



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Psykodynamiska terapeuters upplevelse av terapiprocessen med anknytningstraumatiserade klienter

Petronella Gunnarsson Eriksson & Malin Nygren

Psykologexamensuppsats. 2015

Handledare: Eva Brodin
Examinator: Per Johnsson

Sammanfattning

Studiens syfte var att undersöka psykoterapeuters upplevelser av den terapeutiska processen i psykodynamisk terapi med anknytningstraumatiserade klienter. Studien sökte svar på följande frågeställningar: 1) Vad karaktäriserar relationen mellan terapeuterna och de anknytningstraumatiserade klienterna? 2) Hur hanterar terapeuterna sina egna reaktioner i relation till klienterna? Semistrukturerade intervjuer genomfördes med sex legitimerade psykoterapeuter med erfarenhet av ovan nämnd terapiprocess. Efter analys av intervjumaterialet med Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) identifierades fyra huvudteman: 1) Känslomässig dubbelhet. 2) Uthärda känslostormen. 3) Försöka förstå. 4) Bli förälder. Relationen karaktäriserades av en känslomässig dubbelhet, med både stunder av intensiv känslomässig kontakt och stunder av kontaktlöshet. Terapeuterna blev efterhand som föräldrar i relation till sina klienter: De blev betydelsefulla och det blev en väldig närhet i relationen. Inom relationen riktade klienterna olika typer av våldsamma attacker mot terapeuterna. Under processen upplevde terapeuterna många svåra känslor som de hanterade genom att uthärda, samt genom att försöka förstå och teoretisera. I diskussionen lyfts vikten av att vara närvarande i stunder av icke-kontakt för att möta klienten. Relationen mellan terapeut och klient förstås som en anknytningsrelation, där det ordlösa samspelet var centralt. Att koppla ihop känsla och intellekt, det vill säga kropp och ord, lyfts fram som viktigt.

Nyckelord: Psykoterapeuter, terapeutisk process, psykodynamisk terapi, anknytningstrauma, IPA

Abstract

The aim of this study was to investigate how psychotherapists experience the therapeutic process in psychodynamic therapy with clients who have an attachment trauma. The study tried to answer the following questions: 1) What is characteristic for the relationship between the therapists and the clients with attachment trauma? 2) How do the therapists handle their own reactions in relation to the clients? Semi-structured interviews were accomplished with six licensed psychotherapists who have experience of working with clients with attachment trauma. The transcripts were analyzed with Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) and four main themes were identified: 1) Emotional duality. 2) Endure the emotional storm. 3) Trying to understand. 4) Become a parent. Characteristic for the relationship were an emotional duality, with both moments of intense emotional contact and moments of detachment. The therapists experienced that they became significant, like parents, to their clients. Furthermore the therapists were verbally attacked by their clients. During the process the therapists experienced heavy feelings, which they tried to bear and understand helped by theory. In the discussion the importance of being present in moments of detachment is emphasized. The relationship between therapist and client is conceptualized as an attachment relationship, where the non-verbal communication was central.

Keywords: Psychotherapists, therapeutic process, psychodynamic therapy, attachment trauma, IPA

Tack

Vi vill rikta ett stort tack till våra informanter som på ett generöst sätt delade med sig av sina upplevelser. Utan er vore denna uppsats inte möjlig. Vi vill även tacka vår handledare Eva Brodin som på ett ovärderligt sätt stöttat oss genom hela processen. Tack för ditt engagemang och din genomtänkta återkoppling.

Innehållsförteckning

Inledning	9
Teori och tidigare forskning	10
Anknytningsteori	10
Ett biologiskt beteendesystem	11
Utforskandesystemet	12
Anknytningsstilar	12
Anknytningstrauma	14
Anknytningsstörningar i DSM-5	16
Mentalisering	16
Mentalisering och anknytning	16
Mentalisering och språk	17
Psykoanalytiskt perspektiv på kropp och symboliserande	18
Terapeutisk process	19
Tidigare forskning kring terapeuters upplevelser	20
Sekundär traumatisk stress	21
Vikarierande traumatisering	21
Posttraumatisk utveckling	21
Negativ påverkan	22
Positiv påverkan	22
Att bidra till förändring	23
Att hantera känslor	23
Syfte	24
Metod	25
Metodologi	25
Kunskapsteoretiska grundantaganden hos IPA	25
Urval	29
Rekrytering av deltagare	29
Deltagare	29
Datainsamling	29
Material	29
Intervjuer	30

Analys.....	30
Etik	30
Informerat samtycke.....	31
Konfidentialitet.....	31
Konsekvenser	31
Forskarens roll.....	31
Reliabilitet och validitet	32
Reliabilitet	32
Validitet.....	32
Resultat	33
Känslomässig dubbelhet.....	34
Kontakt	34
Kontaktlöshet.....	36
Uthärda känslostormen.....	37
Klientens attack	37
Egna reaktioner.....	38
Försöka förstå	40
Ord utan kropp.....	40
Kropp utan ord.....	41
Teoretisera	43
Bli förälder	44
Symbios	44
Vara betydelsefull.....	45
Sätta gränser	47
Släppa taget	48
Diskussion	50
Resultatdiskussion.....	50
Sammanfattning av resultaten	50
Kontakt med kontaktlösheten.....	51
Terapeuterna som omvårdare	52
Kropp med ord ger ord med kropp.....	54
Metoddiskussion.....	55
Validitet	55

Generaliserbarhet och reliabilitet	56
Framtida forskning	56
Referenser	57
Bilaga 1 - Informationsbrev	60
Bilaga 2 - Intervjuguide.....	61

Inledning

Psykotering bygger på en relationell process där terapeuten använder sig själv som instrument och där det känslomässiga bandet mellan terapeut och klient är centralt. Terapeuten är således ingen neutral person som rutinmässigt utövar ett yrke utan är snarare djupt känslomässigt engagerad i sitt arbete. Hur är det då att ta del i en terapiprocess från terapeuten synvinkel? Det finns inte så mycket forskning som berör hur terapeuter upplever psykoteringprocesser (Moltu & Binder, 2014). En anledning skulle kunna vara att en blir sårbar av att diskutera sina egna erfarenheter som terapeut. Det lämnas då öppet för andra att exempelvis tycka att terapeuten har opassande reaktioner, är personligt instabil, betar sig opassande eller har otillräckliga gränser till klienten. Det skulle också kunna upplevas som skamfyllt att prata om att en som terapeut personligen får ut något av terapin, då det är underförstått att det är klienten som ska få ut något (Moltu & Binder, 2014).

Att få mer kunskap om ett inifrånperspektiv kring terapiprocesser, speciellt med utmanande klientgrupper, är angeläget. Det kan bidra till en diskussion kring det meningsfulla och viktiga i detta sätt att arbeta, men också kring svårigheter, eventuella risker och dilemman. Moltu och Binder (2014) pekar på att psykoteringer i sin praktiska vardag möts av unika klienter med en komplex problematik som är sammanvävd med den kontext de befinner sig i. Klientens problematik är alltså oftast inte lika renodlad som i randomiserade kontrollerade studier. Detta ställer krav på terapeuten att vara flexibel, lyhörd och kreativ, då relationen och kontextuella faktorer spelar stor roll för hur behandlingen utvecklas (Moltu & Binder, 2014).

Fokus för denna studie är psykotering med anknytningstraumatiserade klienter, eftersom de framstår som en särskilt utmanande klientgrupp. Psykodynamisk terapi kan inte bedrivas utan att tillit skapas i den nära relation terapin ofrånkomligen behöver innebära. Ett anknytningstrauma innebär traumatiska erfarenheter just inom ramen för nära betydelsefulla relationer, varför en rad terapeutiska utmaningar kan dyka upp.

Det finns evidens för att personer som upplevt otrygga band till tidiga omvårdnadspersoner kan utveckla en positiv självkänsla genom en trygg terapeutisk relation (Tassie, 2015). Psykoteringforskning fokuserar ofta på utfall och effekt av terapi. När det gäller processen som leder fram till ett utfall, eller på vilket sätt terapi leder till förändring, vet vi mindre utifrån den forskning som finns (Moltu & Binder, 2014). Denna studie fokuserar därför på just terapiprocessen.

Sex psykodynamiska terapeuter är här intervjuade med fokus på hur de upplevde en specifik avslutad terapiprocess med en klient de själva bedömde som anknytningstraumatiserad. Studiens ämne bör vara relevant för psykoterapeuter som genom att ta del av andra terapeuters upplevelser kan få stöd och inspiration i sitt eget arbete. Studiens resultat kan väcka tankar som bidrar till egna reflektioner som är viktiga för utvecklingen på området. Även för nyutbildade terapeuter eller personer som funderar på att ge sig in i yrket kan det vara givande att få en bild av hur terapeuter kan uppleva arbetet med denna klientgrupp.

Ordet terapeut används i uppsatsen synonymt med psykoterapeut, som är en skyddad titel och kräver legitimation. Ordet terapi används synonymt med psykoterapi. Vi har valt orden terapeut och terapi för att underlätta läsningen.

Teori och tidigare forskning

I detta avsnitt presenteras först teoribildning rörande anknytning, anknytningstrauma och mentalisering. En genomgång av dessa teorier är relevant eftersom klientens problematik speglas i det som terapeuten upplever. Därefter redogörs för psykoanalytisk teori kring kropp och symbolisering, teori om terapeutiska processer samt forskning kring terapeuters upplevelser av att bedriva psykoterapi.

Anknytningsteori

Begreppet anknytning lades fram på femtiotalet av John Bowlby, som var en brittisk psykiater och psykoanalytiker. Han menar att "Anknytningsbeteende är varje form av beteende som leder till att en person når eller bibehåller närhet till någon annan klart identifierad individ som uppfattas som i bättre stånd att klara världen" (Bowlby, 2010, s.50). Anknytning handlar om vårt behov av nära relationer, och hur vi fungerar i dessa (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006). Anknytningsteorin behandlar således hur vi klarar av att tillgodose våra grundläggande behov av både närhet och autonomi (Wennerberg, 2010). Centralt för anknytningen är det starka känslomässiga band som ett spädbarn knyter till en vuxen vårdnadshavare, samt processen för detta. Denna så kallade anknytningsrelation är det viktigaste överlevnadsinstrumentet det hjälplösa människobarnet har (Wennerberg, 2010). Fonagy (2007) betonar att anknytningsbandet innebär att en specifik person har stor emotionell vikt för en specifik annan. Därmed är inte anknytningspersonen

utbyttbar. Anknýtningen ses som biologiskt betingad och därför antas nästan alla människor utveckla en anknýtning. Således sker anknýtning även till föräldrar som behandlar barnet illa (Fonagy, 2007).

Ett biologiskt beteendesystem. Bowlby (2010) väljer en biologisk utgångspunkt för att förklara barns behov av närhet och skydd. Han betonar de faktiska erfarenheterna barnet gör. Bowlby (2010) definierar anknýtning som lika viktigt för överlevnaden som sexualitet och matning, det vill säga som ett fundamentalt beteendesystem med en egen inre motivation; närhet (Bowlby, 2010). Barnet är biologiskt programmerat att rikta anknýtningens beteenden så som grat, joller och leenden mot föräldern (Broberg m fl., 2006). Från början ar målet som reglerar anknýtningssystemet ett fysiskt tillstånd; närhet till omvardnadspersonen. Sedan ersätts det av det mer psykologiska målet att *känna* närhet till omvardaren (Fonagy, 2007). Målet ar alltså inte ett objekt utan ett tillstånd eller en känsla, så därför påverkas anknýtningssystemet i hög utsträckning av anknýtningens personens respons (Fonagy, 2007).

TVa kompletterande beteendesystem ser till att hålla barnet nära sin omvårdare: Anknýtningssystemet som är aktivt hos barnet och omvardnadssystemet som är aktivt hos omvardaren (Broberg m fl., 2006). Anknýtningssystemet samverkar också med andra biologiska beteendesystem som till exempel radslosystemet. När barnet upplever ett hot aktiveras radslosystemet och responsen blir kamp, flykt eller frysning. Vid signaler på fara aktiveras dock även anknýtningssystemet och barnet söker upp föräldern för att få trygghet (Broberg m fl., 2006). Anknýtningssystemet fortsätter under uppväxten att aktiveras av olika inre och yttre faktorer. Till exempel aktiveras det vid rädsla, sjukdom, ensamhet och separationer. Anknýtning ar en fullkomligt naturligt aspekt av det mänskliga fungerandet och ses inte som ett beroende vi bör växa ifrån. Anknýtningen fortsätter genom hela livet att vara betydelsefull för hur vi hanterar närhet i relationer, men även för hur vi förhåller oss till upptäckarglädje och självständighet (Broberg m fl., 2006). En bristande balans mellan behoven av känsla av samhörighet och känsla av självständig identitet kan leda till psykopatologi (Fonagy, 2007).

Föräldrars omvardnadsbeteende anses, precis som anknýtningens beteende, vara biologiskt betingat. Det finns dock inte lika mycket forskning om beteendesystemet för omvårdnad som det finns om anknýtningssystemet (Broberg m fl., 2006). Broberg m fl. (2006) anger att kvaliteten på det omvårdande systemet, som aktiveras hos anknýtningens person, ar av stor betydelse för anknýtningens utveckling hos barnet.

Utforskandesystemet. När individen upplever fysisk eller psykisk närhet till anknytningspersonen försätts anknytningsystemet i viloläge och utforskandesystemet aktiveras (Broberg m fl., 2006). Detta system styr vår nyfikenhet för omvärlden och hur vi förhåller oss till att upptäcka och utforska världen som finns runt omkring oss. Behoven av autonomi och närhet kan sägas stå i konflikt med varandra, men de är också varandras förutsättning (Wennerberg, 2010). Ju säkrare vi känner oss i en anknytningsrelation, desto säkrare blir vi också i utforskandet i andra sociala sammanhang (Broberg m fl., 2006).

Anknytningsstilar. Hur anknytningen utvecklas beror på hur barnet beter sig och utvecklas, men också på hur föräldern mår och vilken omvårdnad hen är kapabel att ge. Varje barn behöver en varaktig kärleksfull relation till en anknytningsperson där båda personerna känner glädje (Broberg m fl., 2006). Det är naturligt att föräldrar har motstridiga känslor för sina barn, men deras sätt att hantera dessa känslor varierar beroende av deras tidigare erfarenheter (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2008). Genom att på ett strukturerat sätt studera hur små barn beter sig tillsammans med sin omvårdnadsperson har fyra anknytningsmönster identifierats¹: 1) Trygg anknytning. 2) Otrygg undvikande anknytning. 3) Otrygg ambivalent/motspänstig anknytning. 4) Desorganiserad/desorienterad anknytning (Broberg 2008).

Trygg anknytning. Det vanligaste är att barnet utvecklar en trygg anknytning där föräldern fungerar som en *trygg bas* utifrån vilken barnet kan utforska omvärlden, samt en *säker hamn* där barnet kan söka skydd och tröst när fara hotar. Barnet kan då lita på att föräldern finns tillgänglig och beskyddar barnet vid fara. Trygg anknytning utvecklas om barnet blivit tillräckligt sett, hört och speglat. Omkring 60-70 % av spädbarn i normalpopulationer brukar uppvisa en trygg anknytning (Broberg m fl., 2006).

Otrygg anknytning. En otrygg anknytning innebär att barnet har bristande trygghet och tillit samt svårigheter med att balansera och reglera behoven av närhet och autonomi. Inom denna anknytningsstil brukar en skilja på undvikande och ambivalent/motspänstig anknytning.

Otrygg undvikande anknytning. Barn med otrygg undvikande anknytning har erfarenheter av att ha blivit avvisat av föräldern när det är för krävande eller visar sina behov.

¹ Mary Ainsworth utvecklade på 1960-talet det som kallas för *främmandesituationen* (Strange Situation Procedure, SSP) för att kunna studera anknytningsrelationen mellan små barn och dess omvårdare. Proceduren fungerar så att barnet och föräldern befinner sig i ett trevligt rum med fåtöljer och leksaker. Sedan kommer en främmande person in i rummet och föräldern lämnar rummet en kort stund vid två tillfällen. Under denna tid observeras barnets beteende. Sessionen filmas och kodas. Syftet är att studera hur barnet hanterar utforskande och trygghetssökande (Broberg m fl., 2006).

För att ändå behålla närhet till föräldern har barnet lärt sig att inte visa sina behov så tydligt, för att på så vis ändå få så mycket närhet och omsorg som går. Det är alltså ett funktionellt sätt att fungera utifrån omständigheterna (Broberg m fl., 2006).

Otrygg ambivalent/motspänstig anknytning. Barn med otrygg ambivalent/motspänstig anknytning har blivit oförutsägbart bemött av föräldern som emellanåt varit tillgänglig och emellanåt inte, och detta mer utifrån föräldrarnas egna behov än utifrån barnets. Barnet kan inte lita på att föräldern finns där vid behov och måste därför hela tiden hålla sig nära föräldern för att garanteras beskydd (Broberg m fl., 2006).

Desorganiserad anknytning. Den desorganiserade eller desorienterade anknytningen karakteriseras, till skillnad från de anknytningsmönster som beskrivits ovan, av att den inte är organiserad. Det innebär att barnet inte utvecklat någon sammanhängande strategi för att hantera separationer samt för att söka närhet (Wennerberg, 2010). Om föräldrarnas interaktion med barnet är dissocierad eller på annat sätt skrämmande tycks detta kunna förutsäga desorganiserad anknytning (Fonagy, 2007). Det finns starka samband mellan desorganiserad anknytning och släkterelaterade riskfaktorer så som misshandel, svår depression, bipolär störning och alkohol- och drogmissbruk² (Fonagy, 2007). Den desorganiserade anknytningen kan betraktas som ett traumatiserat anknytningsmönster (Wennerberg, 2010).

Barn med desorganiserad anknytning kan i föräldrarnas närhet plötsligt bete sig desorienterat, konfliktfyllt och skrämt. Till exempel uppvisar de motstridiga rörelsemönster av att både närma sig och undvika föräldern samt brist på uppmärksamhet och orientering i rummet (Wennerberg, 2010). Dessa konfliktfyllda beteenden förstås utifrån att rädslosystemet har kolliderat med anknytningsystemet i en olöslig konflikt. När anknytningspersonen står för farosignalerna blir barnet fångat mellan två motstridiga impulser: Att fly bort från faran (föräldern) samt att närma sig anknytningspersonen (föräldern) för att söka skydd och tröst (Broberg m fl., 2008).

Vid rädsla är den första kroppsliga responsen en kortvarig frysning som följs av responsen att fly eller kämpa (Liotti, 2014). Ett barn som blir skrämt av föräldern kan varken fly (det finns ingen trygg bas att fly till), eller kämpa emot den vuxne (barnet är svagare). Den tredje respons som då inträder, hos djur såväl som hos människor, är det som kallas för att "spela död". Det innebär ett kroppsligt tillstånd, hypoarousal, där en blir som förlamad, andningen blir långsam, pulsen sänks och medvetandet trögt. I detta tillstånd väcks

² Studier har visat att 82 % av alla misshandlade barn i ett låginkomsturval klassificeras som desorganiserade, till skillnad från 18 % i en matchad kontrollgrupp (Fonagy, 2007).

associationer av att vara fullkomligt maktlös. När personer med desorganiserad anknytning i vuxen ålder återupplever trauman kan detta kroppsliga tillstånd samt känslorna av maktlöshet återigen aktiveras (Liotti, 2014).

Broberg m fl. (2008) anger att både teoretiska resonemang och forskningsresultat har visat att desorganiserad anknytning är en allmän riskfaktor för psykopatologi. Förekomsten av desorganiserad anknytning uppskattas vara 24 % i låginkomstgrupper och 14 % i medelinkomsturval (Fonagy, 2007).

Anknytningstrauma

Trauma betyder sår eller skada. Ett psykologiskt trauma kan ses som ett öppet psykiskt sår, på grund av utebliven eller ofullständig psykisk läkningsprocess. Det som är traumatiserande för en person behöver inte vara det för en annan. Vad som blir traumatiserande beror på händelsen i sig, medfödd sårbarhet, aktuell förmåga att integrera och bearbeta stressframkallande upplevelser, samt tillgång till socialt och psykologiskt stöd från omgivningen. Traumatiska reaktioner uppstår när det är utsiktslöst att handla, och när individen inte förmår att psykiskt integrera och bearbeta det som händer. En traumatisk upplevelse blir inte realiserad, det vill säga blir inte föremål för ett mentaliserande integreringsarbete innefattandes personifiering (detta hände *mig* det, var *min* upplevelse) och presentifiering (det hände *då* vid en viss tidpunkt i mitt liv men är inte pågående nu). Trauma är nära besläktat med dissociation. Dissociation, brist på psykisk integrering, är själva essensen i trauma, och kan ses som motsatsen till mentalisering (Wennerberg, 2010). Traumatiska minnen kan sägas "sväva fritt" och är inte en integrerad del av personens historia (Jeffries & Davis, 2013). Ett omväxlande mönster av återupplevande och undvikande av traumat kan liknas vid den psykiska traumatiseringens djupstruktur (Wennerberg, 2010). Detta mönster genererar en rad manifesta symtom som också anges som diagnoskriterier för posttraumatiskt stressyndrom³ (PTSD) i *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013).

Trauman kan delas in i tre kategorier: 1) Opersonliga trauman såsom olyckor och naturkatastrofer. 2) Interpersonella trauman såsom rån och våldtäkt, där förövaren är en person som offret inte har en anknytningsrelation till. 3) Anknytningstrauman såsom fysisk misshandel, sexuella övergrepp och långtgående känslomässigt övergivande som inträffar i

³ Diagnoskriterier som anges i DSM-5 är till exempel återkommande plågsamma minnen, fysiologiska reaktioner vid yttre eller inre signaler som påminner om traumat samt undvikande av dessa signaler (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013).

anknytningsrelationer. Risken för traumatisering ökar om traumat är utdraget över tid, om det orsakas av annan människa, samt om offret har en nära känslomässig relation till förövaren. Därför tenderar anknytningstrauman att få allvarliga konsekvenser (Wennerberg, 2010).

Ett anknytningstrauma kan bero på att något har hänt barnet som inte borde ha hänt, till exempel fysisk misshandel och sexuella övergrepp. Ett anknytningstrauma kan också uppkomma av att något inte har hänt som borde ha hänt, till exempel om föräldern av olika skäl inte kommunicerat känslomässigt eller hjälpt barnet att identifiera och reglera känslor. Långtgående känslomässigt övergivande kan därför innebära ett trauma för barnet (Wennerberg, 2010).

Anknytningstrauman sker inte bara inom ramen för en anknytningsrelation utan drabbar själva anknytningssystemet. Upprepade trauman i vuxen ålder raserar den personlighetsstruktur som redan har bildats, men under barndomen formar och deformerar upprepade trauman personligheten. Anknytningstrauman har därför dubbel destruktiv verkan då de även hämmar utvecklingen av den förmåga som barnet mest av allt behöver för att kunna bearbeta och integrera de destruktiva händelser det är med om (Wennerberg, 2010). Vårt främsta sätt att hantera rädsla och skrämmande upplevelser är genom hela livet att vara nära andra människor. När anknytningen skadas, skadas själva stresshanteringssystemet och förmågan till trygghetsskapande genom att vara nära andra människor. Wennerberg (2010) anger att det farligaste och mest destruktiva vid ett anknytningstrauma är att barnet lämnas ensamt i sina outhärdliga affekttillstånd. Det finns inte någon som tänker på vad barnet tänker och känner, och då finns det heller ingen möjlighet för barnet att lära sig mentalisering, det vill säga att hantera och reglera inre tillstånd. Att på djupet utforska föräldrarnas inre blir dessutom outhärdligt för barnet då det där finner fientliga hot mot den egna psykologiska överlevnaden, och inte en kärleksfull representation av sitt eget själv. Följden kan bli ett mönster av defensivt undvikande av mentalisering, särskilt i nära relationer. Även när föräldern gravt missförstår och felintonar barnets affekter kan detta innebära att trauma (Wennerberg, 2010). Bowlby (2010) talar om patogena familjeförhållanden utifrån anknytningsteorin. Han tar som exempel upp hur en moder, som på grund av en svår barndom själv har vuxit upp med en ångestfylld anknytning, försöker göra sitt eget barn till sin anknytningsgestalt. Barnet tar då på sig omvårdnaden för sin egen mor. En effekt av anknytningstrauman är rädsla för närhet till andra människor men det kan också leda till svårigheter att upprätta ett sunt avstånd (Wennerberg, 2010).

Anknytningsstörningar i DSM-5. Anknytningsstörning är ett direkt kliniskt tillstånd som beskriver en djupgående störning i barnets beteende i omvårdnadssituationer samt med okända vuxna. Dessa barn visar lite eller inget anknytningsbeteende. Det rör sig ofta om barn som växt upp i institutionsmiljö och inte haft möjlighet att utveckla en eller flera unika anknytningsrelationer (Zeanah & Gleason, 2015).

I DSM-5 finns diagnoser för två olika typer av anknytningsstörning: Anknytningsstörning med social hämning respektive anknytningsstörning med social distanslöshet. Ett krav för att någon av dessa diagnoser ska kunna ställas är att barnet har erfårit en extremt otillräcklig omvårdnad som antas vara orsaken till beteendeproblemen. Störningen inverkar allvarligt på barnets förmåga att interagera interpersonellt med vuxna och kamrater, och de uppvisar inte autentiska känslor (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013).

Mentalisering

Mentalisering och anknytning. Mentalisering är den fantiserande mentala aktiviteten som gör det möjligt för oss att uppfatta och tolka mänskliga beteenden i termer av intentionella mentala tillstånd. Mentaliseringsförmågan formas till stor del inom ramen för våra tidiga anknytningsrelationer, genom att relationerna omvandlas till inre psykiska strukturer. Anknytningstrauman kan därför även benämnas som mentaliseringstrauman (Bateman & Fonagy, 2012). Bateman och Fonagy (2012) menar att för att få en "normal" upplevelse av självet behöver spädbarnets emotionella signaler bli speglade korrekt av en anknytningsperson. Speglingen behöver vara "markerad" på så vis att spädbarnet förstår att det mentala tillståndet anknytningspersonen nu speglar tillhör spädbarnet och inte omvårdaren själv. På detta sätt utvecklar barnet successivt inre representationer av sina känslor, och förstår så småningom att andra har egna inre tillstånd, inte nödvändigtvis likadana som barnets egna. I familjemiljöer där mentala tillstånd respekteras och uppmärksammas finns större förutsättningar att utveckla en god mentaliseringsförmåga. Om ett barn däremot ständigt behöver vara upptaget med att säkra sin överlevnad tar detta behov över. När anknytningssystemet aktiveras vid stress avaktiveras nämligen mentaliseringen (Bateman & Fonagy, 2012). Utöandet av mer medveten och kognitivt komplex mentalisering försvinner alltså i situationer där automatiska självbevarande kamp/flykt/frys-reaktioner dominerar beteendet. Brott i den tidiga anknytningen har sålunda potential att skada mentaliseringsförmågan och, relaterat till detta, utvecklingen av en sammanhängande struktur

av självet. Försämrad förmåga att förstå sig själv och andra genom mentala tillstånd spelar en viktig roll vid utvecklandet av psykiatriska diagnoser som involverar skador på självet. Barn med en historia av övergrepp eller misshandel i nära relationer har ofta också problem med mentalisering samt uppvisar mer manifest dissociation, identitetsstörningar, osammanhängande bilder av sina föräldrar samt begränsad reflexiv förmåga (Bateman & Fonagy, 2012).

Mentalisering och språk. Mentalisering kan kopplas ihop med språk, de tycks vara olika aspekter av samma sak, omöjliga att separera från varandra. Språkutveckling predicerar mentalisering (Fonagy, Gergely & Target, 2007). Vi behöver vokabulär för att tänka och tala kring mentala tillstånd hos andra och för att länka vårt eget beteende till vårt inre, samt även för att separera dessa (Fonagy m fl., 2007). Verbalisering innebär distans och perspektiv (Killingmo & Gullestad, 2011). Mentalisering tycks för sin utveckling vara beroende av exponering av social konversation där en talar om mentala tillstånd⁴ (Fonagy m fl., 2007).

Ord för mentala tillstånd behöver dock inte innebära en god mentaliseringsförmåga. Killingmo och Gullestad (2011) uppmanar terapeuter att lyssna till om klientens tal är tomt prat, och om viktig information förmedlas bortom det semantiska, via känslorna. Ett tal som i början av en terapi förefaller intelligent med precisa ordval kan efterhand visa sig vara ett emotionellt tomt språk, ett språk utan liv, som handlar om känslor men inte i sig självt är känslobärande. Patienten skapar då inte mening inifrån med hjälp av språket. Snarare representerar språket ett system av etablerade meningsstrukturer som patienten "lånar". Det kan uttryckas som att patienten talar till sig själv "utifrån och in". Bakom språket kan däremot upplevelsesfären domineras av till exempel ensamhet eller rastlöshet. Då patienten inte äger sina egna affekter kan hen inte rymma dem och ge dem meningsbärande uttryck i språk, symboler och abstrakta begrepp. Killingmo och Gullestad (2011) uttrycker det som att patienten inte deltar i sitt eget språk. Patienten kommer då istället att uttrycka affekter i motorik, impulsiva utageranden, hyperaktivitet eller somatisering. En övergripande terapeutisk målsättning menar Killingmo och Gullestad (2011) borde vara att sammanföra affekt och kognition, så att språket blir fylligt och affektbärande. Då blir även en sann mentaliseringsförmåga, med en sammanhängande och meningsfull upplevelse av mig själv och mina affekter, möjlig.

⁴ Även annan kommunikation än den verbala kan fungera som medel för mentalisering. Interaktion mellan döva barn och döva föräldrar antas ha samma funktion (Fonagy m fl., 2007).

Psykoanalytiskt perspektiv på kropp och symboliserande

Uttrycket att *kroppen talar sitt tydliga språk* har teoretiserats inom psykoanalytisk teori. Det kan ses som att kroppen med sina uttrycksformer talar, om än ordlöst. I brist på andra uttrycksmedel talar vi alltså med kroppen, till exempel vid psykosomatiska sjukdomar (McDougall, 2002).

McDougall (2002) frågar sig i *Kroppens teatrar* hur vi kan översätta kroppens stumma språk till ett symboliskt språks verbala uttrycksformer, vilket bidrar till en läkningsprocess. Hon menar vidare att om vi inte i vårt psyke kan härbärgera svåra erfarenheter och känslor så tvingas kroppen ta över. För att rädda oss undan psykisk smärta kan kroppen gå in och symbolisera och lida. Emotioner är i grund och botten psykosomatiska och anses inom psykoanalytisk teoribildning som länken eller övergångslandet mellan kropp och själ. Om vi inte kan känna våra emotioner sker en klyvning mellan kropp och psyke, och orden kan berövas sin emotionella aspekt. Enligt McDougall (2002) sänds då samtidigt från psyket till kroppen en mer primitiv varningssignal, som kringgår språkbruket, liksom under spädbarnstiden då vi ännu inte har ett språk. Vi kan då inte tänka kring faran, men reaktionen på den finns i vår kropp. "Den sorg, som inte kan få utlopp i tårar, kommer andra organ att gråta" (McDougall, 2002, s.172). I en psykoanalys är en viktig del i arbetet att verbalisera dessa stumma budskap vår kropp signalerar (McDougall, 2002). Matthis (2010) skriver om symbolens verkande kraft. Plågorna blir mer uthärdliga när vi får ord på en situation och vad som tidigare upplevts som ordlös smärta går nu att tänka. Hon menar att benämmandet av situationen påverkar den fysiologiska processen, att ett slags språng sker mellan orden och kroppen. Detta medvetandegörande skriver hon påverkar både det psykiska och det somatiska som inte står under den medvetna viljans kontroll. Orden kan hela. Men hur? Matthis (2010) menar dock att orden inte per automatik hjälper. Talet kan nämligen också fungera som utfyllnad av tystnad eller hinder för att tänka. Att tala är alltså inte samma sak som att tänka, och för att skapa ny kunskap krävs något mer än bara tal. Att sätta ord på en ny tanke är att föda något nytt; det kräver ett fysiskt arbete, en kroppslig förankring (Matthis, 2010).

Den franska psykoanalytikern och barnpsykiatrikern Caroline Eliacheff skriver om sitt arbete med psykoanalys av små barn att det går ut på att: "Använda sig av sin egen kropp för att uppleva den effekt ord och händelser har haft på barnets kropp. Dessa upplevelser ska sedan översättas till ord för att orden i sin tur ska inverka på barnets kropp" (Eliacheff, 1994, s.53). Det handlar om att knyta kroppen till ordet. Men även Eliacheff (1994) poängterar att det inte går att göra med vilka ord som helst. Eliacheff (1994) menar att en del mammor tror

att de gör något bra om de tvingar sig att tala med sitt barn och säger vad som helst. I vissa fall kan dock pladder vara ett sätt att försöka slippa riskera att förmedla något med kroppen, men varken barn eller vuxna låter sig i dessa situationer luras. Hon anser att det icke-sagda är mer nedbrytande än själva faktum, samt att psykoanalysens uppgift är att ge möjlighet att symbolisera lidandet och strukturera psyket (Eliacheff, 1994). Matthis (2010) nämner också musikens del i symboliserandet, om hur en sång kan ge en rytm och en ton åt det tidigare oformulerade.

Terapeutisk process

Nemeroff m fl. (2003) visar i en studie, som jämför läkemedelsbehandling med psykoterapeutisk behandling, att för personer med anknytningstrauma som lider av allvarlig depression hjälper psykoterapi bättre än läkemedel. Kombinationen av dem båda funkar endast marginellt bättre än enbart psykoterapi.

Enligt Allen (2013) är en nyckel till läkning från traumatisering att uppleva sig mindre ensam i hanteringen av traumat. En upplevelse av att vara förstörd och att förstå är avgörande. Han menar att det i terapi bör skapas en trygg anknytning där mentalisering kan utvecklas. Bowlby (2010) liknar terapeuten vid en trygg bas utifrån vilken klienten kan utforska sig själv och sina känslomässigt betydelsefulla relationer, de nuvarande och de i det förflutna. Terapeuten tonar in och speglar klientens känslor på samma sätt som föräldern speglar det lilla barnet. När klienten söker hjälp i form terapi aktiveras klientens anknytningssystem och klienten kommer att i relationen till terapeuten iscensätta de internaliserade anknytningsmönster som hen har med sig (Liotti, 2014). Det betyder alltså att klienten kommer att känna och förhålla sig på samma sätt till terapeuten som hen tidigare gjort till viktiga personer – detta kallas i psykodynamisk terapi för överföring. Det blir då viktigt för terapeuten att inte gå in och bete sig på liknande sätt som personer ur klientens förflutna, utan istället ge klienten en ny erfarenhet. Terapin erbjuder en möjlighet för klienten att skapa en trygg anknytning till terapeuten som kan korrigera den inre arbetsmodell som finns hos klienten (Broberg m fl., 2008). Det finns evidens för att personer som har upplevt otrygga relationer till tidiga omvårdnadspersoner kan utveckla en positiv självkänsla genom en trygg terapeutisk relation (Tassie, 2015).

Att fokusera på relationen mellan terapeut och klient genom att prata om den och medvetandegöra vad som händer är en viktig del i arbetet under en psykodynamisk terapiprocess. Terapeutens reaktioner gentemot klienten, framförallt de reaktioner som är ett

resultat av klientens överföring, kallas motöverföring och är ett viktigt redskap i terapin. I terapisituationen projicerar klienten ut jobbiga känslor, som hen inte själv står ut med, och tillskriver terapeuten dessa känslor (Tassie, 2015). När terapeuten upplever de känslor som klienten projicerar ut som sina egna, kallas detta för projektiv identifikation. Terapeutens uppgift är att reflektera kring vilka känslor som kommer från denne själv respektive från klienten samt att härbärgera dessa känslor. Det betyder att terapeuten tar emot känslorna utan att överväldigas av dem. Terapeuten visar istället för klienten att hen tål sådana jobbiga känslor. Nästa steg är att terapeuten "lämnar tillbaka" känslorna i bearbetad form till klienten. Detta leder i sin tur till ökad integrering och mentalisering hos klienten (Tassie, 2015).

Liotti (2014) menar att känslor av maktlöshet är centrala vid terapier med anknytningstraumatiserade klienter. Som nämnts tidigare kan tillståndet av hypoarousal aktiveras hos klienten när traumat återupplevs och det är viktigt att detta tillstånd kan delas mellan klient och terapeut. Terapeuten måste alltså tillåta sig att känna känslor av fullkomlig maktlöshet. På så sätt erfar klienten att det är möjligt att stå ut med dessa känslor. Terapeuten delar klientens inre tillstånd, vilket tidiga omvårdnadspersoner inte gjort (Liotti, 2014).

Även rent kroppsliga upplevelser, som kan vara svåra att verbalisera, är en viktig del i terapi med anknytningstraumatiserade klienter. Dissociativa symtom som uppkommer vid traumatisering har nämligen sina rötter i kroppsliga upplevelser och omedvetna minnen (Liotti, 2014). Terapeuter behöver lyssna till sina kroppsliga upplevelser och kommunicera dessa till klienten för att på så sätt skapa en gemensam upplevelsegrund, vilket Moltu och Binder (2014) kallar för förkroppsligad empati.

Tidigare forskning kring terapeuters upplevelser

Cohens och Collens (2013) metasyntes av 20 kvalitativa studier som undersöker hur personal påverkas av att arbeta med traumatiserade klienter visar att terapeuter påverkas både positivt och negativt av sitt arbete. Råbu, McLeod, Moltu och Binder (2015) finner att arbetet som terapeut kan leda till utveckling av öppenhet, tolerans och kreativitet samtidigt som det finns en risk att överväldigas av känslor av alltför stort ansvar, otillräcklighet och självtvivel, som kan leda till isolering och förtvivlan. Slutsatsen som Hunter (2012) drar är att den tillfredställelse som terapeuterna upplever är större än riskerna. Berikande involvering med en annan människa samexisterar dock ofta med stressande, krävande eller jobbig involvering (Råbu m fl., 2015).

Sekundär traumatisk stress. Forskning visar att personal som arbetar med traumatiserade klienter kan uppleva *sekundär traumatisk stress* (secondary traumatic stress) som en följd av sitt arbete (Cohens & Collens, 2013; Wang, Strosky & Fletes, 2014). Terapeuter exponeras indirekt för trauman genom att lyssna till sina klienters berättelser. Symtom kan uppträda som liknar de i PTSD-diagnosen. Även familj och närstående till den traumatiserade personen kan drabbas av sekundär traumatisk stress. Begreppet har kopplingar till den bredare termen *compassion fatigue* som innebär att personalens empatiska förmåga begränsas på grund av utmattning (Wang m fl., 2014).

Vikarierande traumatisering. Begreppet *vikarierande traumatisering* (vicarious trauma) innebär att personal som jobbar med traumatiserade personer blivit indirekt traumatiserade under en längre tid, vilket inneburit förändringar i deras grundläggande upplevelser av sig själva, andra och omvärlden (Cohens & Collens, 2013; Wang, m fl., 2014). Det handlar alltså om att individens kognitiva scheman, det vill säga föreställningar och antaganden, har förändrats på ett negativt sätt. En del menar att vikarierande traumatisering är ett resultat av att terapeuten inte lyckats differentiera sig själv från den traumatiserade klienten i tillräcklig utsträckning (Wang m fl., 2014). Bartoskova (2015) menar dock att det kan vara nödvändigt för terapeuter att uppleva vikarierande traumatisering för att sedan kunna uppleva det som kallas för *posttraumatisk utveckling*.

Posttraumatisk utveckling. Posttraumatisk utveckling (post-traumatic growth) kan ske både hos terapeut och klient. Det innebär en positiv inre utveckling som är ett resultat av att ett psykologiskt arbete skett efter en traumatisk händelse. Uppfattningen att trauma kan leda till positiv förändring är inte ny, utan har funnits i flera tusen år och härstammar från tron på att mentalt lidande kan leda till mening och ett växande. Forskning har kunnat identifiera att posttraumatisk utveckling sker på tre olika områden: 1) Bättre relationer med andra, i form av ökad närhet och emotionell kontakt. 2) Förändrad känsla av själv. 3) Förändrad livsfilosofi, vilket innebär att livet uppskattas i större utsträckning. Förändrad livsfilosofi är den vanligaste förändringen som rapporteras (Bartoskova, 2015). Bartoskova (2015) menar att terapeuter först kan behöva uppleva vikarierande traumatisering för att sedan kunna uppleva posttraumatisk utveckling. Empati verkar vara avgörande för om terapeuter upplever såväl vikarierande traumatisering som posttraumatisk utveckling. Även terapeutens *känsla av sammanhang* (KASAM) samt tillgång till socialt stöd verkar spela roll för om posttraumatisk utveckling är möjligt (Bartoskova, 2015).

Negativ påverkan. Cohens och Collens (2013) finner en rad olika känslomässiga reaktioner hos yrkesverksamma som arbetar med traumatiserade klienter: Sorg, ilska, rädsla, hjälplöshet, maktlöshet, förtvivlan, chock och stress. Tassie (2015) upplevde även hopplöshet, otillräcklighet och isolering i sitt arbete med en anknytningstraumatiserad klient. De kroppsliga reaktioner som Cohens och Collens (2013) beskriver hos terapeuter är domningar, illamående, trötthet och känsla av fränkoppling. Dessa kroppsliga reaktioner kunde dröja sig kvar efter sessionernas slut, ibland i flera veckor.

I studien av Råbu m fl. (2015) framkommer att det kunde vara en börda att bevittna mycket lidande, särskilt då terapeuterna kände att deras möjligheter att hjälpa var begränsade. Hunter (2012) finner en risk för att terapeuterna blev emotionellt och relationellt dränerade på energi, kliniskt deprimerade, ifrågasatte sina personliga relationer och sin förmåga till närhet samt upplevde sig vara inadekvata och ha låg självkänsla. Även upplevelser av misstro och oro som en följd av deras arbete fanns bland terapeuterna (Cohens & Collens, 2013; Hunter, 2012). Till exempel kunde de börja tänka att världen var en farlig plats eller misstro andra människor. Andra negativa förändringar som framkommer i Cohens och Collens (2013) studie är mindre medkänsla med andra, hyperuppmärksamhet och att bli överbeskyddande som föräldrar.

Både Cohens och Collens (2013) samt Råbu m fl. (2015) finner att terapeuterna blev mindre emotionellt tillgängliga i hemmet som en följd av sitt arbete med traumatiserade klienter. Exempelvis beskriver Råbu m fl. (2015) att terapeuterna drog sig tillbaka från sin partner efter långa arbetsdagar och inte orkade ta konflikter hemma. Även tillbakadragande från andra typer av sociala aktiviteter upplevdes (Råbu m fl., 2015).

Positiv påverkan. Fokus har mest legat på att undersöka negativa effekter av att arbeta med trauma (Bartoskova, 2015). Det framkommer dock i flera studier att terapeuter kan uppleva meningsfullhet och känna tillfredsställelse genom sitt arbete (Cohens & Collens, 2013; Hunter, 2012; Råbu m fl., 2015). De kan också uppleva att det är ett privilegium att få komma andra människor nära (Hunter, 2012; Råbu m fl., 2015). I Hunters (2012) studie uttryckte terapeuterna att det var djupt validerande att klienterna ville dela med sig av sina innersta upplevelser. I studien av Råbu m fl. (2015) kände terapeuterna att det var en välsignelse att bevittna och bidra till förändringsprocesser. Bartoskova (2015) identifierar, som nämnts, att terapeuter kan uppleva en posttraumatisk utveckling. Tassie (2015) använder begreppet *vicarious resilience*, på svenska ungefär "ställföreträdande elasticitet", vilket hon beskriver som vår dynamiska förmåga att anpassa oss till förändringar och hantera motgångar.

Denna förmåga kan utvecklas när en går igenom en kris, om de stressande upplevelserna kan omvandlas till en förståelig och meningsfull form. Detta sker genom att upplevelserna och utmaningen delas med en annan person (Tassie, 2015). Att få se klientens positiva utveckling kan alltså bidra till att även personalen utvecklas i positiv riktning (Bartoskova, 2015; Cohens & Collens, 2013; Tassie, 2015). *Hur* växandet sker vet vi lite om i dagsläget, men en möjlig väg är att klientens mod och beslutsamhet inspirerar terapeuten till egen personlig utveckling (Bartoskova, 2015).

Även personliga relationer kan genom arbetet med traumatiserade klienter berikas på ett positivt sätt (Cohens & Collens, 2013). Råbu m fl. (2015) finner att terapeuter upplevde att de genom sitt terapeutiska arbete fick en ökad kapacitet att lära känna människor på djupet samt blev bättre på att uppskatta livet. Cohens och Collens (2013) visar att terapeuter upplevde en ökad ödmjukhet och acceptans inför sina medmänniskor samt upplevde att de blev mindre materialistiskt fokuserade. Även tilltron till den egna förmågan att vara terapeut ökade (Cohens & Collens, 2013).

Att bidra till förändring. Moltu och Binder (2014) presenterar i sin studie hur tolv erfarna terapeuter upplevde att de bidragit till konstruktiv förändring i svåra terapier. De finner att terapeuterna upplevde att det var viktigt att skapa en relationell atmosfär som innehöll ett *här-och-nu perspektiv* samt som tillät att klienten *kom nära och berörde terapeuten*. Terapeuterna försökte att skraddarsy ramarna till klientens relationella problematik. De lät sig påverkas av sina klienter och frångick till viss del allmänna teoretiska riktlinjer. Vidare tillät terapeuterna sig att lyssna till sina egna känslor samt att kommunicera sina känslor, vilket i sin tur skapade en gemensam upplevelsegrund. Slutligen upplevde terapeuterna att de ödmjukt tog del i meningsskapandet utifrån given teoretisk modell, det vill säga de kopplade ihop viktiga fenomen, svåra känslor och historiskt viktiga relationer (Moltu & Binder, 2014). Moltu, Binder och Stige (2012) finner en relation mellan klienternas engagemang och terapeuternas ansvar. Om klienterna inte inbjöd terapeuterna till att aktivt ta del i deras relationshinder, att vara nära dem i skamfullt lidande samt att få identifiera mod hos dem, blev det svårt för terapeuterna att arbeta med dem (Moltu, Binder & Stige, 2012).

Att hantera känslor. Connors (1997) beskriver en terapi hon haft med en allvarligt anknytningstraumatiserad klient som blev väldigt beroende av henne som terapeut. Trots det relativt lyckade utfallet av terapin fick denna upplevelse Connors att inte längre vilja bedriva terapi med så djupt skadade och beroende patienter. Kraven terapiprocessen ställde på henne, under och mellan sessionerna, upplevde hon för höga för att hon skulle vara villig att gå

igenom något liknande igen. Hon diskuterar hur en terapi med en väldigt behövande klient kan upplevas som otillräcklig och kan få terapeuten att vilja släppa på vissa gränser och till exempel bjuda klienten hem till sig. Hon kände sig som en spädbarnsförälder i terapin (Connors, 1997).

Cohens och Collens (2013) finner att terapeuterna använde sig av olika strategier för att hantera känslor under terapins gång. Att dela sina känslor med andra genom handledning, stöd från vänner och familj samt debriefing upplevdes som hjälpsamt. Självmhändertagande beteende var också en god hjälp, exempelvis träning, hälsosam mat, vila, meditation och njutfulla aktiviteter (Cohens & Collens, 2013; Råbu m fl., 2015). Terapeuterna beskrev att de aktivt arbetade med att ta hand om sig själva för att utveckla ett levnadssätt som gjorde det möjligt att hantera bördan som terapeutrollen innebar (Råbu m fl., 2015). Att vakta sina gränser upplevdes som viktigt, samt symboliska handlingar för att skifta fokus och avsluta arbetsdagen, exempelvis lyssna på ett musikstycke (Cohens & Collens, 2013; Råbu m fl., 2015). Råbu m fl. (2015) menar att terapeuterna tycktes ha hittat sätt att existera i parallella världar samt att förflytta sig mellan kontexter; hemmet och jobbet. Det hjälpte också att använda sig av optimism och humor, gå i egenterapi samt ägna sig åt andlighet, konst och utomhusaktiviteter (Cohens & Collens, 2013; Råbu m fl., 2015). Både Cohens och Collens (2013) och Liotti (2014) lyfter fram att tidigare erfarenhet och tid var viktigt för terapeuterna i hanterandet av egna reaktioner.

Syfte

Vårt syfte med uppsatsen är att undersöka psykoterapeuters upplevelser av den terapeutiska processen i psykodynamisk terapi med anknytningstraumatiserade klienter. Vi söker svar på följande frågeställningar:

1. Vad karaktäriserar relationen mellan terapeuterna och de anknytningstraumatiserade klienterna?
2. Hur hanterar terapeuterna sina egna reaktioner i relation till klienterna?

Metod

Metodologi

Utifrån syftet med uppsatsen har vi valt att tillämpa den kvalitativa metoden *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) som tillhör en hermeneutisk gren av fenomenologin. Först presenteras kunskapsteoretiska grundantaganden inom IPA, sedan något om fenomenologi respektive hermeneutik, och till sist redogörs för språkets begränsningar samt vår förförståelse.

Kunskapsteoretiska grundantaganden hos IPA. Syftet med IPA är att nå förståelse för hur deltagarna i studien erfar sin värld, med avseende på studerat fenomen (Willig, 2013). I denna studie är fenomenet som undersöks terapiprocessen i psykodynamisk terapi med anknytningstraumatiserade klienter. Terapeuterna ger mening åt terapiprocesserna vilket färgar upplevelserna av dem. Detta att vi uppfattar objekt i världen intentionellt, det vill säga med medvetandet riktat, gör att de framträder som just fenomen (Willig, 2013).

Olika individer kan uppleva samma "objektiva" villkor på radikalt olika vis, då erfarenheten medieras av tankar, förväntningar och övertygelser. Enligt IPA är det inte ens intressant att tala om objekt som separerade från vår upplevelse av dem, det vill säga världen "det vi har kunskap om" och personen "den som har kunskap" lönar sig inte konceptualiseras separerade (Willig, 2013). Terapiprocessen kan utifrån detta synsätt inte skiljas från terapeutens upplevelse av den, det finns alltså inte någon objektiv terapiprocess.

IPA antar en *relativistisk ontologi*, vilket innebär att kunskap eller sanning ses som konstruerad, och en produkt av sociala, samhälleliga och politiska förhållanden. Det finns ingen kunskap som är frikopplad från individuell subjektivitet och kollektiva uppfattningar (Alvesson & Sköldberg, 2008). IPA är grundad i ett *symboliskt interaktionistiskt perspektiv* och anser att den mening en individ tillskriver en händelse är en produkt av sociala interaktioner (Willig, 2013). Hade terapeuterna levt i en annan kultur och tid hade deras meningsskapande varit annorlunda och därmed även deras upplevelser. Den kunskap som produceras i denna studie är alltså färgad av oss och terapeuterna som individer samt av de samhälleliga uppfattningar som omger oss.

Samtidigt finns det, enligt IPA, en kunskap att upptäcka eller identifiera och IPA har därför ett *realistiskt synsätt på kunskapsproduktion* (Willig, 2013). Det går alltså att nå kunskap om fenomen trots att de är bundna till sin kontext. De teman som presenteras i resultatdelen är således *inte* godtyckliga eller enbart ett resultat av vår subjektivitet, utan det

finns en reell kunskap som framträder i intervjutranskripten och som är möjlig att identifiera. Vidare gör IPA inga anspråk på att uttala sig om hur världen *i sig* är beskaffad, och söker därmed inte abstrakta generaliserbara påståenden om den objektiva världen (Willig, 2013). Det innebär att denna studies resultat inte kan generaliseras, utan de gäller enbart för de specifika terapeuter vi intervjuat, samt i den bestämda kontext och tid undersökningen gjordes.

En viktig distinktion i sammanhanget är att IPA avser nå kunskap om hur den levda erfarenheten ser ut, men inte söker förklara orsakerna till den. Frågan *varför* är inte relevant i vår studie. För att få svar på orsaker till en upplevelse krävs kunskap om till exempel historia, biologi samt sociala och materiella strukturer, och det ligger utöver ögonblicket för och lokaliseringen av den levda erfarenheten. Vi söker således undersöka *hur* terapeuterna upplevde terapiprocessen, oavsett orsaker till detta. Frågan om en upplevelse är sann eller falsk är inte heller relevant, och därför kontrolleras inte upplevelsen mot yttre betingelser.

Fenomenologi. Fenomenologisk forskning fokuserar på perception. Det innebär att den kunskap som söks är hur undersökt fenomen visas i våra medvetanden när vi lever och engagerar oss i världen omkring oss. Det handlar om människors förkroppsligade upplevelser av världen i en specifik kontext och tid (Willig, 2013). Fenomenologer söker tidigare okända, komplexa och rika beskrivningar av levda upplevelser och forskaren strävar efter ett öppet förhållningssätt inför det fenomen som undersöks (Finlay, 2009).

Vilka metoder som lämpar sig bäst inom fenomenologin, samt vad fenomenologi bör vara, är inte självklart, och dessa frågor har delat fältet i olika inriktningar (Finlay, 2009). En frågeställning handlar om i vilken utsträckning forskaren ska tolka materialet och "läsa mellan raderna" för att nå omedvetna dimensioner (Finlay, 2009). En annan berör huruvida fenomenologin ska sträva efter att producera generella, nomotetiska beskrivningar av fenomenet eller fokusera på idiografisk analys, det vill säga på att producera individuella, personliga beskrivningar. Ytterligare ett område för diskussion handlar om forskarens subjektivitet. Det råder konsensus kring att det inte är möjligt för forskaren att eliminera sin egen subjektivitet och att det är viktigt att inta en så kallad fenomenologisk attityd - en öppenhet inför att se världen på ett nytt och annorlunda sätt än tidigare. Vilken roll förförståelsen har och vad forskaren ska göra med den, finns det dock olika uppfattningar om (Finlay, 2009). Utifrån dessa konfliktområden har två olika fenomenologiska traditioner växt fram: 1) Deskriptiv fenomenologi, som följer den tradition som utvecklats av Husserl. 2)

Interpretativ fenomenologi, som har vuxit fram som en kritisk reaktion mot Husserls fenomenologi och har kopplingar till hermeneutiken. Det är denna gren som IPA tillhör.

Inom den deskriptiva fenomenologin ligger fokus på att beskriva, forskaren håller sig nära materialet och de påståenden som görs får tydligt stöd i texten. Forskaren strävar även efter att finna essenser eller generella strukturer hos fenomenet. Förförståelsen, tidigare kunskap och antaganden om fenomenet, bör enligt denna tradition sättas åt sidan eller "inom parentes" för att kunna fokusera på fenomenet så som det framträder (Finlay, 2009).

Inom interpretativ fenomenologi ses tolkning och meningsskapande som en ofrånkomlig del i forskarens upplevelse snarare än som en utanpåliggande procedur. Här ligger fokus på att förstå informantens individuella upplevelse, vilket eventuellt även skulle kunna generera en mer generell insikt kring fenomenet, men det är varken säkert eller målet (Finlay, 2009). Inom interpretativ fenomenologi menas att det inte är möjligt eller ens önskvärt att lägga förförståelsen åt sidan. Här betonas istället medvetenhet kring förförståelsen, de felkällor den kan innebära och ett aktivt arbete med att sortera i vad som kommer från deltagarna respektive forskaren (Finlay, 2009).

Hermeneutik. Hermeneutiken fokuserar på tolkningen av mening (Kvale & Brinkmann, 2009). I denna tolkningsprocess är alternering mellan delar och helhet central. För att nå djupare förståelse är en dialektik nödvändig, där forskaren skiftar mellan olika perspektiv. Den så kallade *hermeneutiska cirkeln* innebär att enskilda delar endast kan förstås på ett meningsfullt sätt i relation till helheten och att helheten endast kan förstås utifrån de delar som utgör den (Alvesson & Sköldberg, 2008). Även dialektiken mellan förståelse och förförståelse lyfts fram inom hermeneutiken. Förförståelsen är nödvändig för att kunna förstå en ny text, men för att förförståelsen ska kunna utvecklas är förståelse av den nya texten oundgänglig (Alvesson & Sköldberg, 2008).

Viktigt inom hermeneutiken är också att fenomen förstås utifrån det sammanhang som omger fenomenet, exempelvis socialt och historiskt (Alvesson & Sköldberg, 2008). Tolkningen av intervjuerna i denna studie kan förstås utifrån vilka vi är som har gjort tolkningen, vår livshistoria, den samhällskontext vi lever i och ytterst utifrån världshistoriens bakgrund. Centralt för hermeneutiken är även att förståelse sker genom inlevelse snarare än genom logiskt resonande och på så vis blir empati viktigt. Samtidigt har uttolkaren möjlighet att ta ett utifrånperspektiv vilket gör att förståelsen vidgas bortom första-person-perspektivet. Inom hermeneutiken menar en även att kunskap framträder intuitivt genom att sammanhang i

komplexa helheter blir tydliga, inte främst genom att grubbla och fundera (Alvesson & Sköldberg, 2008).

Språket. Inom IPA kan ett antal svårigheter kopplade till språket identifieras. Språket är medlet genom vilket deltagarna i studien söker kommunicera sina upplevelser till forskaren, men det som är intressant är upplevelserna i sig. Språket är dock ett nödvändigt verktyg för att förmedla upplevelserna. Fenomenologisk analys vilar alltså på språkets representativa validitet (Willig, 2013). En kritik mot detta är att språket snarare konstruerar än beskriver. Eftersom upplevelser från början är ordlösa och kroppsliga blir orden i sig en tolkning av det upplevda, de är nödvändigtvis *något annat* än det upplevda. En annan svårighet handlar om hur framgångsrikt deltagarna lyckas förmedla sina upplevelser till forskaren (Willig, 2013). Använder de språket på ett tillräckligt nyanserat sätt för att förmedla subtiliteter i sina fysiska och emotionella erfarenheter? Vi tänker oss att psykoterapeuter, vilka vi sökte som deltagare, torde ha tämligen goda verbala färdigheter då de arbetar dagligen med just samtal kring upplevelser.

Vår förförståelse. Enligt IPA är producerad kunskap reflexiv, det vill säga den erkänner sitt beroende av forskarens egen ståndpunkt i världen (Willig, 2013). Vi är båda psykologstudenter i slutet av vår utbildning, vilket innebär att vi är välbekanta med många psykologiska termer samt själva använder sådana begrepp på ett naturligt sätt i vårt språk. Detta har troligen gjort att vi förstått terapeuterna väl samtidigt som vi kanske inte alltid frågat vidare för att nå bortom teoretiska begrepp till deras upplevelse. Vi har båda även själva gått i terapi samt bedrivit psykoterapi som en del i vår utbildning vilket gör att vi har egna erfarenheter av hur det är att vara del i en terapeutisk process. Det har vi upplevt som spännande och roligt, samtidigt svårt, stundtals jobbigt och krävande. En av oss träffade under sin praktiktermin på psykologprogrammet klienter som en tänkte kring i termer av anknytningstrauman. Vår bild av sådana terapiprocesser var vid studiens början att de är krävande men också meningsfulla, och att anknytningstraumatiserade är en särskilt svår men också spännande klientgrupp. Vi tänkte oss att saker som var viktiga att jobba med under en sådan terapi är tillit, ramar och gränser. Vi hade en föreställning om att det för terapeuter skulle kunna vara svårt att mentalt lämna jobbet vid arbetsdagens slut och att de skulle påverkas mycket av arbetet i sina privata liv.

Urval

Rekrytering av deltagare. Deltagare rekryterades via informationsbrev (se bilaga 1) som mailades till 50 privatpraktiserande psykoterapeuter med psykodynamisk inriktning i Skåne. Anledningen till att privatpraktiserande psykoterapeuter uppsöktes var att vi antog det vara större chans att de bedrev längre terapier, vilket är relevant med tanke på klientgruppen anknytningstraumatiserade som med sin komplexa problematik ofta kräver längre behandlingar. Fokus på psykodynamisk terapi valdes dels för att vi tänkte oss att det är större sannolikhet att dessa terapier är långa, men också på grund av anknytningsteorins psykoanalytiska rötter.

Det var relativt lätt att få deltagare till studien. Ungefär en vecka efter mailutskicken hade fem personer anmält att de ville ställa upp som informanter. Därefter ringde vi i rekryteringssyfte till ett antal av de mailade psykoterapeuterna, tills vi fick en deltagare till. Då det enbart fanns utrymme för sex deltagare inom ramen för denna uppsats fick vi även tacka nej till fyra psykoterapeuter som senare erbjöd sig att delta. Inklusionskriterier för deltagarna var, förutom att de skulle vara legitimerade psykoterapeuter, att de kunde tänka på en avslutad terapi som de mindes väl och som de haft med en klient de bedömde som anknytningstraumatiserad. Vid genomförandet av en första pilotintervju blev klart för oss hur viktigt det var att terapeuten tydligt kunde återkalla terapin i minnet för att det skulle bli en bra kvalitet på intervjun. Därefter gjordes ytterligare en pilotintervju där vi försäkrade oss om att informanten hade en terapi som hen mindes väl att utgå från under intervjun. Den andra pilotintervjun blev så bra att vi valde att inkludera den i studien.

Deltagare. De deltagare som slutligen ingick var sex legitimerade psykodynamiska psykoterapeuter, varav tre män och tre kvinnor. De var mellan 52 och 73 år gamla. Fyra av dem hade jobbat med psykoterapi under 30-45 års tid, och två av dem under 5-10 års tid. Fem av informanterna var psykologer och en var socionom.

Datainsamling

Material. För datainsamlingen användes semistrukturerade intervjuer med öppna och icke-ledande frågor (se bilaga 2). För att få levande berättelser som låg nära terapeuternas upplevelsevärld, snarare än färdigreflekterade analyser, ombads varje deltagare att utgå från en specifik avslutad terapiprocess med en klient de bedömde som anknytningstraumatiserad. De skulle också minnas terapin väl. Fokus för intervjun var inte fallet i sig, utan snarare terapeuternas upplevelser av att vara med om terapiprocessen.

Intervjuer. Intervjuerna tog cirka en timme och genomfördes på en plats och tid som passade deltagaren, vilket innebar att vi träffade dem på deras respektive arbetsplatser. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. Pilotintervjun gjorde vi tillsammans, sedan genomförde en av oss två intervjuer och den andra tre intervjuer. Den som hade intervjuat transkriberade också materialet.

Analys

Analysen utgick från de ordagranna transkripten av de semistrukturerade intervjuerna. Det första steget var att koda varje intervju genom att stryka under meningsbärande enheter samt anteckna dessa i höger marginal. Här fokuserade vi på delar i intervjun där terapeuterna pratade om sina egna upplevelser. Kodningen gjordes för ett stycke i taget. Framväxande teman som var karakteristiska för varje stycke identifierades och skrevs ned i vänster marginal. När hela transkriptet gått igenom enligt ovanstående blev nästa steg att identifiera övergripande teman i materialet. Denna process innebar att ursprungliga teman nedskrivna i vänster marginal sammanfogades i mer abstrakta kluster, vilket blev runt tio stycken per intervju. Teman som inte var välrepresenterade i texten uteslöts. Vi genomförde båda två enskilda analyser av samtliga intervjuer på detta sätt. I detta arbete fann vi att många teman som analyserats fram enskilt var gemensamma för oss båda. I de fall våra analyser inte helt sammanföll arbetade vi tills vi nådde en kategorisering båda ansåg göra materialet rättvisa. Sedan gjorde vi åter enskilda analyser där vi sökte integrera samtliga intervjuer. Detta gjorde vi genom att kategorisera alla intervjuers teman i övergripande huvudteman, med underteman inom varje övergripande kategori. När vi sedan jämförde våra analyser visade det sig att alla huvudteman som analyserats fram i princip var samma, om än med något olika ordval när det gällde vissa. Undertemana skiljde sig dock åt i vissa fall. Därefter följde en process där vi gick tillbaka till transkriberingarna, provade olika sätt att gruppera huvudteman och underteman för att slutligen landa i och enas kring de fyra huvudteman med respektive underteman som presenteras i resultatdelen.

Etik

Etiska överväganden av projektet gjordes innan arbetet med uppsatsen påbörjades, och vi har fortsatt att föra en etisk diskussion under hela arbetet. Kvale och Brinkmann (2009) anger fyra områden inom kvalitativ forskning där det är viktigt att göra etiska överväganden. Dessa områden är informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser och forskarens roll.

Informerat samtycke. Informerat samtycke innebär att informanterna har kunskap om syftet och upplägget med forskningsprojektet, att de deltar frivilligt i projektet samt att de har rätt att dra sig ur när som helst (Kvale & Brinkmann, 2009). Våra deltagare informerades skriftligt via mail i samband med rekryteringen (se bilaga 1).

Konfidentialitet. Konfidentialitet handlar om att skydda deltagarnas privata integritet. Det innebär att data som identifierar informanterna inte ska avslöjas (Kvale & Brinkmann, 2009). I uppsatsen är allt material avidentifierat, terapeuterna har fått fingerade namn och vi har inte tagit med citat där deltagarna eller deras klienter på olika sätt skulle kunna identifieras.

Konsekvenser. Konsekvenserna av en kvalitativ studie behöver övervägas (Kvale & Brinkmann, 2009): Vilka är de vetenskapliga fördelarna med studien och vilka negativa konsekvenser skulle deltagandet kunna få för informanterna?

Vad gäller vetenskapliga vinster med studien anser vi att de är tydliga. Det finns inte så mycket forskning som berör hur terapeuter upplever psykoterapiprocesser (Moltu & Binder, 2014).

Vad gäller potentiellt negativa konsekvenser har vi identifierat tre utsatta grupper som vi reflekterat kring. För det första deltagarna själva. De har varit generösa och på ett personligt sätt delat med sig av sina upplevelser. Det förtroendet vill vi förvalta. För att minimera negativa konsekvenser för dem har vi varit noga med konfidentialiteten. Den andra gruppen handlar om terapeuter i ett större perspektiv. Våra deltagare står som representanter för hela yrkesgruppen, och det är viktigt att förtroendet för terapeutprofessionen inte kommer till onödig skada. Då vi upplevde att samtliga av våra informanter var mycket engagerade och seriösa i sitt yrkesutövande har det känts tryggt att använda materialet utan att det skulle komma att ge ett missvisande perspektiv på terapeuters yrkesutövande. Den tredje grupp vi reflekterat kring är terapeuternas klienter. Deras identitet behöver också skyddas. Vi har inte heller velat att klienterna skulle kunna känna igen sig själva om de läser uppsatsen, då det eventuellt skulle kunna ändra deras bild av terapeuten och terapiprocessen. Inför intervjuerna var vi noga med att betona att det vi var intresserade av i första hand var psykoterapeuternas upplevelser och inte uppgifter om klienterna. I uppsatsen har vi inte tagit med citat från intervjuerna som skulle kunna identifiera en specifik klient. Vi har heller inte själva tagit emot några uppgifter om vilka klienterna är.

Forskarens roll. Det finns ett etiskt krav på forskaren att försöka uppnå så hög vetenskaplig kvalitet som möjligt på kunskapsproduktionen. Resultaten som publiceras ska

vara så korrekta som möjligt. I största möjliga mån ska de vara validerade och kontrollerade, och tillvägagångssättet för forskningen ska vara så transparent som möjligt. Forskarens oberoende är viktigt att eftersträva, så att inte hänsyn till vänskapliga band till deltagarna eller förväntningar från uppdragsgivare gör att vissa resultat understryks medan andra tonas ned (Kvale & Brinkmann, 2009). Vi har försökt göra proceduren för vår uppsats så transparent som möjligt. Vi har också i resultatdelen använt oss av många citat, för att visa på tillförlitlighet i det vi redovisar. Vad gäller förväntningar har vi både från deltagare och handledare mötts av nyfikenhet på resultatet och inte upplevt någon specifik påtryckning.

Reliabilitet och validitet

Reliabilitet. Reliabilitet eller tillförlitlighet inom kvalitativ forskning med intervjuer handlar om huruvida liknande resultat hade uppnåtts med andra forskare. Det handlar både om deltagarnas svar vid intervjuerna och om analysen av data (Kvale & Brinkmann, 2009). För att säkra tillförlitligheten användes under intervjuerna öppna och icke-ledande frågor. Så sökte vi nå informanternas livsvärld, och inte låta våra egna idéer styra deras svar. Vid analysen av data eftersträvades reliabilitet genom att vi först analyserade varje intervju var för sig. Efter det jämförde vi vad vi kommit fram till. Vi har eftersträvat en noggrann dokumentation av tillvägagångssättet för att ytterligare stärka tillförlitligheten (Willig, 2013).

Validitet. Validitet handlar om den vetenskapliga kunskapens trovärdighet. Inom kvalitativ forskning är kunskapen trovärdig i den utsträckning observationerna verkligen speglar de fenomen som avses undersökas (Kvale & Brinkmann, 2009). Willig (2013) poängterar vikten av att kategorierna som framkommer i analysen på ett bra sätt stämmer överens med data. För att öka trovärdigheten av studien har vi varit noga med att kontrollera att våra teman är välrepresenterade i intervjutranskripten. De beskrivningar som görs kring varje tema hålls hela tiden nära terapeuternas egna ord och utsagor. I resultatdelen presenteras citat under varje undertema för att visa på att de beskrivningar som görs har en tydlig koppling till informanternas berättelser.

Det är viktigt att forskaren erkänner och funderar kring sin egen roll och påverkan på forskningen (Willig, 2013). Vi har genom hela processen varit medvetna om att vi har en förförståelse och att våra egna världsbilder påverkar den tolkning som görs av materialet, vilket inte går att komma ifrån. Ambitionen har ändå genomgående varit att vara så öppna det går för informanternas upplevelser samt att i läsning och analys lägga vår förförståelse åt sidan. Vi har upprepade gånger ställt oss frågor som: Gör denna beskrivning/tolkning

informanterna rättvisa? Avspeglar detta tema vad informanterna säger och troligtvis menar? Informanterna var alla generösa i sina berättelser och vi anser att de har delat med sig av sina upplevelser på ett ärligt sätt då de exempelvis kunde berätta om sin egen sårbarhet, berätta om misstag de gjort samt gav långa och målande utsagor. Som nämnts ovan torde terapeuterna även ha goda verbala färdigheter då de dagligen arbetar med just samtal. Utifrån detta bedöms informanternas berättelser på ett nyanserat sätt ligga nära vad de upplevde, trots de begränsningar som är inbäddade i språkets natur (Willig, 2013). Ärligheten och öppenheten i terapeuternas attityd vid intervjutillfällena tyder även på att de pratat om vad de verkligen upplevde snarare än att de sökte täcka över detta. Intervjuguiden (se bilaga 2) är också utformad så att intervjuerna skulle hålla sig till undersökt fenomen.

Resultat

Vid intervjuerna ombads terapeuterna tänka på en avslutad terapi med en specifik klient som de mindes väl och som hade lidit av ett anknytningstrauma. Terapeuternas beskrivningar av klienternas problematik vittnar om stora likheter i hur de definierade begreppet anknytningstrauma men det fanns också vissa skillnader. En skillnad var att terapeuterna talade om trauma på olika nivåer. Några talade om anknytningstrauma som en del av livet och något som vi alla har i större eller mindre utsträckning. Andra terapeuter betonade yttre traumatiserande händelser, så som incest, en missbrukande förälder eller en fysiskt frånvarande förälder. Men oavsett traumatisk nivå, talade samtliga om att det hade funnits brister i den tidiga kontakten/omvårdnaden/anknytningen. Det tog sig uttryck i att klienten hade blivit lämnad att ta hand om sina upplevelser själv, på olika sätt blivit övergiven, inte upplevde sig värd att älskas och/eller inte upplevde sig förmögen att väcka andras intresse. Nästan alla terapeuter talade även om att klienterna hade haft en identitetsproblematik i form av att de inte blivit speglade i sitt inre, upplevde sig tomma, var identitetslösa, inte upplevde sig vara någon, upplevde sig vara oäkta, upplevde sig utbytbara, inte kunnat bli en hel vuxen, inte upplevde egen agens eller upplevdes vara fragmenterade och ha personligheten uppdelad i flera separata delar.

De flesta terapeuterna hade också märkt att klienterna led av ett anknytningstrauma på sättet de tog kontakt i terapin. Klienterna visste inte hur de skulle förhålla sig i relation till terapeuterna. De visade en intensiv längtan efter kontakt och samtidigt en stor rädsla för kontakt. Bland annat detta kommer att framgå av studiens teman som presenteras i följande

avsnitt. Oavsett skillnader i terapeuternas definitioner av anknytningstrauma kunde fyra gemensamma huvudteman identifieras i deras berättelser: 1) Känsломässig dubbelhet. 2) Uthärda känslostormen. 3) Försöka förstå. 4) Bli förälder. En översikt över huvudteman samt underteman presenteras i tabell 1.

Informanterna kallas för Bengt, Gunhild, Magnus, Maria, Roland och Sabina. Namnen är fingerade för att skydda deras identitet. Terapierna som terapeuterna valde att tänka på vid intervjutillfället hade varat olika länge. Två terapier hade pågått mellan ett halvår och ett par år, två hade varat i sex år vardera och två hade löpt mellan tio och fjorton år.

Tabell 1. Sammanställning av resultatet i teman.

Huvudtema	Undertema
Känsломässig dubbelhet	Kontakt Kontaktlöshet
Uthärda känslostormen	Klientens attack Egna reaktioner
Försöka förstå	Ord utan kropp Kropp utan ord Teoretisera
Bli förälder	Symbios Vara betydelsefull Sätta gränser Släppa taget

Känsломässig dubbelhet

Terapeuterna upplevde en dubbelhet hos sina klienter. De var väldigt kontaktsökande, men samtidigt oerhört skrämde och rädda för kontakt i början. Terapeuterna upplevde att även de själva pendlade mellan att vara i känsломässig kontakt och att bli avstängda, både i relation till klienterna och i sitt eget inre.

Kontakt. Flera terapeuter berättade att de tog initiativ till kontakt och på olika vis närmade sig klienten känsломässigt. Magnus upplevde att hans klient inte hade förmåga att ta kontakt, utan han var tvungen att hjälpa till genom att prata till klienten som en gör med ett barn som ännu inte kan tala.

Hon kunde ju inte. Och tillslut kunde hon kläcka ur sig “du måste hjälpa mig”. Jag fattade att jag var tvungen att säga någonting, och närma mig. “Ja hur är det idag”,

eller någonting bara, så att jag visade att jag fanns där. För om inte jag fanns där så gick hon in i sig själv. [...] Du måste vara verksam först och ta kontakt, höll jag på att säga, på vilket jävla sätt som helst nästan, inom ramen för vad som är vettigt.

(Magnus)

De flesta upplevde att de snabbt fick en känslomässig kontakt med klienten och efterhand utvecklades en större trygghet och tillit i relationen. Terapeuterna upplevde det som att klienterna vågade vara mer i kontakt både med sig själva och med dem. De berättade att de vid en del tillfällen var i särskilt stark känslomässig kontakt med klienten, till exempel beskrevs stunder av intensiv ögonkontakt.

En känsla av kontakt är det ju ... där satt vi, jag vet inte hur lång tid, och bara tittade varandra i ögonen. Bara det att inte släppa ögonkontakten. [...] Den här sessionen när vi kom så nära varandra så kunde både hon och jag tala om att det kändes som att det var någonslags band emellan, alltså det var någon slags connection som var nästan fysisk. [...] Jag upplevde att det handlade om att vi knyter an till varandra. (Gunhild)

För Gunhild, som var den terapeut i studien med kortast erfarenhet av terapeutyrket, var detta att hon vågade öppna sig så mycket känslomässigt i mötet med klienten en ny upplevelse. Hon berättade även att hon utifrån erfarenheten med klienten blivit modigare med sig själv i möten med andra människor. Flera terapeuter pratade just om vikten av att vara öppen, låta sig gripas med och bli berörd i kontaktskapandet. Roland menade att det knappt var någon känsla som inte väcktes hos honom under processen.

Man måste vara där. Alltså det måste på något sätt drabba mig ... Så det betyder ju att man måste vara beredd på att låta sig falla ner i den djupaste tomhet och den största smärta och förvirring och alltihop. För att vara nära det som patienten upplever.

(Roland)

Terapeuterna upplevde att det var viktigt att i terapin vara autentisk, ärlig, sig själv och i kontakt med sitt eget känsloliv. Gunhild och Maria berättade att de visade sina egna känslor för klienten. Gunhild berättade till exempel för klienten att hon tyckte väldigt mycket om henne, vilket klienten också kunde känna. Bengt upplevde att det var viktigt att se klienten för

den han var, rakt av och icke-värderande. Klienten sa även att han aldrig känt sig så sedd tillsammans med någon tidigare som han gjorde med Bengt. Men terapeuterna kände också att kontakten med klienten behövde återskapas gång på gång, vilket exempelvis Maria gav uttryck för när hon upplevde att hennes klient inte var känslomässigt närvarande:

Jag använde min motöverföring och jag kunde säga: "Vart tog du vägen nu? Var är du någonstans?" För den här avklippta kabeln. ... "Det känns som att du helt gått ut ur rummet eller har satt dig bakom stolen" ... och så känner hon efter och kommer på att det är så, och kommer i kontakt med känslorna, vad det nu är som blockerar. (Maria)

Kontaktlöshet. Alla terapeuter hade stundtals upplevt svårigheter med att få känslomässig kontakt med klienten. De flesta menade att klienterna i början av terapin på olika sätt varit intellektualiserande eller känslomässigt avstängda. Några berättade att deras klienter i början ofta hade uteblivit från sessioner, velat gå mitt i en session eller gjort avbrott från terapin för att exempelvis åka iväg på en resa. Magnus beskrev en rädd klient som ibland hade gömt sig bakom möblerna i rummet eller plötsligt rusat ut. Vid ett tillfälle hade Gunhild upplevt att klienten varit tydligt avståndstagande och dragit sig undan. Gunhild hade då erfarit ett obehag, en känsla av att ha blivit avvisad och ett tillstånd av icke-kontakt.

Det var dock inte bara klienterna som var avståndstagande. Maria berättade att hon vid ett tillfälle glömt bort tiden då hon skulle träffa klienten, varpå hon sedan skyndade till mottagningen och visade att hon var djupt ångerfull vilket gjorde att det sedan blev en ökad tillit i relationen.

Hon såg hur jag reagerade och att jag var förtvivlad. Alltså jag var djupt ångerfull och förskräckt över att jag hade gjort så, och verkligen ledsen och att jag verkligen månade, för då såg hon också något autentiskt hos mig. Så det gjorde att hon vågade börja lita på att jag brydde mig. (Maria)

Bengt och Maria upplevde att de själva stundtals blev avstängda för sina egna upplevelser. Maria beskrev att hon i perioder blev avstängd, men att dessa sekvenser blev mindre och mindre i takt med att hon fick mer kontakt med klienten. Bengt upptäckte genom handledning att han stängt av och inte velat befatta sig med klientens sexualiserande. Genom

att arbeta med detta kunde Bengt sedan ta in de känslorna i sig själv som han stängt ute och därmed också möta klienten.

Han sexualiserade allting. Där jag stängde av fullkomligt. Jag ville liksom inte alls befatta mig med det på ett upplevelseplan i mig ... jag vill helst inte veta någonting ... jag ville bara ha väck det liksom. Och att det också var nödvändigt att ta in det i mig själv för att kunna möta honom. (Bengt)

Uthärda känslostormen

Klientens attack. Flera av terapeuterna berättade att de vid upprepade tillfällen blivit utsatta för attacker från klienterna. Detta kunde handla om att de blev utskällda, föraktade, nedvärderade eller fick anklagelser och ilska riktat mot sig. De lyfte fram att detta inte var roligt, att de själva kunde bli arga eller känna att det var orättvist. Samtidigt betonade de att det var viktigt att i dessa stunder hålla sig i stolen, sitta kvar och ha tilltro till att ilskan skulle gå att hantera och fånga upp. Flera terapeuter upplevde stunder då de hade velat lämna rummet eller tvivlat på processen, då hjälpte ramarna dem att ändå stanna kvar och ha tillit till formen.

Det var ganska svårt. Men där får man ju sitta kvar i stolen. Och ... förlita sig på den formen som är. Och han gick många många många gånger. Han kunde sitta 45 minuter och bara skälla på mig. Jag var den sämsta terapeut han hade träffat ... och att jag var ful, jag skulle inte tro att jag kunde något, att livet var annat än vad jag trodde att det var. Han nedvärderade mig fullkomligt på alla sätt. (Bengt)

När klienten gick till angrepp hände det att Bengt kände självförakt och började tvivla på sig själv. Samtidigt var han hjälpt av sin erfarenhet och vågade lita på att processen ledde framåt. Maria menade att det var viktigt att kunna ta attackerna utan att själv känna sig dålig. Ibland missförstod klienten henne och då kunde hon peka på att hon inte menat så som klienten uppfattat det.

Så då gäller det att kunna ta det också utan att plaska i skuldbaljan och säga: "Ja vad hemsk jag är, det har du har rätt i, vad hemskt" inte alls så. Jag kunde erkänna det ... "Det kanske var så du uppfattade det, men jag menade faktiskt så här." Till exempel:

“Ja det kanske var lite klumpigt sagt men jag menade såhär.” Ja ett annat exempel:
“Det låter som om du uppfattar mina ord som diktat, som om jag skulle hindra dig från någonting, det är faktiskt inte meningen.” (Maria)

Roland menade att han genom åren lärt sig att se det positiva i denna typ av attacker och att även om de var jobbiga tyckte han att det var bra att de kom.

Det jag kan se över åren, det är väl [att] jag är mer bekväm med att stå ut med de här känslostormarna och se det positiva i dem. Även om de såklart fortfarande är jobbiga på sitt sätt så kan jag ändå någonstans med någonting i ryggraden förstå att det är någonting bra när det händer. (Roland)

Egna reaktioner. Alla terapeuter upplevde egna reaktioner som på olika sätt varit svåra, jobbiga eller tunga under terapiprocessen. Det handlade om känslor av osäkerhet, oro, rädsla, ångest, förvirring, fragmentering, smärta, ledsenhet, förtvivlan, hjälplöshet, ensamhet, ilska, frustration, förlamning och sexuell upphetsning. De menade att det var viktigt att sträva efter att hålla eller bära dessa känslor inom sig utan att agera på dem, även om detta var svårt och ibland omöjligt.

Det är svårt för mig att stå ut med att hon har varit så himla ledsen de sista gångerna. Hon har varit så väldigt ledsen att vi ska sluta. Det är också svårt. Ens patient väcker ju det som man har med sig själv, ens egna akilleshälar, det man själv jobbar med och som är ens egna sårbarheter. (Gunhild)

En del i att uthärda svåra känslor var att härbärgera de känslor som kom från klienterna och som klienterna inte var förmögna att själva bära. Maria behövde hålla för klientens hopplöshet och förtvivlan samt både för hennes och klientens bristande tilltro till förändring.

Det kan ju föregås av långa stunder när man sitter och undrar om man egentligen överhuvudtaget kan göra något som terapeut? Och det kallas ju containing function att man bär klientens förtvivlan eller klientens bristande tilltro till att någonting kan ske. Och det gäller ju för terapeuten att våga bära det ... Det var stunder där jag undrade

om jag överhuvudtaget skulle bli psykolog eller om jag överhuvudtaget bidrog med någonting. (Maria)

Magnus berättade att klienten hade en bristande mental struktur och att han därför behövde hålla strukturen genom terapin. Samtidigt behövde han även uthärda känslor av förvirring, yrsel och brist på struktur.

Jag kan bli yr när jag pratar om det och det hamnar jag fortfarande i, därför att det är så mycket att hålla igång. Mycket kolsyra i hjärnan på något sätt [...] Och någon påvisbar struktur har ju inte såna här människor det får man ha själv. [...] Förmågan att berätta om sitt liv i någotsånär struktur det har man inte om man har den kassa anknytningen. För där är ingen struktur och då blir man såhär svirrig. Får hålla sig. (Magnus)

Magnus kunde undra över om han var galen eller pervers då han vid terapisesioner till exempel kunde bli sexuellt uppladdad, men han förstod senare att detta var beroende av påverkan från klienten.

Mycket blev jag ju förvirrad, och mycket blev jag fylld av många olika känslor som jag undrade över, om jag var tokig, eller var jag pervers, eller var jag si eller var jag så. Och det var ju rätt så svårt att prata om det. [...] Tills då jag inser att ja men herregud jag är ju kärnfrisk, det har inte med mig att göra. [...] Och då tänker man är det jag, är det i mig det händer? Det var rätt genomgående med just henne. (Magnus)

Det framgick hos terapeuterna att det var tungt att uthärda en del svåra känslor. Maria uttryckte att det var ett slitsamt arbete.

Den var tung. Det var inte en sån här tjolahoppsan lättare, utan det var en tung terapi ... med mycket tunga känslor. Och det är slitsamt att bära det, man blir trött. Och man blir framförallt trött av känslor som inte uttrycks, för det är dom man får bära som terapeut. Det är väldigt tröttande. (Maria)

Roland och Magnus pratade om att de utifrån sin erfarenhet blivit bättre på att stå ut med svåra känslor utan att agera på dem.

Alltså jag lärde mig ... framförallt att uthärda dem. Att inte behöva agera på något sätt, att inte behöva tvinga mig ur den upplevelsen utan ha en förtröstan. (Roland)

Försöka förstå

Flera terapeuter pratade om att hålla de egna känslorna inom sig tills det gick att förstå och formulera dem. Dessutom talade alla terapeuterna om vikten av att försöka förstå klienten och terapin, för att på så sätt kunna se vad klienten behövde och känna sig trygga i vad de gjorde i sitt terapeutiska arbete. Terapeuterna upplevde både att de kunde ha en känslomässig förståelse för klienten, genom känslor de kände i sin kropp, och en intellektuell, genom att sätta ord på vad som utspelade sig. Det var viktigt med båda dessa typer av förståelser, samt att de hörde samman; att kroppen fick ord och orden fick kropp.

Ord utan kropp. Alla utom en terapeut talade om upplevelser av att klientens ord kunde vara tomma eller intellektualiserande utan koppling till känslor. Att lyssna på dessa ord beskrevs som uttröttande eller som en brist på kontakt med känslorna och kroppen.

Sen mellan timmarna så kunde jag ju förstå att även om det hon sa var spännande, intressant, viktigt, så var det ändå någonting i det som signalerade att det här är inte äkta, det är inte hundra procentigt äkta. Det här är någonting ... som ska täcka över någonting som är mer overbalt. [...] Det var någonting som var konstruerat, inte som hade växt fram ur henne, ur hennes kropp, hennes upplevelse, utan någonting hon hade skapat för att skydda sig. (Roland)

Men att gå via orden för att nå en mer kroppsligt förankrad förståelse upplevdes också ibland som en nödvändig väg, och vid vissa tillfällen som det enda möjliga sättet att kommunicera.

Att få honom att [förstå], alltså rent intellektuellt. För det är många gånger den vägen man också får gå. (Bengt)

Vid andra tillfällen var orden nästan förförande och några terapeuter upplevde att de behövde jobba för att inte enbart lyssna till orden utan också söka kontakt med känslorna som inte uttrycktes.

Det svåra [var] att få tag på det, för han var liksom så ... otroligt verbal, väldigt intellektuellt rörlig. Då är det mycket svårare att komma åt hans känslor, så jag behövde lite hjälp att se igenom det. (Sabina)

Kropp utan ord. Terapeuterna talade på olika sätt om upplevelser av kropp utan ord. Allra tydligast framträdde detta i Magnus upplevelse, då hans klient nästintill saknade språk när han började träffa henne. Han berättade om ett flertal tillfällen då deras kommunikation skedde på en konkret fysisk nivå. Klienten, som saknade orden, visade med kroppen att hon var rädd, arg eller ledsen.

Hon var ju extremt rädd för mig, samtidigt kom hon ju regelbundet. [...] Hon for runt och gömde sig. Hon satt bakom fåtöljen. (Magnus)

Även Magnus behövde kommunicera icke-verbalt, till exempel blev det så att han höll klienten i knät vid något tillfälle då hon fick ett våldsamt utbrott. Här svarade han på hennes utagerande med att klappa henne på kinden men sa inga ord:

Och då blir hon fullständigt ifrån sig, rusar ut genom rummet... Jag tänker herregud ... så jag var efter henne... Hon är före mig, och då sträcker jag fram en hand för att ta henne. Då biter hon mig i armen. Och vad gör jag då? Jag vet ännu i denna dag inte vad som, men jag sträckte fram den andra handen och klappade henne på kinden. [...] sen kommer hon [tillbaka]. Hon är tyst och säger ingenting. (Magnus)

Saker som var svåra att prata om kunde också iscensättas i rummet, till exempel att klienten var som ett litet barn och Magnus som en förälder. Olika föremål användes som hade symbolisk betydelse för klienten. Klientens utagerande blev sedan mindre i takt med att de började kunna samtala om saker. I början var det dock Magnus som fick stå för orden, han talade då som till ett litet barn och funderade högt över hur hon skulle kunna känna sig.

Sabina upplevde det som att hennes klient använde musiken som ett andra språk för att hantera sitt inre.

Maria berättade att hon själv med kroppen svarade på den ordlösa kommunikation som klienten skickade ut till henne.

... alltså jag börjar gestalta egentligen, på ett omedvetet sätt, det som klienten skickar ut till en. [...] Och då gjorde jag sådana här saker – det tar inte ifrån mig ansvaret, men det kan vara en förklaring till att det hände – att jag var ute och letade efter kläder på stan, istället för att sitta med min patient. Hemskt när jag hör det! [...] Det är det som är väldigt verksamt, detta att vi kunde hantera det. Kanske inte i termer av det jag säger nu, för det gick inte att tala om det. (Maria)

Gunhild var uppmärksam på både sitt och klientens kroppsspråk för att när kroppen uttryckte något söka ord för det.

Nu stoppar jag dig för att jag ser att du sitter och darrar med benet och jag ser att det händer någonting i dig. (Gunhild)

Magnus berättade om ordlösa och till synes strukturlösa upplevelser han hade med klienten som han kände sig väldigt ensam i, de gick inte att förmedla till de andra i handledningsgruppen. Samma typ av ensamhet tänkte han sig att hans klient upplevde. Även Roland talade om upplevelser som på ett känslomässigt ordlöst plan förmedlade något viktigt.

Det som hände var väl att jag kom i kontakt med någonting av det som fanns hos henne som hon inte kunde formulera ... så fanns det under någonting annat som var mer onåbart, som var mer förmlöst och som var mer skräckfyllt. [...] Hur den upplevelsen känns, hur det känns att totalt förlora orden, och totalt förlora tilltron till ordens symboliska makt. Den typen av upplevelser lärde jag mig mycket av. (Roland)

Flera av terapeuterna upplevde att det fanns tillfällen av känslomässig kontakt med klienterna där orden behövde utebli, där de skulle förstört mer än hjälpt. Ordlösa stunder av ögonkontakt upplevdes som viktiga inslag, men det kunde också vara svårt att titta klienten i ögonen vilket Magnus beskrev.

Så frågar han “kan jag få titta dig i ögonen?” “Uh” säger jag “jo”. Efter ett tag så tittar vi varandra i ögonen. Och det känns lite konstigt inledningsvis, men så kommer jag på det, jag har ju tittat barn i ögonen ... För jag klarar inte av det, att bli så oerhört betydelsefull, så jag försöker säga någonting om det här sen och då spricker bubblan. Jag skulle bara låtit honom titta. (Magnus)

Teoretisera. Terapeuterna upplevde att den känslomässiga kommunikationen var viktig för att förstå klientens inre tillstånd. Dessa upplevelser behövde dock teoretiseras för att gå att tänka kring och så småningom nå en förståelse. Till exempel Bengt jobbade med att göra klientens känslomässiga kommunikation begriplig.

Ja det var nog det som jag kan fånga in som jag kände. ... man får ju försöka distansera det och lyfta det till huvudet och försöka begripa. Alltså, såhär ser det ut i honom ... detta är hans kommunikation, detta är hans inre tillstånd och det får jag förhålla mig till. (Bengt)

Det var inte alltid terapeuterna förstod på en gång vad som hände, utan detta att försöka förstå upplevdes som en ständigt pågående process.

Jag är helt inställd på att försöka förstå. Vad är det som sker här nu mellan den här människan och mig? Vad är det vederbörande signalerar? Vad är det jag uppfattar? Vad händer i mig? Vilka känslor och upplevelser, kroppsliga sensationer, kan jag känna i mig? Och på vilket sätt kan jag tänka att det är relaterat till vad den här människan gör och säger just nu? Så att det är det som blir fokus hela tiden. (Roland)

Många vägar till förståelse nämndes: Att samtala med klienten, handledning, att läsa teori och forskning, att gå i egen analys, att vidareutbilda sig, att handleda sig själv genom att spela in sessionerna, att observera vad som hände rent konkret och inom en, samt fundera mellan sessionerna. Magnus fick inte förrän efter lång tid ord, eller teoretiska begrepp, för klientens problematik, i termer av desorganiserad anknytning och motöverföring. Utan den teoretiska förståelsen kunde han inte heller visa förståelse genom sitt kroppsspråk.

Hade jag begripit det från början så hade det säkert varit lättare för mig att förstå hennes dilemma. Detta att man begriper hur svårt någon har det, det hjälper ju. För att man ser ut på ett lite annorlunda sätt och då hade hon kunnat se [på] mitt kroppsspråk att jag förstått henne på ett djupare plan. (Magnus)

Terapeuterna upplevde att de blev trygga med hjälp av teorin och den förståelse den gav. De kunde koppla ihop teorin med klientens problematik och några upplevde att de fick bekräftelse på att det de gjorde var okej. Maria talade om teorin som ett "övergångsmellanland", den gav hjälp att uttrycka och sätta ord på upplevelser som var svåra att uttrycka verbalt. Terapeuterna talade både om vikten av att sätta ord på vad som utspelade sig och om ordens begränsningar.

Att kunna göra teorier av ens egna upplevelser det är jätteviktigt som terapeut. Samtidigt så tänker jag att ... det blir ju också ett ganska tyst arbete i mig. ... När man sitter hela dagarna och jobbar med sådana här saker, så är det ju klart jag tänker hela tiden. När jag sen ska formulera det i ord så kan det bli någonting annat. Man gestikulerar och pratar och bygger på något sätt. Så det är ju ett inre arbete. (Bengt)

Bli förälder

Alla terapeuter kände moders- respektive faderskänslor för sina klienter och flera terapeuter menade att de i olika skeenden under terapin blev som en förälder. Maria kände stundtals att hon hade ett väldigt litet barn eller en bebis framför sig. Gunhild visade vid något tillfälle med kroppen hur hon vaggade ett litet barn när hon pratade om sin klient. Magnus berättade att han vid några tillfällen rent fysiskt hållit klienten som en håller ett barn, samt han hade tittat en klient i ögonen på samma sätt som en gör med små barn. Magnus berättade också att han någon gång talade till klienten som till ett barn som ska sova.

Symbios. Terapeuterna upplevde att de kom mycket nära sina klienter och lärde känna dem väl. De talade om en närhet där gränserna dem emellan ibland blev otydliga. Relationen beskrevs bitvis närmast symbiotisk, liknande den som föräldrar har till sitt lilla barn. Bengt uppfattade att han kom nära sin klient snabbt på grund av en gränslöshet i dennes psyke.

Man kommer ju nära. Det kan man göra med andra också så det är inte det. Men man kommer ju nära på ett annat sätt i och med att ... gränserna finns ju inte i deras psyke.

Så därför kommer man per automatik alltså mycket närmare också. Det är lättare att komma nära kan jag ju säga ... därför att de är så sårbara och gränslösa i allt det här. (Bengt)

Flera terapeuter upplevde att det kunde vara svårt att sortera ut vem som var vem, det vill säga att skilja sig själv från klienten och ha koll på vilka känslor som tillhörde vem.

Känslorna tillhör ju mig och den människan tillsammans. Och också [att] vara något så när säker på att jag sorterar ut mig själv, och den andre. ... För annars så vet man ju inte var man börjar och slutar, för det är ju en trygghet att kunna veta det, vad som faktiskt tillhör mig och vad som tillhör den andre. Och också veta när man är osäker och inte riktigt vet vad, att stå ut med det, att inte riktigt veta varifrån det här kommer. Är det jag som reagerar så? Är det jag som blir förvirrad eller är det patientens förvirring jag har? Alltså stå ut med att vara i den känslan att inte riktigt veta. (Maria)

Efterhand minskade terapirelationens symbiotiska karaktär. Terapeuterna arbetade med att låta gränserna mellan dem och klienterna bli synligare, samt att låta gränserna runt terapeuten respektive klienten bli tydligare. Sabina upplevde att hon med tiden inom de terapeutiska ramarna kunde arbeta friare och mer kreativt. Magnus upplevde att han under processens gång blev tydligare och tydligare för klienten, som började kunna återskapa honom i hans frånvaro. Även Bengt berättade att han efterhand blev en egen person med ett eget liv inför klienten. I början hade klienten en uppfattning om att Bengt bara fanns i terapirummet, och inte hade ett eget liv utanför. Han jobbade även med gränser genom att stärka klienten i hans jag, det som var han, bland annat genom ett mentaliserande perspektivtagande.

Jag fanns aldrig någon annanstans. Att jag hade ett eget liv, det fanns inte överhuvudtaget. Han kunde inte veta av det. [...] Och även att han kunde göra mig till en människa som faktiskt hade ett eget liv utanför rummet. (Bengt)

Vara betydelsefull. Terapeuterna upplevde att de blev viktiga för sina klienter och att det medförde ett stort ansvar. Flera berättade att de drog sig för att sjukanmäla sig, och att det

inte var helt enkelt med semesteruppehåll av olika slag. Bengt menade att han blev den hållande förälder som klienten aldrig haft som barn.

Jag blev ju jätteviktig för honom. Som man blir som terapeut, alltså den föräldern på ett sätt. Som faktiskt håller honom. Och kan säga nej i kärlek och att han vet att det är en omsorg i mig. (Bengt)

Terapeuterna upplevde att det var nödvändigt att låta sig bli viktiga för klienten - att erkänna det, våga det, påminna sig om det och att ta ansvar för det. Magnus berättade att det kunde vara skrämmande att bli en så viktig person.

För jag klarar inte av det, att bli så oerhört betydelsefull. Det är inte lätt att bli betraktad som det centrala i livet. Det är skrämmande. ... Jag har ju lärt mig det. Långt senare hade jag en annan patient med liknande bakgrund ... men där var det lättare för mig. För hon fick lov att älska mig så att säga. Och det kändes inte besvärligt alls, för det var ju en barnslig kärlek. [...] Så det är en av de svåraste variablerna, att låta sig bli [älskad] ... skapa förutsägbarhet, att man är trygg, att man är där, så att man står ut med det. ... Det är svårt alltså. Det är svårt att navigera i. (Magnus)

Maria upplevde att hon blev livsviktig för sin klient under en period.

För min patient var den här [relationen] livsviktig under en period. [...] Jag förstod ju att jag var viktig, att jag förekom i den här patientens inre som en väldigt viktig referenspunkt, och det såg jag på med respekt. (Maria)

Det var inte bara terapeuterna som blev betydelsefulla för klienterna, klienterna var också betydelsefulla för terapeuterna. Flera av terapeuterna erfor att det var viktigt att låta klienten inse det, och när klienterna insåg sitt eget värde möjliggjordes en ömsesidighet i relationen.

Han var väldigt nöjd när han lockade mig till att börja skratta. ... Det blev liksom en anknytning med mig då, att han kunde se att han var betydelsefull för mig, att han kunde få mig att skratta. (Sabina)

Terapeuterna talade på olika vis om att de kände kärlek eller ömhet för sina klienter. De upplevde att det var ett privilegium att få lov att vara med i terapiprocessen samt att se sina klienter utvecklas. Flera upplevde att klienten hade kunnat vara deras barn och fick omhändertagande känslor samt kände en omsorg om klienten. Vissa blev även bekymrade och oroliga på samma sätt som i förhållande till sina egna barn.

Jag kan också komma ihåg att jag blev ganska bekymrad ... när han inte kom. Jag kunde känna mig väldigt orolig för att det hade hänt honom någonting ... Alltså sån oro jag känner inför mina barn ... den här omvårdnadsbiten. (Sabina)

Sätta gränser. Terapeuterna upplevde det nödvändigt att i tid, rum och yrkesroll sätta gränser för den annars gränsöverskridande närheten och ansvaret som upplevdes i relation till klienten. Att hålla överenskomna ramar för terapin var därmed ett viktigt sätt att dra gränser. De talade även om denna gränssättning som förutsättningen för att kunna ge sig in i en terapeutisk relation där de blev så pass betydelsefulla. Flera av terapeuterna upplevde att de jobbade för att klienterna efterhand själva skulle ta mer ansvar för sina handlingar och för sina liv. De arbetade även med att dra gränser för klientens respektive terapeutens ansvar. Magnus berättade att han vid ett tillfälle insåg att han under flera år tagit ansvar för sin klients liv, att det var han som hållit hennes struktur och hållit henne flytande. Därefter började en process där klienten tog allt mer ansvar för att själv styra sitt liv. Bengt berättade om hur han lät klienten ta ansvar för sina egna handlingar.

Så kom han till mig och ville ha *min* förlåtelse eller förståelse, för att han hade varit otrogen, och jag gav den inte till honom. Jag vet ju också att han har skrikit sig till saker i livet alltid. ... Och när han kommer till mig liksom lättvindigt och berättar om någonting där han går emot sina egna... Alltså jag har aldrig avtvingat honom att han ska vara trogen utan det är han själv som satt upp någonting av vad han vill här i livet. Och jag bara pekar på det. ... "Så varför ska jag vara den som berättar för dig om du får eller inte får? Det måste du ju kunna berätta för dig själv. Och uppenbart så känner

du väl inte nu att det här har varit okej, så varför ska jag göra det okej åt dig?” Och då blev han jättejättejättejättearg. Men där var en vändpunkt ... där han kunde på ett konstruktivt sätt förhålla sig till sin egen skuld... Jag pekar även på hans ansvar.

(Bengt)

Släppa taget. Vid avslutet av terapin hade terapeuterna olika upplevelser knutna till att släppa taget om klienterna. De upplevde att de behövde arbeta med att släppa taget om sina klienter och låta dem stå för sig själva. Roland berättade att han och klienten under avslutningsfasen började bekanta sig med tanken på att relationen inte skulle vara för evigt och att det fanns ett slut någonstans. Sabina uttryckte att hon i slutet av terapin kände att klienten var ”flygfärdig” och nu skulle klara sig själv.

Med honom kände jag att han skulle få lov att flyga iväg. Han var flygfärdig. [...] Nu kommer han nog faktiskt klara sig. Nu behöver vi nog fundera på att avsluta. (Sabina)

Terapeuterna uttryckte blandade känslor kring att släppa taget om sina klienter. De kände en glädje över att klienterna mådde bättre, fungerade i tillvaron och hade utvecklats. Maria upplevde att det var skönt att ”vara framme i hamn” och att det var ett tecken på framgång att klienten ville stå för sig själv. Hon beskrev också att hon som en del av en frigörelseprocess kunde få inre bilder av att hon blev ”bortsparkad, var färdiganvänd” och kände sig som en ”gammal kärring”. Gunhild berättade att även om hon litade på att klienten skulle klara sig på egen hand så kände hon en viss oro och en önskan om att arbeta vidare med klienten.

Där finns också ett visst mått av oro. Det är väl det som är de blandade känslorna, både att jag litar på att hon fixar det – hon är väldigt kompetent för övrigt i sitt liv och yrke och allt möjligt – men ja, jag känner att jag nog skulle vilja jobba lite till med henne. (Gunhild)

Även om terapeuterna släppte taget om sina klienter så fanns de kvar hos dem. Flera upplevde att klienten fått en speciell plats i deras inre och att de bar med sig sina klienter även efter avslutade terapier. Sabina berättade att klienten alltid fanns kvar i hennes minne. Även Gunhild vittnade om det.

Hon är en patient jag verkligen känner har lagt sig runt mitt hjärta, henne kommer jag ha med mig. Henne kommer jag inte att glömma bort. Inte i första taget. (Gunhild)

Flera terapeuter berättade att klienterna ibland efter avslutad terapi kom tillbaka en tid senare för att gå i mer terapi. Magnus klient gick i terapi hos honom i flera omgångar. Gunhild och Maria berättade att de hade en förväntan på att deras klienter skulle komma tillbaka igen. Maria upplevde att avslutet inte innebar ett absolut adjö, utan hon fanns kvar i terapeutisk beredskap om klienten skulle behöva henne i framtiden.

Och då är det också vissa terapier där man aldrig kan säga adjö, liksom gå igenom en avslutningsfas ... utan det blir: "Finns du kvar här om jag skulle behöva komma hit?" "Jadå" säger man. (Maria)

Två terapeuter berättade om terapier där de själva tyckte väldigt bra om sina klienter och på ett plan skulle vilja bli vän med dem, men de var tvungna att släppa taget om klienterna just på grund av den terapeutiska relationens karaktär. Gunhild upplevde dock att hon var på gränsen till att tappa sin professionella roll vid vissa tillfällen då hon hade svårt att säga nej till klientens önskemål om att ses och fika.

Till exempel såhär "ja men det är väl klart du får komma hem till mig och fika" eller någonting, det skulle jag aldrig säga men impulsen fanns i mig att göra det. (Gunhild)

Flera av terapeuterna kände en nyfikenhet och undrade hur det gick för klienterna när de inte träffade dem längre. Det vanligaste var att de inte hörde något från sina klienter efter avslut. Både Sabina och Roland upplevde att det innebar en omställning att få en ny klient på den tiden som deras föregående klient haft. Terapeuterna upplevde också att det var sorgligt att avsluta terapin och säga farväl, då klienterna kommit att betyda något för dem. Roland betonade att det var en sorgprocess för honom att avsluta. Han berättade att han arbetade med sin sorgprocess genom att hålla klientens timmar lediga ett tag efter avslutet eftersom han upplevde att den öppenheten som borde finnas för en ny människa inte fanns till en början.

Sorgligt. Som det alltid är. Alltså det här med att avsluta. [När] man har arbetat intensivt med en människa i många år så uppstår det ett ömsesidigt band. Så att när man avslutar är det ju en stor förlust. Man vet att nu går den här människan ut och vidare i sitt liv, och jag är inte med längre [...] Man har arbetat med en människa som man har fäst sig vid och som har betytt någonting och som har varit en del av ens liv och funderande under, kanske då som den här, tio års tid. En människa som man har gått och tänkt på i stort sett dagligen under de här tio åren träffar man inte mer... Hur gick det sen? Vandrade de ut och levde lyckliga i alla sina dagar eller vad hände? Det vet vi inte. [...] Alltså det är sorgligt. Det är det. Det blir ju lite, kan man säga, som när en människa dör va. Det händer ingenting mer sen. (Roland)

Diskussion

Resultatdiskussion

Sammanfattning av resultatet. I följande avsnitt ges svar på studiens frågeställningar. Därefter diskuteras tre aspekter av resultatet som är särskilt intressanta. Undersökningen av psykoterapeuters upplevelser av den terapeutiska processen i psykodynamisk terapi med anknytningstraumatiserade klienter ger följande svar på studiens frågeställningar (se resultatdelen för mer utförlig redogörelse):

1. Vad karaktäriserar relationen mellan terapeuterna och de anknytningstraumatiserade klienterna? Relationen karaktäriserades av en känslomässig dubbelhet, det vill säga en pendling mellan kontakt och avstängdhet. Efterhand utvecklades mer kontakt och tillit i relationen och avstängdhetsmomenten blev mindre – både terapeut och klient kom mer i kontakt med sig själva och varandra. Terapeuterna blev som föräldrar i förhållande till klienterna vilket innebar att de blev betydelsefulla och även att relationen bitvis fick en närmast symbiotisk karaktär. Ibland hade de svårt att skilja ut sig själva från klienterna. Även klienterna blev betydelsefulla för terapeuterna och det blev en ömsesidighet i relationen. Inom relationen riktade klienterna olika typer av nedvärderande kommentarer och ilska utbrott mot terapeuterna. Kommunikationen skedde verbalt, samt icke-verbalt via känslor och konkreta fysiska ageranden. Inom den känslomässiga kontakten upplevde terapeuterna ordens betydelse men också dess begränsningar. Stundtals kunde orden upplevas som tomma och utan kontakt med autentiska känslor. Terapeuterna kände kärlek och omvårdande känslor gentemot sina klienter och upplevde att det var ett privilegium att få

komma dem nära. På grund av relationens karaktär kunde det vara både skönt och svårt för terapeuterna att släppa taget om klienterna.

2. Hur hanterar terapeuterna sina egna reaktioner i relation till klienterna?

Terapeuterna upplevde många svåra känslor och fysiska tillstånd, vilket kunde vara slitsamt. De kunde bli känslomässigt avstängda och ifrågasätta sig själva. De hanterade sina svåra känslor genom att försöka uthärda att känna dem, utan att fly eller omedelbart agera. De försökte även förstå vad känslorna stod för, genom att sätta ord på dem och använda sig av teoretiska kunskaper. När orden upplevdes tomma hanterades det genom att söka efter bakomliggande känslor. Den stora betydelse terapeuterna fick i klienternas liv, samt terapeuternas omvårdande och kärleksfulla känslor inför klienterna, hanterades genom tydliga gränser för relationen; plats och tid för sessioner samt terapeutens roll var tydligt formulerade.

Resultatet kom att till stor del handla om vikten av kontakt: Terapeuternas kontakt med klienterna respektive med sig själva. Relationen mellan terapeut och klient präglades av en stark känslomässig kontakt där en anknytning växte fram. Kontakten mellan kropp och ord var ett annat tema: Förutom kontakt med sina kroppsliga upplevelser var det också viktigt för terapeuterna att vara i känslomässig kontakt med de ord de yttrade, samt att uppmärksamma om klienten inte hade en genuin känslomässig kontakt med sina ord.

Kontakt med kontaktlösheten. Ett tema i studien är känslomässig dubbelhet, där terapeuterna upplevde en pendling mellan kontakt respektive kontaktlöshet med klienterna och sig själva. Kontaktlösheten kan förstås utifrån att klienterna hade ett anknytningstrauma och att de därför lärt sig att avaktivera sitt anknytningssystem, det vill säga sitt behov av kontakt och närhet (Wennerberg, 2010). Samtidigt finns behovet av anknytning hos alla människor och det aktiveras i terapisituationen (Broberg m fl., 2008). Terapeuterna beskrev att de kunde behöva hjälpa klienterna att ta kontakt och vara kvar i en känslomässig kontakt. Att terapeuterna stundtals upplevde en avstängdhet hos sig själva och klienterna kan även förstås som att de hamnade i dissociativa tillstånd till följd av klientens anknytningstrauma. Dessa dissociativa tillstånd präglas av mental frånvaro, försjunknenhet, depersonalisering och derealisation (Wennerberg, 2010). Richard (2012) beskriver, i likhet med terapeuterna i denna studie, att hon i arbetet med en anknytningstraumatiserad klient själv ibland dissocierade och blev avstängd. Samtidigt som dessa tillstånd innebär en avstängdhet betonade terapeuterna i denna studie att de kunde behöva möta klienten i svåra upplevelser av icke-kontakt och

tomhet för att vara nära det som klienten upplevde. En känslomässig närvaro kan således också handla om att vara närvarande i upplevelserna av icke-kontakt. Richard (2012) beskriver det som att hon "hittade sig själv" i den tomma upplevelsen, genom att känna igen den från sitt eget förflutna, och därigenom kunde existera i klientens tillstånd av "icke-existerande". Genom terapeutens upplevelse kan klienten så bli hjälpt att hitta sig själv (Richard, 2012).

Att uthärda känslostormen är ett annat huvudtema som framträdde i denna studie. Terapeuterna beskrev både stunder då de uthärdade genom att fly eller stänga av, samt stunder då de närvarande stod ut i djupt smärtsamma upplevelser, till exempel i upplevelser av förlamning. Richard (2012) skiljer på att uthärda genom att "bryta kontakten", det vill säga dissociera från upplevelsen, samt att uthärda genom att vara kvar i kontakt, det vill säga vara närvarande och medkännande i det en upplever. Liotti (2014) menar att terapeuten behöver dela klientens tillstånd av maktlöshet. På så vis får klienten en korrektiv relationell erfarenhet och resurser att hantera sin känsla. Klienten är då inte, som under uppväxten, ensam i sin upplevelse (Liotti, 2014).

Vi kan inte uttala oss om huruvida terapeuterna i denna studie har upplevt sekundär traumatisk stress, vikarierande traumatisering och/eller posttraumatisk utveckling, men det är inte otänkbart. Däremot uppgav terapeuterna, i likhet med Hunters (2012) forskning, att terapiprocessen kunde vara slitsam och att de kunde bli trötta. En terapeut i denna studie berättade att hon blivit modigare med sig själv i möten med andra människor utifrån sin upplevelse med klienten. Denna upplevelse beskrevs av den terapeut som hade minst erfarenhet i terapeutrollen.

Terapeuterna som omvårdare. Resultatet i denna studie visar att respektive terapeut blev en viktig person för sin klient. De tog stort ansvar och fanns där för klienten, vilket innebar att en tillit kunde växa fram i relationen. Terapeuterna beskrev ett slags band till sina klienter, som de upplevde fysiskt påtagligt. Detta kan liknas vid det psykologiska band som under spädbarnsåren växer fram mellan barn och förälder (Broberg m fl., 2008). Allen (2013) menar att psykoterapi med personer med anknytningstrauma innebär att skapa en kontext av trygghet, där terapeuten blir en genuin anknytningsperson för klienten.

Det har skrivits mycket om att klientens anknytningssystem aktiveras gentemot terapeuten i psykoterapi. Det krävs dock två personer för att skapa en anknytningsrelation (Allen, 2013). Något som framkom tydligt i denna studie var att även den andra parten i anknytningsrelationen, det vill säga terapeuterna, gjorde ett aktivt arbete och blev påverkade.

De kände omsorg, kärlek och ett ansvar för klienterna, samt blev berörda av dem. De var också aktiva i att ta kontakt och närma sig klienterna. De intog en slags föräldraroll där de var förstående och uthärdade att klienterna var besvärliga. Perris (1996) betonar just terapeutens aktiva medverkan för att bli en trygg bas för sina klienter.

Inom ramen för den terapeutiska relationen erbjöd alltså terapeuterna ett omfattande stöd, en närhet och de gav klienterna sin fulla uppmärksamhet. Begreppet *bindning* har används för att beskriva den emotionella upptagenhet som växer hos föräldrar gentemot deras små barn. Bindningen innehåller inte samma aspekt av att bli skyddad som anknytningen. Den innebär istället ett erbjudande om att finnas där för att ta hand om den andre (Broberg m fl., 2006). Tillgiven bindning hos anknytningspersonen ger goda förutsättningar för trygghet i relationen (Perris, 1996).

Den ordlösa aspekten av känslomässig kontakt visade sig vara central för terapeuterna i relation till de anknytningstraumatiserade klienterna. Detta är spännande eftersom anknytningen mellan litet barn och förälder sker bortom orden, då spädbarn ännu inte har ett utvecklat språk. Allen (2013) menar att relationen mellan vårdnadshavare och hjälplöst spädbarn är förebildande för vårt fungerande i alla intima relationer, vilket förefaller tydligt vid relationerna inom terapiprocesserna vi undersökt. Terapeuterna i denna studie berättade även om inre bilder av att klienten var som ett litet barn eller en bebis framför dem, samt om stunder av intensiv ögonkontakt med klienterna. Terapeuterna beskrev explicit vissa upplevelser som ordlösa, och ibland fick de kämpa med att leta efter ord. Vid ett tillfälle under intervjun visade en av terapeuterna med kroppen hur hon vaggade ett litet barn. Beteendet att vaggas ett litet barn som är ledset anses biologiskt betingat, och sker när omvårdnadssystemet aktiveras (Broberg m fl., 2006). Terapeuterna vittnade om att det väcktes omvårdande eller ömmande känslor hos dem vid en del tillfällen då klienterna gråtit eller lockat dem till att le. Även detta liknar anknytningen mellan en förälder och ett spädbarn. Spädbarnet aktiverar anknytningspersonens omvårdningsbeteenden genom till exempel leenden och gråt (Broberg m fl., 2006).

Terapeuterna erfor en närhet till klienterna där gränserna dem emellan blev otydliga. Till exempel beskrevs upplevelser av att inte veta vilka känslor som tillhörde vem. Detta kan liknas vid hur relationen mellan föräldern och det lilla barnet i början är mycket nära, då barnet i början har behov av en förälders ständiga uppmärksamhet för att kunna reglera sina affektiva upplevelser (Wennerberg, 2010). Det sker en utveckling av föräldrarollen i takt med att barnet når ökad förmåga att ta hand om sin emotionella reglering själv (Broberg m fl.,

2006). Resultatet i vår studie visar att den i psykisk närhet gränsöverskridande relationen mellan klient och terapeut efterhand blev mer separerad. Klienterna fick även med ökad förmåga ta mer eget ansvar. Broberg m fl. (2006) anger att det i föräldrarnas omvårdnad krävs flexibilitet och lyhördhet gentemot barnet, då behoven förändras över tid.

Terapeuterna berättade om positiva upplevelser av glädje, kärlek, kontakt och betydelse. I likhet med terapeuterna i studierna av Hunter (2012) och Råbu m fl. (2015) upplevde terapeuterna i denna studie att det var ett privilegium att få vara med i processen och komma klienten nära.

Då terapierna avslutades behövde terapeuterna släppa taget om klienterna. Att de på olika sätt fick jobba med detta tyder på att de hade en bindning till klienterna. Terapeuterna fanns där för klienterna, och fortsatte att finnas där om klienterna skulle behöva dem igen, men det ingick också i terapiprocessen att som terapeut bli lämnad. Furman (1982) citerar sin lärare Anna Freud: "A mother's job is to be there to be left" (Furman, 1982, s.15).

Kropp med ord ger ord med kropp. Det framkom i resultatet att det fanns en relation mellan ord och kropp. Det var viktigt för terapeuterna med en teoretisk och verbal förståelse av relationen och sig själv, men också med en emotionell förståelse. Det var även viktigt att dessa två typer av förståelser hörde samman; att kroppen fick ord och orden fick kropp. Resultatet knyter an till Matthis (2010) som menar att det krävs en kroppslig förankring för att sätta ord på en ny tanke, annars sker ingen förändring. Orden helar således inte om inte kroppen blir berörd av dem, orden måste kännas i kroppen. Terapeuterna i denna studie upplevde att det var ett ständigt pågående arbete att söka ord för händelser och känslor. I likhet med Eliacheff (1994) som menar att orden ska vara knutna till kroppen, det vill säga de ska inte vara pladder, var det viktigt för terapeuterna i denna studie att orden bar verklig mening och hade koppling till känslor. Terapeuterna kunde dock uppleva att klienternas ord saknade koppling till deras inre tillstånd, men de kom i kontakt med klienternas inre bakom språket via känslor de kände i sin egen kropp. Att klienters upplevelser kan domineras av tunga känslor som inte uttrycks i ord, skriver även Killingmo och Gullestad (2011). Killingmo och Gullestad (2011) menar också att de ord terapeuten säger måste aktivera patientens *affektiva självrepresentation*, det vill säga den i stunden närvarande inre upplevelsen av sig själv, annars kommer inte patienten bli berörd av terapeuternas ord. Några av terapeuterna i studien vittnade om just detta, att de via känslor i sin egen kropp försökte uppfatta, nå och tala med klienten på nivån för dennes inre upplevelser. När de inte lyckades med detta gick orden alltså över huvudet på klienten, det vill säga inte in i klientens kropp. Som Allen (2013)

beskriver är en nyckelfaktor i terapi vid trauma att klienten känner sig förstådd. För att kunna förstå klienten behöver terapeuten känna empati och kunna leva sig in i klientens upplevelser, positiva såväl som negativa (Bartoskova, 2015).

Metoddiskussion

Validitet. Hur nära det fenomen vi avsåg undersöka har vi lyckats komma? Det vill säga, hur väl speglar våra resultat terapeuternas upplevelser? Vi var intresserade av hela terapiprocessen och behövde därför be terapeuterna tala om redan avslutade terapier, vilket innebar att vi också blev beroende av terapeuternas minne. En påtaglig svårighet är att terapeuterna närmade sig fenomenet som undersöktes retrospektivt, då minnet av upplevelser förändras med tiden. Trots att vi var noga med att poängtera att terapeuterna skulle välja att berätta om en terapi de mindes väl, är det rimligt att anta att bitar av upplevelsen glömts bort eller modifierats. Samtidigt kan det vara svårt att tala om något medan det pågår, eftersom helhetsperspektivet ännu saknas (Alvesson & Sköldberg, 2008). Även om minnet förändras är dock upplevelsen fortfarande sann så som den förmedlades vid tillfället för intervjun. Inför kommande studier med liknande upplägg kan det vara en idé att be terapeuterna läsa igenom sina journalanteckningar innan intervjun, för att på så vis väcka ännu fler minnen till liv.

Under studiens genomförande har vi försökt förhålla oss till vår förförståelse på ett sådant sätt att den inte skulle förhindra en öppenhet för terapeuternas upplevelser. Detta gjorde vi genom att medvetandegöra den, att löpande under arbetet diskutera hur den kan ha påverkat vår förståelse samt att inte ställa ledande frågor under intervjuerna. Det var en utmaning att försöka ha distans till våra egna tidigare erfarenheter och lyssna med "öppna öron". Eftersom vi på förhand var välbekanta med många psykologiska termer har detta troligen gjort att vi inte alltid frågat vidare för att nå bortom teoretiska begrepp till deras upplevelse. Samtidigt har vi haft en handledare som inte är psykolog som har hjälpt oss att analysera vad deltagarna menade bortom teoretiska begrepp. Vi kunde i slutändan konstatera att vi var förvånade över vissa resultat. Vi hade inte räknat med att upplevelserna skulle ha så pass mycket fokus på kontakt och kontaktlöshet (huvudtemat känslomässig dubbelhet) samt hamna i det ordlösa (undertemana ord utan kropp och kropp utan ord) på det sätt de gjorde. Det visar på en öppenhet för att ta emot material som inte ingick i vår förförståelse. Genom att förhållandevis många citat inkluderats i resultatdelen kan även läsaren göra en egen bedömning av de tolkningar som görs.

Generaliserbarhet och reliabilitet. Studiens resultat kan inte generaliseras till andra terapeuter eller andra terapiprocesser, men det var inte heller avsikten. Syftet med IPA är inte att generalisera, utan att fokusera på individuella upplevelser (Willig, 2003). Vi har eftersträvat en noggrann och transparent dokumentation av hur vi gått till väga och varför, för att så stärka tillförlitligheten i resultaten (Willig, 2003). För att stärka reliabiliteten analyserades även studiens data först enskilt, och därefter jämfördes analyserna.

Terapeuternas upplevelser var givetvis färgade av de teorier de läst. Därför kan kopplingar mellan de teman vi fann och teorier som finns blivit förstärkta, då terapeuterna kan ha haft teorierna som filter för sin upplevelse. Dock anser vi att terapeuterna i de flesta fall inte använde ett språk mättat med teoretiska begrepp utan sökte förklara med andra ord, och bitvis var det svårt för dem att sätta ord på vad de upplevt.

Framtida forskning

Deltagarna i denna studie hade överlag lång erfarenhet som terapeuter. De ansåg att erfarenheten hjälpte dem att hantera utmaningarna i arbetet. Det vore därför spännande att undersöka hur nyutbildade terapeuter upplever terapiprocessen med anknytningstraumatiserade klienter. Alla terapiprocesser som ingick i denna studie beskrevs som lyckade. Framtida forskning skulle därför kunna undersöka terapiprocesser som upplevts misslyckade. Det vore även intressant för framtida forskning att undersöka vad som gör att vissa terapeuter blir traumatiska av sitt arbete medan andra upplever en positiv utveckling, något som inte varit fokus i denna studie.

Då det visade sig att terapeuterna ofta talade om sina klienter som om de vore deras barn, och det föreföll påtagligt att deras omvårdnadssystem blivit aktivt i relation till klienterna, skulle det vara intressant att jämföra hur föräldrar talar om sina små barn med hur terapeuter talar om anknytningstraumatiserade klienter de fått en bindning till. Hur mycket och på vilka sätt liknar dessa anknytningsrelationer varandra?

För att få ytterligare perspektiv på terapiprocessen och vad som händer i terapirummet vore det också intressant att jämföra terapeuters upplevelser av psykoterapiprocessen med anknytningstraumatiserade klienters upplevelser av densamma.

Referenser

- Allen, J. G. (2013). *Restoring mentalizing in attachment relationships: Treating trauma with plain old therapy*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Alvesson, M. & Sköldböck, K. (2008). *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.) Arlington, Va.: American Psychiatric Association.
- Bartoskova, L. (2015). Research into post-traumatic growth in therapists: A critical literature review. *Counselling Psychology Review*, 30(3), 57-68.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bowlby, J. (2010). *En trygg bas: kliniska tillämpningar av anknytningsteorin*. Stockholm: Natur & kultur.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T. & Risholm Mothander, P. (2008). *Anknytning i praktiken: tillämpningar av anknytningsteorin*. Stockholm: Natur & kultur.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T. & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori: betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur & kultur.
- Cohen, K., & Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A metanalysis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 5(6), 570-580.
- Connors, M. E. (1997). Need and responsiveness in the treatment of a severely traumatized patient: A relational perspective. *American Journal of Psychotherapy*, 51(1), 86-101.
- Eliacheff, C. (1994). *På kroppen och på skriket: Psykoanalys med små barn*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Finlay, L. (2009). Debating Phenomenological Research Methods. *Phenomenology & Practice*, 3(1), 6-25.
- Fonagy, P. (2007). *Anknytningsteori och psykoanalys*. Stockholm: Liber.
- Fonagy, Gergely & Target. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3/4), 288-328.

- Furman, E. (1982). Mothers have to be there to be left. I A. J. Solnit, R. S. Eissler, A. Freud, & P. B. Neubauer (Red.). *The psychoanalytic study of the child: volume 37* (ss. 15-28). New York: International University Press.
- Hunter, S. V. (2012). Walking in sacred spaces in the therapeutic bond: Therapists' experiences of compassion satisfaction coupled with the potential for vicarious traumatization. *Family Process, 51*(2), 179-192.
- Jeffries, F. W., & Davis, P. (2013). What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? A review. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy, 41*(3), 290-300.
doi:10.1017/S1352465812000793
- Killingmo, B. & Gullestad, S. E. (2011). *Undertexten - psykoanalytisk terapi i praktiken*. Stockholm: Liber.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Liotti, G. (2014). Overcoming powerlessness in the clinical exchange with traumatized patients. *Psychoanalytic Inquiry, 34*(4), 322-336.
- Matthis, I. (2010). *Den tänkande kroppen Studier i det hysteriska symptomet*. Stockholm: Natur & kultur.
- McDougall, J. (2002). *Kroppens teatrar: Psykosomatiska sjukdomar i ett psykoanalytiskt perspektiv*. Stockholm: Natur & kultur.
- Moltu, C., & Binder, P. (2014). Skilled therapists' experiences of how they contributed to constructive change in difficult therapies: A qualitative study. *Counselling & Psychotherapy Research, 14*(2), 128-137.
- Moltu, C., Binder, P., & Stige, B. (2012). Collaborating with the client: Skilled psychotherapists' experiences of the client's agency as a premise for their own contribution in difficult therapies ending well. *Journal Of Psychotherapy Integration, 22*(2), 85-108.
- Nemeroff, C. B., Heim, C. M., Thase, M. E., Klein, D. N., Rush, A. J., Schatzberg, A. F., & ... Keller, M. B. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 100*(24), 14293-14296.
- Perris, C. (1996). *Ett band för livet*. Stockholm: Natur & kultur.

- Richard, A. (2012). The wounded healer: Can we do better than survive as therapist? *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 7(1), 131-138.
- Råbu, M., McLeod, J., Moltu, C., & Binder, P. (2015). How does practicing psychotherapy affect the personal life of the therapist? A qualitative inquiry of senior therapists' experiences. *Psychotherapy Research*, 13ss. doi:10.1080/10503307.2015.1065354
- Tassie, A. K. (2015). Vicarious resilience from attachment trauma: reflections of long-term therapy with marginalized young people. *Journal of Social Work Practice*, 29(2), 191-204.
- Wang, D. C., Strosky, D., & Fletes, A. (2014). Secondary and vicarious trauma: Implications for faith and clinical practice. *Journal of Psychology & Christianity*, 33(3), 281-286.
- Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer: Om anknytning, trauma och dissociation*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3:e Rev. uppl.). NY: Open University Press.
- Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2015). Annual research review: Attachment disorders in early childhood - clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 56(3), 207-222.

Bilaga 1 – Informationsbrev



LUNDS
UNIVERSITET

Informationsbrev

Hej!

Vi är två psykologstudenter, Malin Nygren och Petronella Eriksson, vid Lunds Universitet som under höstterminen 2015 skriver vår examensuppsats. Vi söker dig som arbetar med psykodynamiskt orienterad terapi och har erfarenhet av arbete med anknytningstraumatiserade klienter.

Vårt syfte med uppsatsen är att undersöka terapeuters upplevelse av den terapeutiska processen med anknytningstraumatiserade klienter. Detta fokus har vi valt då vi tänker oss att det är en utmanande klientgrupp där arbetet med relationen mellan klient och terapeut är central och känslomässigt engagerande.

Intervjun beräknas ta ca en timme och äga rum under september och oktober, på en tid och plats som passar dig. Deltagandet är helt frivilligt och du kan välja att inte svara på alla frågor. Samtalet spelas in och transkriberas och det är bara vi som kommer att ha tillgång till ljudinspelningarna. Allt transkriberat material och eventuella citat i uppsatsen kommer att aidentifieras.

Om du är intresserad av att delta, eller vill ha mer information, är du varmt välkommen att höra av dig till oss!

Vänliga hälsningar

Malin Nygren

Petronella Eriksson

Bilaga 2 – Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Bakgrundsinfo

- Ålder? – Utbildning? – Hur länge har du arbetat med psykoterapi?
- Hur vanligt är det att du har terapi med anknytningstraumatiserade patienter?

Vårt syfte med denna intervju är att ta del av dina upplevelser av terapiprocessen tillsammans med en anknytningstraumatiserad klient. För att få bättre kvalitet på intervjun är det bra om du har tydliga minnesbilder, alltså vill vi be dig tänka på en terapi med en specifik klient. Det är inte detaljerad information om din klient som vi är intresserad av, utan fokus ligger på din upplevelse. Välj en klient som du minns väl och vars terapi är avslutad. Det är bra om terapin varade under en längre tid.

- Hur lång tid varade er kontakt?

1. INLEDNING AV TERAPIN

- a) Hur upplevde du relationen till klienten i början?
- b) När (gick det upp för dig) insåg du att det rörde sig om ett anknytningstrauma? Påverkade det ditt förhållningssätt på något sätt? Hur då?

2. BRYTPUNKTER I TERAPIN

- a) Finns det några brytpunkter eller särskilt viktiga händelser i terapin som du kan berätta om?
 1. När det uppstod brott i relationen, hur hände det och hur hanterade du det?
- b) Vad var mest utmanande?
- c) Vad var hjälpsamt i relation till klienten?

3. EGNA REAKTIONER

- a) Vilka reaktioner väckte klienten hos dig?
- b) Kan du berätta om något tillfälle då du reagerade starkt?
- c) Hur hanterade du dina egna reaktioner?

4. FÖRÄNDRAT EGET FÖRHÅLLNINGSSÄTT

- a) Förändrades ditt sätt att jobba under processens gång? Hur?
- b) Förändrades du själv som person under processens gång? Hur?
- c) Känner du att du lärde dig något nytt genom arbetet med den här klienten?
- d) Har erfarenheterna med den här klienten påverkat ditt fortsatta arbete?

5. AVSLUTNING AV TERAPIN

- a) Hur var det för dig att avsluta terapin?