teman efterhand valdes ut så sorterades andra teman samtidigt bort. Resultatet är naturligen inte en fullständig redogörelse av intervjupersonernas berättelser.

Intervjuguiden innebar ett stöd i att få svar på de frågor som är centrala för studien, men innebar också en risk för att styra intervjupersonernas berättelser och gå miste om viktiga teman. Detta hanterades, som beskrivits i metodavsnittet, bl.a. genom att huvudsakligen arbeta utifrån öppna frågor. Ett strukturerat analysupplägg har använts för att minimera risken för att tappa bort viktiga teman eller förvränga information under analysens gång. Temana har diskuterats med handledare för att få alternativa perspektiv och minska risken för subjektiva tolkningar.

Möjliga svagheter är att det gått en tid sen terapiprocesserna avslutades vilket gör att vissa saker kan ha fallit bort ur minnet eller *"gjorts om"* i minnet? En annan möjlig svaghet är att både patienter och terapeut var medvetna om att terapeut respektive patient skulle känna igen sig i det som den andra berättat vilket kanske påverkat utsagorna? Terapeuten var

dessutom medveten om att patienterna skulle läsa varandras berättelser vilket kanske påverkade hur hon uttryckte sig?

Att författaren saknar klinisk erfarenhet av DBT kan ses både som en styrka och en svaghet. Kanske har något i innehållet förstås fel utifrån bristande kunskap om teorin och modellen. Men en möjlighet finns också att se skillnader och likheter på ett mer ”naivt” sätt och utifrån en annan teoretisk och klinisk erfarenhet av KBT. Vad gäller urvalet så känner författaren terapeuten, men inte patienterna. Att känna någon eller inte kan tänkas påverka vad personen berättar i en intervju. Det kan t.ex. innebära en skillnad i hur öppna intervjupersonerna var i att berätta kring vissa saker?

I diskussion görs reflektioner kring t.ex. hur det kan vara för patienter med liknande problematik, annorlunda problematik, för patienter som gått i en annan terapiform etc. Dock finns ingen möjlighet till generaliserbarhet i denna studie. Denna studie kan enbart berätta vad dessa två patienter och deras terapeut tror hjälpte i de DBT-behandlingar som beskrivs.

Tankar kring fortsatt forskning

Forskning kring vad det är, inom den psykoterapeutiska processen, som är verksamt är intressant och här finns många frågor att undersöka. Faktorer interagerar på ett komplicerat sätt och processaspekten är central. Detta komplicerar men är också faktorer, som i sig, är intressanta att studera. Att följa terapeutiska processer och studera hur faktorernas ”vikt” varierar, inte bara retrospektivt utan under tiden, vore intressant.

En kombination av kvalitativ och kvantitativ data kan komplettera varandra. Med enbart kvantitativ data riskerar man att missa vissa fenomen men samtidigt kan kvantitativ analys fånga samband på ett annat sätt.

Ett upplägg likt denna studie med fler intervjupersoner och olika terapeuter vore intressant. En mer sluten intervjuguide vore också intressant som riktade sig mot specifika hypoteser och teman kopplat till den terapeutiska processen.

Referenser

- Andersson, G. Mörtberg, E. (2008). Verksamma mekanismer i kognitiv och beteendearikterad terapi (KBT). I B. Philips & R. Holmqvist (Red.), *Vad är verksamt i psykoterapi?* (ss. 68-98). Stockholm: Repro.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Eriksson, H. E. (1977). *Barnet och samhället*. Borås: Natur och kultur.
- Gilbert, P. & Leahy, R. L. (Red.). (2007). *The therapeutic relationship in cognitive behavioral psychotherapies*. New York: Routledge.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. New York: Routledge.
- Holmqvist, R. (2008). Behandlingsrelationens betydelse för utfallet. I Philips, B. & Holmqvist, R. (Red.), *Vad är verksamt i psykoterapi?* (ss. 211-228). Stockholm: Repro.
- Kellogg, S. H. & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 62, 445–458. doi: 10.1002/jclp.20240.
- Kåver, A. & Nilsson, Å. (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning: teori, strategi och teknik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5. uppl.). (ss. 139-193). New York: John Wiley.
- Linehan, M. M. (1993). *Dialectical Behaviour therapy for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Liotti, G. (2007). Internal working models of attachment in the therapeutic relationship. I Gilbert, P., & Leahy, R.L. (Red.), *The therapeutic relationship in cognitive behavioral psychotherapies* (ss. 143-161). New York: Routledge.

- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2006). The therapy relationship. I J. C Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Red.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (ss. 208-218). Washington, DC: American Psychological Association.
- Person, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy: Guides to individualized evidence-based treatment*. New York: Guilford.
- Philips, B. & Holmqvist, R. (Red.). (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Repro.
- Sandell, R. (2008). Patienten och terapeuten, två avgörande faktorer. I B. Philips & R. Holmqvist (Red.), *Vad är verksamt I psykoterapi?* (ss. 180-210). Stockholm: Repro.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A.M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, ... Weiss, B. (1997). Evidence that Therapy works in Clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 355-365.
- Swales, M. A. & Heard, H. L. (2007). The therapy relationship in dialectical behaviour therapy. I Gilbert, P. & Leahy, R. L. (Red.), *The therapeutic relationship in cognitive behavioral psychotherapies* (ss. 185-204). New York: Routledge.
- Tee, J. & Kazantzis, N. (2011). Collaborative empiricism in cognitive therapy: A definition and theory for the relationship construct. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Vol. 18, 47–61.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy, a practitioner's guide*. New York: The Guilford press.

Kursiv text visar förslag på frågor/följdfrågor.

Bakgrundsfrågor/inledande frågor

1. Berätta kort om dig själv; Ålder, antal år som terapeut, inriktning, fortbildning etc.
2. Berätta om dig själv som terapeut?
Hur brukar du arbeta?
Vad är din (teoretiska) ansats/inriktning som terapeut? Har du någon speciell teoretisk ansats/inriktning inom KBT?
Vad tänker du är centralt att fokusera på för att få framgång i terapi?

Terapin; process, resultat

Jag kommer nu att be dig berätta och ställa frågor kring den terapi du bedrev med _____. Jag är speciellt intresserad av vad du tänker hjälpte er att uppnå positivt resultat i terapin. Men jag tänker att du ska få börja med att berätta om terapin.

3. Berätta om uppstarten av terapin med _____?
Hur kom _____ till dig för terapi?
Vad sökte hon hjälp med?
Vilka problem hade hon?
Var ni överens om vad som var hennes problem? Om inte - vad var skillnaden?
4. Vill du berätta om terapin med _____.
Satte ni upp mål i terapin? I så fall vilka? Var ni överens?
Vilka interventioner använde du/ni?
Användes någon intervention mer än andra?
Var där interventioner som provades och sen avfärdades?
Användes olika interventioner i behandlingens olika faser?
Fanns där något speciellt tillfälle som du minns som speciellt? Berätta? Blev detta tillfälle viktig på något sätt? Hur i så fall?
5. Hur skulle du vilja beskriva terapin som helhet?
Finns är något som utmärker just denna terapi?
6. Hur vill du beskriva resultatet av terapin?
Vilka framgångar nådde patienten?
Var det något som inte uppnåddes? Tankar kring detta i så fall?
7. Hur avslutades terapin?
Var ni överens om att avsluta eller initierades det av dig/patienten?

Vad var det som hjälpte?

Nu tänkte jag att vi ska gå vidare med dina tankar kring vad det var som hjälpte/ledde till den positiva förändring du beskrivit.

8. Vad tänker du var hjälpsamt i denna terapi?

Vad har du för tankar om detta?

Jag tänkte att vi ska utgå från fem kategorier när vi talar om tänkbara orsaker till behandlingseffekten. (*Gå igenom kategorierna nedan, finns uppskrivna på ark*).

9. Har du några tankar kring vilken faktor som är viktigast? Mindre viktig? Kan du rangordna de olika faktorerna?

Psykoterapeutiska interventioner – de interventioner du använt dig av i terapin

Terapeutfaktorer – faktorer som har med dig att göra, din kompetens, din personlighet, din motivation just i denna terapi o s v

Patientfaktorer – faktorer som har med patienten att göra, patientens reflektionsförmåga, motivation o s v

Den terapeutiska alliansen – hur blev samarbetet, hur var matchningen mellan dig och patienten etc.

Uppstod samarbete eller annan interaktion (berättar om de fyra olika typer av interpersonella utbyte: omsorg (att söka eller ge omsorg, söka hjälp etc.), dominans/bli dominerad (makt, konkurrens etc.), sexualitet ("förföra", "imponera" etc.), samarbete (dela intentioner, mål och handlingar på ett ömsesidigt sätt etc.).

Kontextuella faktorer – faktorer som inte har med dig eller patienten att göra utan saker omkring er. Det kan handla om kontexten i vårdapparaten: vårdmiljön, möjligheten att träffas så ofta som behövs etc. Eller kontexten i patientens liv: pågående livshändelser, socialt nätverk, ekonomi etc.

Annat: Och så kan vi tänka oss annat som inte inryms i någon av dessa kategorier. (ha ett blankt blad till detta).

10. Förslag på frågor:

Vad fick dig att välja _____ som den viktigaste faktorn? Berätta.

Vad kan du säga om ____? Vad var hjälpsamt som kan säga höra ihop med ____?

Fanns det något inom ____ som, tvärt om, blev ett problem på något sätt, hindrade en positiv förändring för dig? Vad kan du säga om ____? Vad var hjälpsamt som kan säga höra ihop med ____?

Fanns det något inom ____ som, tvärt om, blev ett problem på något sätt, hindrade en positiv förändring för dig?

11. **Avslutande fråga:** Finns där något du vill tillägga som jag inte frågat om som du tror är viktigt i sammanhanget?

Bakgrundsfrågor/inledande frågor

1. Berätta kort om dig själv; Ålder, familj, sysselsättning etc.
2. Vi kommer, som du vet, prata om terapin hos _____. När gick du i den? Hur länge?

Terapin; process, resultat

Jag kommer att be dig berätta om och ställa frågor kring den terapi du gick hos _____. Jag är speciellt intresserad av vad du tyckte hjälpte dig (om det nu är så). Men jag tänker att du ska få börja med att berätta om terapin, vad det var som gjorde att du började gå i terapi, vad ni gjorde i terapin, hur du upplevde terapin o s v.

3. Vill du berätta om vad det var som gjorde att du började gå i terapi hos _____?
Varför sökte du hjälp just då?
Vilka problem behövde du hjälp med?
4. (Vill du beskriva vad ni gjorde i terapin?) / Vill du berätta om din terapi hos _____?
Vad gjorde ni i terapin?
Finns det något speciellt enskilt tillfälle i terapin som du minns speciellt, - positivt eller negativt?
Satte ni upp några mål att arbeta mot i terapin? Vilka då i så fall?
Förändrades målen under terapin?
Hur upplevde du terapin? Hur ser du på terapin som helhet?
5. Vad blev resultatet av terapin?
Tycker du att du fick hjälp av terapin? I så fall på vilket sätt?
Lärde du dig något nytt? Om dig själv eller om psyket överlag?
Hur märktes eventuella förbättringar?
Var där något du inte uppnått (utifrån målsättning)?
6. Hur avslutades terapin? Var ni överens om avslutet?

Terapin: Vad var det som hjälpte?

Nu tänkte jag att vi skulle gå vidare med dina tankar kring vad det var som hjälpte dig/ledde till en positiv förändring för dig.

7. Vad tycker du hjälpte? / Vad har du för tankar om detta?
(Låt ip berätta fritt och ställ följdfrågor för att förstå)

Nu tänkte jag visa dig fem kategorier som man brukar tala om som tänkbara orsaker till framgång i terapi. Jag har dem uppskrivna på vars ett papper här och jag ska förklara vad som menas med varje kategori.

8. Går det att välja ut det områden som blev viktigast enligt dig, i din terapi? Jag skulle vilja att du försöker lägga dom (sortera dem) i ordning med det du anser vara viktigast först och så mindre och mindre viktigt.

Det man gör i terapin – Det handlar t.ex. om övningar man gör i terapirummet, uppgifter man tar med sig hem (hemuppgifter). *Åberopa vad som beskrivits.*

Terapeuten i sig - faktorer som har med terapeuten att göra; hur hon lyssnar, intresserar sig, kunskaper terapeuten har o s v.

Du själv – faktorer som har med dig att göra, din förmåga att ta till dig det som ni talat om, din motivation, personlighetsdrag (envishet t.ex.) o.s.v.

Den terapeutiska alliansen – hur blev samarbetet, hur var matchningen mellan dig och terapeuten, saker som kan hända i relationen som blir viktiga på något sätt etc.

Uppstod samarbete eller annan interaktion (berättar om de fyra olika typer av interpersonella utbyte: omsorg (att söka eller ge omsorg, söka hjälp etc.), dominans/bli dominerad (makt, konkurrens etc.), sexualitet ("förföra", "imponera" etc.), samarbete (dela intentioner, mål och handlingar på ett ömsesidigt sätt etc.).

Kontexten/miljön omkring – faktorer som inte har med dig eller terapeuten att göra utan saker omkring er. Det kan handla om miljön i vårdapparaten: vårdmiljön, möjligheten att träffas så ofta som behövs etc. Eller saker i ditt liv: pågående livshändelser, socialt nätverk, ekonomi etc.

Annat - Och så kan vi tänka oss annat som inte inryms i någon av dessa kategorier.

9. Jag tänkte nu att vi går igenom varje kategori och se om du vill lägga till något, som du inte redan sagt eller som du vill understryka på något sätt.

Förslag på frågor:

Vad fick dig att välja _____ som den viktigaste faktorn? Berätta.

Vad kan du säga om ____? Vad var hjälpsamt som kan säga höra ihop med ____?

Fanns det något inom _____ som, tvärt om, blev ett problem på något sätt, hindrade en positiv förändring för dig? Vad kan du säga om ____? Vad var hjälpsamt som kan säga höra ihop med ____?

Fanns det något inom _____ som, tvärt om, blev ett problem på något sätt, hindrade en positiv förändring för dig?

10. **Avslutande fråga:** Då närmar vi oss slutet på intervjun och då undrar jag helt enkelt om det finns något du vill tillägga som jag inte frågat om som du tror är viktigt i sammanhanget?

Bilaga C – Brev till intervjupersonerna

Eslöv 2014-11-02

Hej

Jag heter Sofia Löfqvist och arbetar som psykolog på allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningen i Eslöv. Jag går en utbildning till psykoterapeut och som en del av denna utbildning ska vi skriva en uppsats. Jag har valt att skriva om vad man upplever är det som hjälper, när man går i en terapi. Många olika faktorer kan vara hjälpsamma och olika saker kan vara hjälpsamma i olika terapier. Jag kommer därför att intervjua några personer som genomgått en terapi kring deras upplevelser av terapin. Jag kommer också att intervjua terapeuten kring vad denne tror var hjälpsamt i just denna terapi.

Du har alltså blivit utvald utifrån att du avslutat en terapi hos _____. Jag har bitt din terapeut att välja avslutade terapier där hon tycker att framsteg gjorts. Om en gles uppföljande kontakt finns kvar hos terapeuten så behöver inte detta vara ett hinder.

Intervjun beräknas ta ungefär en timme. Plats för intervjun bestämmer vi tillsammans. Du behöver inte förbereda dig på något sätt. Undersökningen görs under sekretess och du väljer själv vad du vill berätta. I uppsatsen nämns inte namn eller annan information som kan avslöja din identitet. Både du och terapeuten får dock uppsatsen efteråt (om ni så önskar) så ni kommer båda att kunna läsa varandras reflektioner. Intervju kommer att spelas in på band som raderas efter att jag lyssnat på bandet.

Jag hoppas att du kan tänka dig att ställa upp på en intervju. Har du frågor så är du välkommen att höra av dig. Är du intresserad av att delta så hör av dig till mig eller din terapeut.

Vänliga Hälsningar

Sofia Löfqvist

Leg psykolog

Telefonnummer

Bilaga D – Informerat samtycke

15-01-19

Information och samtycke

Jag samtycker härmed till att bli intervjuad av Sofia Löfqvist inför hennes uppsats kring temat vad det är som är hjälpsamt i olika terapier. Jag har fått information (brev och muntligen) om syftet med uppsatsen. Jag har också fått information om att undersökningen görs under sekretess, att jag själv väljer vad jag vill berätta och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande.
