



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

**Vishet från visamhet - en fenomenologisk
studie av dyadisk affektreglering och dess
implikationer för psykoterapi**

Pär Bergström & Oscar Widinghoff
Psykologexamensuppsats. 2018

Handledare: Lars-Gunnar Lundh
Examinator: Per Johnsson

Sammanfattning

I denna studie intervjuades sex AEDP-terapeuter med syfte att undersöka deras erfarenheter och upplevelser rörande *dyadisk affektreglering*. Intervjuerna analyserades enligt Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), vilket genererade två huvudteman och nio underteman. Analysen visade att dyaden upplevs som något substantiellt och påtagligt, samt visade på de olika sätt som terapeuterna jobbar med affektregleringen inom ramen för en dyadisk relation. Sammanfattningsvis handlar de olika teknikerna och förhållningssätten mycket om närvaro och medvetenhet, kroppen som både utgångspunkt och ingångspunkt, stabilitet och pålitlighet, följsamhet och synkronisering, intimitet och värme samt, slutligen, mod och vilja att vara känslomässigt nära. Resultaten diskuteras i relation till modern forskning inom olika fält som embodiment, intersubjektiv psykoanalys och anknytningsteori.

Nyckelord: AEDP, Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy, dyadisk affektreglering, emotionsreglering, IPA, Interpretative Phenomenological Analysis, terapeuters erfarenheter.

Abstract

Six interviews were conducted with AEDP-therapists with the purpose of examining their experiences concerning dyadic affect regulation. The transcripts were analyzed with Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) and two main themes and nine sub-themes emerged. The first main theme concerns the dyad as a substantial and palpable experience, how this influenced the therapeutic endeavor, and obstacles and means of how to establish the dyadic relationship. The second main theme accounts for the various methods and approaches employed by the therapists for the purpose of affect regulation within the dyad. In summary these largely concern presence and awareness, the body as a fundamental point of departure, reliability and dependability, sensitivity and synchronization, intimacy and warmth and, finally, courage and intention to be and stay emotionally close. The results are discussed in relation to modern research in different fields such as intersubjectivity, embodiment, attachment theory and more.

Keywords: AEDP, Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy, dyadic affect regulation, emotion regulation, IPA, Interpretative Phenomenological Analysis, therapists' experience.

Tack!

Ett stort tack till våra nära och kära, särskilt till Emma och Elisabet, för uppmuntran, stöd och tålamod längs vägen. Vi vill även tacka vår handledare, professor Lars-Gunnar Lundh, som med sin skarpa blick stöttat oss med kloka råd och uppmuntran. Avslutningsvis vill vi rikta ett stort tack mot terapeuterna vi intervjuade, som med öppenhet och värme delade med sig av sina erfarenheter och sin kunskap. Utan er alla hade denna uppsats inte varit möjlig!

Innehållsförteckning

Inledning	8
Affektregleringsteori.....	9
Affektreglering inom psykoterapiforskning.....	9
Affektreglering ur ett kliniskt perspektiv	10
Affektreglering inom AEDP	12
Dyadisk affektreglering	13
Dyadisk affektreglering och alteromatisk affektreglering.....	13
Fördyadisk och dyadisk affektreglering	14
Dyadisk affektreglering som förutsättning för affektiv självreglering.....	15
Dyadisk affektreglering inom intersubjektiv psykoanalys	16
AEDP	17
Bakgrund	17
Transformationsteori.	18
Fenomenologi.....	19
Affekter.	19
Terapeutens hållning.	21
Syfte och frågeställningar	22
Metod	22
Val av metod.....	22
Vetenskapsteoretiska utgångspunkter.....	23
Ontologi.....	23
Epistemologi.....	23
Förförståelse	25
Deltagare.....	26
Urval.....	26
Beskrivning av deltagare	26
Datainsamling	26
Material	26
Intervjuer	26
Transkribering	27

Analys	27
Etik	28
Informerat samtycke.....	28
Konfidentialitet.....	29
Konsekvenser	29
Forskarens roll	29
Resultat	29
Dyaden som ömsesidig och påtaglig erfarenhet	30
Ensamhetens dynamik.....	31
Skapa en dyad.....	32
Dyaden förkroppsligad.....	35
Dyadens olika kvalitéer.....	37
Affektregleringen inom dyaden.....	39
Grunda och synkronisera.....	39
Ställa själv och kropp till förfogande	43
Stämma av och finreglera.....	50
Stanna kvar här och nu.....	52
Öppenhet och intimitet.....	54
Diskussion	58
Förförståelse.....	58
Resultatdiskussion	59
Dyaden som ömsesidig och påtaglig erfarenhet.....	59
Ensamhetens dynamik.....	60
Skapa en dyad.....	61
Dyaden förkroppsligad.....	62
Dyadens olika kvalitéer.....	63
Affektregleringen inom dyaden.....	64
Grunda och synkronisera.....	64
Ställa själv och kropp till förfogande.....	65
Stämma av och finreglera.....	66
Stanna kvar här och nu.....	67

Öppenhet och intimitet	68
Styrkor och svagheter.	69
Slutsats.	71
Referenser	73
Bilaga 1 – Intervjuguide	80
Bilaga 2 – Informationsbrev	81

Inledning

Affektreglering är ett hett ämne inom psykoterapiforskning. Parallellt har affekter hamnat i förgrunden i många moderna teoretiska ansatser att förstå det mänskliga psyket och mänskligt relaterande (Fosha, Siegel & Solomon, 2009). På senare tid har det också skett en konvergens och korsbefrukning mellan vissa forskningsfält och terapeutiska inriktningar, bland annat mellan anknytningsteori, affektiv neurovetenskap och vissa psykodynamiska terapiformer (Fosha et al., 2009; Schore & Schore, 2008). Vissa menar att denna utveckling har fört med sig ett förnyat intresse för det omedvetna på ett sätt liknande hur det ursprungligen artikulerades av Freud, även om den moderna uppskattningen av omedvetna, implicita, processer är långt mer empiriskt rotad (Schore, 2012). Ett begrepp med central relevans för ovan nämnda utveckling och som ligger i skärningspunkten mellan mänskligt relaterande, implicita eller icke-medvetna processer, affekter och effektreglering är *dyadisk effektreglering*. Dyadisk effektreglering har tillskrivits en särskild terapeutisk relevans inom vissa terapiformer, och möjligen allra mest framträdande så inom Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy (AEDP) (Fosha, 2000).

I denna studie har vi genom intervjuer undersökt terapeuters erfarenheter av att jobba med AEDP, i syfte att komma åt den dyadiska effektregleringen och få en bild av hur processer relaterade till den dyadiska effektregleringen upplevs i den kliniska vardagen, samt hur ett sådant fokus formar det terapeutiska arbetet och terapeuternas förståelse av psykoterapi. Vår ambition är alltså att vår studie ska ge en inblick i psykoterapeutiskt arbete under de förutsättningar då det kan tänkas vara som mest dyadiskt reglerat.

Forskningsfältet som studien placerar sig i, dyadisk effektreglering inom psykoterapi, är förhållandevis utforskat empiriskt sett. En del kvalitativ forskning har gjorts som undersöker terapeuters upplevelser. Exempelvis har Elizabeth Schoettle (2009) undersökt den dyadiska processen från terapeutens perspektiv, med fokus på terapeutens upplevelse när patienten befinner sig i tre olika och disparata upplevelsemässiga tillstånd beskrivna i litteratur runt AEDP (Fosha & Prenz, 2017). Det centrala fyndet i studien var att terapeuterna konsistent rapporterade upplevelser som liknade det patienterna upplevde och att detta stämde för samtliga tre upplevelsemässiga tillstånd. Studien ger en aning om i vilken mån den terapeutiska processen är dyadiskt reglerad och hur pass betingad terapeutens upplevelse är av patientens och vice versa.

Inledningsvis följer ett avsnitt som redogör för effektregleringsteori i stort och därefter ett avsnitt med fokus på dyadisk effektreglering. Detta för att läsaren ska få en inblick i

forskningsfältet och få en bild av hur de olika typerna av affektreglering förhåller sig till varandra forskningsmässigt och begreppsmässigt. Avslutningsvis följer ett avsnitt om AEDP, med särskilt fokus på att ge läsaren en tydligare bild av likheter och skillnader mellan andra terapiformer, samt ge en inblick i den terapiform terapeuterna praktiserar.

Affektregleringsteori

I denna del presenteras först en kortare definition av affekter, emotioner och känslor. Sedan följer ett avsnitt om hur affektreglering definieras inom psykoterapiforskning och en del om hur affektreglering används i det kliniska arbetet. Avslutningsvis följer ett avsnitt om hur AEDP förhåller sig till de beskrivna teorierna om affektreglering.

Det är nästintill omöjligt att definiera vad känslor är, då de innefattar en rad olika processer så som förnimmelser, kroppsliga reaktioner, beteendereaktioner och tankar (Rottenberg & Gross, 2007). Det är även svårt att definiera vad skillnaderna är mellan affekter, emotioner och känslor. En definition är att affekter ses som mer biologiska instinktiva kroppsliga reaktioner som utlöses i vissa situationer, emotioner är mer biografiska och sammansatta av flera nivåer kopplade till situationer och minnen, medan känslor handlar om en subjektiv beskrivning av en upplevelse (Sonnby-Borgström, 2005).

Vi har dock valt att inte göra någon språklig skillnad mellan affekter, emotioner och känslor i denna studie utan istället valt att följa det språkbruk som finns inom AEDP. Inom AEDP görs ingen distinktion mellan just affekt och emotion, utan där används istället flera egna termer för att beskriva affekter (Fosha, 2000). En del av dessa begrepp kommer redogöras för under avsnittet om AEDP.

Affektreglering inom psykoterapiforskning. Det vanligaste sättet att beskriva affektreglering är att ha som mål i terapin, implicit eller explicit, att försöka påverka de affektiva processerna. Det kan vara att reglera upp en affekt, reglera ner en affekt eller att medvetet vara kvar i en affekt (Gross, Sheppes & Urry, 2011; Thomson, 1994). Det är däremot väldigt svårt att definiera vad affektreglering är mer i detalj, då det rör sig om olika processer på olika nivåer. Inom terapiforskning har det dock gjorts försök att sammanställa alla dessa processer till mer övergripande modeller för att på så sätt integrera och utveckla forskningen inom området (Rottenberg & Gross, 2007).

En viktig modell är den som James J. Gross utvecklat och som utgår från att det finns tre gemensamma faktorer i en adaptiv affektreglering, nämligen medvetenhet, mål och strategier. I

Gross modell så beskrivs affektreglering som en process, från tidiga strategier där man mer förebygger aktivering till sena strategier med reglering av befintlig affekt. I denna processmodell definieras fem strategier; situationsselektion, situationsmodifiering, selektiv uppmärksamhet, kognitiv omstrukturering och responsmodifiering. (Gross & Jazaieri, 2014; Gross & Thompson, 2007; Sheppes, Suri & Gross, 2015).

En annan modell som har gott stöd i forskning är utvecklad av Lizabeth Roemer och Kim L. Gratz och är en mer integrativ modell som definierar affektreglering mer utifrån adaptiva funktioner. Deras multidimensionella modell fokuserar på fyra olika funktionsområden; medvetenhet, förståelse och acceptans av affekter, förmåga att kontrollera beteenden under stark känslomässig stress, tillgång till adaptiva och flexibla regleringsstrategier samt förmåga att uppleva känslomässigt obehag för att uppnå meningsfulla aktiviteter i livet (Gratz & Roemer, 2004).

Det finns många likheter mellan dessa modeller, men de har olika utgångspunkter. Den första modellen ser affektreglering mer som en process där olika förmågor behöver övas upp medan den andra ser affektreglering mer som en viktig del för att kunna leva i nära relationer och nå mål som är meningsfulla. Dessa skillnader i synsätt finns också på ett liknande sätt i hur affektreglering används i olika terapimetoder (Sloan et al., 2017).

Affektreglering ur ett kliniskt perspektiv. Inom klinisk verklighet har det visat sig vara viktigt att arbeta med maladaptiv affektreglering vid de flesta tillstånd, exempelvis depression, ångestsyndrom, posttraumatiskt stressyndrom och emotionell personlighetsstörning (Kring & Sloan, 2009; Sloan et al., 2017). Affektreglering definieras på olika sätt även inom olika terapiformer då affektreglering är ett område i stark förändring. Det tillkommer hela tiden ny kunskap, också från angränsade områden som anknytningsteori, intersubjektivitet, mentaliseringsteori och embodiment. (Blum, 2015; Fonagy, Gergely & Jurist, 2004; Schechter, 2017; Schore & Schore, 2008).

Många teoretiker och kliniker hämtar också inspiration från forskning kring emotioner inom neurovetenskap (Grecucci, Frederickson & Job, 2017). Det handlar om alltifrån forskning kring den polyvagala teorin kopplat till kroppens stresssystem och över- respektive underreglering av affekter, till studier av olika emotionella processer i hjärnan (Panksepp, 2003; Porges, 2011). Detta är forskning som relativt snabbt har överförs till klinisk verklighet, som exempelvis att arbeta med ett toleransfönster för att kunna reglera sin ångestnivå, se affektreglering utifrån ett

top-down eller ett bottom-up perspektiv eller att terapeuten kommunicerar på ett sätt som sätter terapeutens högra hjärnhalva i kontakt med patientens högra hjärnhalva; det vill säga en kontakt rotad i samstämda implicita processer medierade av höger hjärnhalva (Hill, 2015; Messina, Sambin, Beschoner & Viviani, 2016; Porges, 2011; Schore, 2011; Schore & Schore, 2014).

Framsteg inom emotions- och neurovetenskap har medfört att många nya terapimetoder har börjat arbeta mer medvetet med affektreglering (Kring & Sloan, 2009). Det finns många likheter i synen på affektreglering som att de är flera olika processer på olika nivåer, att det tar tid att förändra och att det kräver att terapeuten är följsam och möter patienten där den befinner sig (Greenberg, 2016). Det finns emellertid även stora skillnader i synen på hur man ska arbeta med affektreglering inom olika terapimetoder. Vi har valt att lyfta fram tre områden, dessa är erfarenhetsmässiga upplevelser och kognitiv omstrukturering, primärt och sekundärt affektregleringssystem samt individuell och dyadisk affektreglering.

Erfarenhetsmässiga interventioner och kognitiv omstrukturering. Grundtanken i de metoder som bygger på erfarenhetsmässiga interventioner är att patienten måste erfara affekter på nya och terapeutiska sätt i sin egen kropp. Det är därför viktigt för terapeuten hjälper till att uppmärksamma känslor, främja kroppsmedvetenhet kopplat till affekter och hjälpa till att sätta ord på olika affekter. Det är också viktigt för patienten att erfarenhetsmässigt lära sig skillnaden mellan olika typer av känslor och att känslor kan ha olika funktioner som exempelvis skillnaden mellan genuina känslor och känslor som försvar (Grecucci, Frederickson & Job, 2017). Schematerapi är ett exempel på en terapi med tydliga erfarenhetsmässiga inslag (Dadomo et al., 2016; Fassbinder, Schweiger, Martius, Brand-de Wilde & Arntz, 2016).

Den kognitiva omstruktureringen handlar om att hjälpa patienten upptäcka och förstå sina maladaptiva strategier för att öva sig på och ersätta dem med mer adaptiva strategier. De maladaptiva strategierna är exempelvis ältande, undertryckande och undvikande. Det kan handla både om externa och interna strategier. Ett externt undvikande kan till exempel vara att inte närma sig personer som kan ha en viss känslomässig påverkan och ett internt skulle kunna vara att undvika vissa tankar och minnen kopplade till affekter uppfattade som obehagliga. Mer adaptiva metoder kan vara omvärdering, problemlösning och acceptans (Moyal, Henik & Anholt, 2014; Sloan et al., 2017). Dialektisk beteendeterapi, DBT, är exempel på en terapimetod där fokus läggs på kognitiv omstrukturering och att hjälpa patienten att hitta nya strategier (Fassbinder et al., 2016).

Primär och sekundär affektreglering. Den primära affektregleringen beskrivs i Allan Schores regleringsteori och utgår ifrån omedvetna, snabba neurobiologiska affektiva processer (Schores, 2003a, 2003b, 2015). I det arbetet handlar det om att patienten ska känna trygghet för att våga närma sig grundaffekter och skaffa sig nya erfarenheter och tryggare inre arbetsmodeller. Arbetet handlar mycket om att reglera ned sekundära känslor som skam och rädsla genom att arbeta med tillit, trygghet och validering (Hill, 2015). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) är exempel på en terapi som arbetar mycket med fokus på det primära affektregleringssystemet (Grecucci, Recchia & Fredericson, 2017).

Det sekundära affektregleringssystemet som Peter Fonagy beskriver i sin mentaliseringsteori handlar mer om medvetna och långsamma kognitiva processer (Fonagy, Gergely & Jurist, 2004). I en terapi med ett sådant fokus används metoder som betonar förståelse av hur känslomönster hänger ihop, skapandet av nya narrativ eller psykoedukation om affekter. Det är framförallt viktigt att patienten lär sig känna igen sina egna och andras känslotillstånd och förstå betydelsen av dessa (Hill, 2015). Mentaliseringsbaserad terapi, MBT, är exempel på terapier där det sekundära affektregleringssystemet är i fokus (Allen & Fonagy, 2006).

Individuell och dyadisk affektreglering. Det finns många terapimetoder som utgår ifrån att affektreglering handlar om individuella strategier. Det innebär inte att omgivande faktorer inte måste integreras, men utgångspunkten är att affektreglering är en individuell förmåga som till stor del måste tränas individuellt (Koole, Van Dillen & Sheppes, 2011). Unified Protocol, UP, är ett exempel på en terapi som har sin utgångspunkt i individuell affektreglering (Fairholme, Boisseau, Ellard, Ehrenreich & Barlow, 2010).

Teorier som betonar dyadisk affektregleringen har som utgångspunkt att känslor i grunden är relationella. De menar att affekter skapas i förbindelser mellan två olika subjekt, och tjänar bland annat kommunikativa funktioner. Det går därför inte att förstå en patients känslomässiga reaktioner utan att sätta dem i ett interpersonellt sammanhang. Det innebär att arbetet med affektreglering hela tiden undersöks och utvecklas i relation till terapeuten (Tronick et al., 1998). Emotional Focused Therapy, EFT är exempel på en terapi där dyadisk affektreglering är en viktig del (Greenberg, 2014).

Affektreglering inom AEDP. Inom AEDP är affektreglering ett centralt område. Såsom det beskrivs av Fosha (2002) tar affektregleringen avstamp i flera olika affektiva processer vilket gör att passar bättre in i Roemer och Gratz multidimensionella modell som ser affektreglering

som något relationellt och meningsskapande. I det terapeutiska arbetet inom AEDP läggs fokus på att patienten ska få omdanande erfarenheter och upplevelser och inte på att lära sig nya kognitiva strategier. Det görs genom en transformativ process där arbetet med de primära processerna lyfts fram som särskilt viktiga, även om de sekundära processerna vävs in under processens gång (Fosha, 2000). Det som dock särskiljer AEDP mest ifrån andra terapimetoder är ett tydligt fokus på dyadisk affektreglering (Fosha, 2001, 2002).

Dyadisk affektreglering

Dyadisk affektreglering är ett återkommande begrepp i litteraturen runt AEDP (Fosha, 2000, 2001). Istället för att hjälpa patienten med affektiv självreglering genom olika verktyg och tekniker hamnar de affektiva processer som pågår mellan patient och terapeut i fokus. Även om allt slags samtalsterapeutiskt arbete kan sägas vara dyadiskt reglerat i någon mån, blir det särskilt påtagligt och relevant i AEDP, där dessa ömsesidiga regleringsprocesser ses som centrala förändringsagenter och följaktligen försöker nyttjas på ett maximalt terapeutiskt sätt (Fosha, 2001). Till exempel beskriver Fosha samtliga fem affektiva förändringsprocesser inom AEDP som dyadiskt reglerade och konstruerade (Fosha, 2002). Utifrån vår förståelse av dyadisk affektreglering verkar det vara ett begrepp som får stöd av och refererar till särskilda vetenskapliga fynd och idéströmningar inom flera olika forskningsfält. Längre ner i avsnittet följer en fördjupning i ett av dessa forskningsfält. Inledningsvis följer en begreppslik och filosofisk fördjupning runt begreppet dyadisk affektreglering och hur det förhåller sig till andra typer av affektregleringsvarianter.

Dyadisk affektreglering och alteromatisk affektreglering. Taipale (2016), i syfte att komma bort från bilden av att all affektreglering skulle vara satt i rörelse inifrån självet, differentierar mellan ”auto-matisk”, ”hetero-matisk” och ”altero-matisk” affektreglering. Automatisk affektreglering, som kan vara antingen aktiv eller passiv, kan exempelvis utgöras av att titta bort från ett obehagligt stimuli, som en skräckfilm, i syfte att påverka den egna affektiva upplevelsen. Den heteromatiska varianten syftar till de sätt som vi reglerar inre känslomässiga tillstånd genom manipulation av vår omgivande miljö, till exempel genom att sätta på lugn musik för att stressa ner. Den alteromatiska affektregleringen handlar om de sätt våra inre affektiva tillstånd förändras genom *den andres* subjektivitet, upplevelser, handlingar och intentioner. Ett exempel på alteromatisk affektreglering skulle kunna vara att prata med någon nära när man känner sig rädd eller stressad, i syfte att minska intensiteten i de negativa känslorna. I ett sådant

fall har den andres subjektiva tillstånd, handlingar och intentioner ett direkt inflytande på den egna känslomässiga upplevelsen, i samma mån som interaktionen följaktligen också blir alteromatiskt affektivt reglerad för den hjälpsökande individen. Syftet med uppdelningen och påföljande resonemang i artikeln är att komma bort från idén om att all affektreglering är initierad eller satt i rörelse inifrån (automatisk) och att andra eller omkringliggande miljö bara kan hjälpa eller assistera självets reglerande av sig själv. Ibland är den affektiva regleringen istället initierad från en källa utanför självet, och i vissa fall är det *den andre* som har det huvudsakliga inflytandet på självets känslomässiga upplevande. För att spetsa till sitt resonemang och adressera centrala utvecklingspsykologiska frågor vänder sig Taipale (2016) till de individer där den alteromatiska affektregleringen är som mest framträdande och central; spädbarn.

Fördyadisk och dyadisk affektreglering. Den alteromatiska affektregleringen delas upp i fördyadisk och dyadisk affektreglering i Taipales (2016) artikel. Ett tredje och sista utvecklingspsykologiskt stadie, ökande självreglering, omnämns också, men kommer inte fördjupas i detta avsnitt. Den fördyadiska affektregleringen börjar redan innan barnet har fötts och är den form av affektreglering som dominerar i den absoluta början av barnets liv, för att succesivt mer och mer ersättas av dyadisk affektreglering, som sedan mer och mer ersätts av affektiv självreglering. Taipale (2016) beskriver hur det mycket lilla barnet i huvudsak inte är kapabelt att differentiera mellan själv och andra i den fördyadiska utvecklingsfasen, åtminstone inte under de stunder då barnet är i behov utav tröst eller liknande, som exempelvis när det blir hungrigt eller ledset. Spädbarnets affektiva upplevelse blir istället subjektivt allrådande och övermannar fullständigt barnets upplevelsevärld. Den andre existerar för spädbarnet bara i den mån den på något sätt fungerar som ett bihang eller en funktion i relation till den egna känslomässiga upplevelsen.

Taipale (2016) lyfter i sin artikel att spädbarn typiskt sett studerats i vad som kallats "vaken inaktivitet", ett tillstånd där barnet med en slags neutral nyfikenhet utforskar världen och också har tillgång till en primitiv förmåga till självreglering, exempelvis att instinktivt titta bort från ett obehagligt stimuli, och andra basala kognitiva och uppmärksamhetsmässiga förmågor. Detta tillstånd befinner sig barnet dock inte i särskilt ofta. På grund av denna primitiva förmåga till självreglering i detta tillstånd av vaken inaktivitet har detta ofta generaliserats till en förhastad slutsats om att spädbarn har en allmän förmåga till självreglering som är utgångspunkten för all deras affektreglering, som de alltid har tillgång till. Taipale (2016) vill utmana denna bild och

menar att detta är ett felslut, då barnet i de flesta stunder saknar just denna förmåga, och att det då i det snaraste befinner sig i ett tillstånd av fullkomligt känslomässigt beroende gentemot sina vårdnadshavare. På så vis är det vårdnadshavarna som i absolut huvudsak håller i spakarna för barnets affektiva liv och upplevelse och fyller en slags externaliserad känslomässig regleringsfunktion för barnet.

Den dyadiska affektregleringen är betydligt mer relationell i den bemärkelse de flesta av oss förstår ordet, i den meningen att den bygger på en uppfattning, om än outvecklad, om ett själv och åtminstone en annan. Det lilla barnet befinner sig i stunder av dyadisk affektreglering i en slags primitiv intersubjektiv värld. I den dyadiska affektregleringen är spegling en central process, där barnets självförståelse, självkänsla, reflexiva distans och affektiva medvetenhet kan börja gry och växa genom att se sig själv reflekterad genom den andres respons, sociala initiativ och gensvar (Fosha et al., 2009). Den dyadiska affektregleringen bygger på reciprok uppmärksamhet och i hög utsträckning på ansikte-ansikte-kontakt. Den dyadiska affektregleringen kommer redogöras för mer ingående under avsnittet kring intersubjektiv psykoanalys.

Dyadisk affektreglering som förutsättning för affektiv självreglering. Vidare argumenterar Taipale (2016) för att en välutvecklad självreglering är något som i mycket hög grad bygger på *den andres reglering av de egna känslorna* och *det ömsesidiga reglerandet av de egna känslorna*, det vill säga den fördyadiska respektive dyadiska affektregleringen. Dessa erfarenheter internaliseras och förkroppsligas i och med att de bidrar till formandet av neurologiska strukturer centrala för affektiv självreglering. Sammantaget utmanas idén om affektiv självreglering som en grundläggande utgångspunkt för spädbarnets affektreglering. Den alteromatiska affektregleringen hamnar i förgrunden och får med detta en tillspetsad psykoterapeutisk relevans, då förmågan till känslomässig självreglering blir kraftigt eftersatt om den alteromatiska affektregleringen i tidiga livsskeden varit bristfällig. I tillägg till detta byggs regleringsförmågan upp successivt, där senare neurologiska strukturer är distinkta från men samtidigt bygger på och är beroende av mer grundläggande eller primitiva strukturer som etableras och arrangeras tidigt (Schore, 2003a, 2003b). För att använda tidigare introducerad terminologi kan man säga att den sekundära affektregleringen delvis bygger på den primära. Den primära affektregleringen bygger främst på strukturer i den högra hemisfären av hjärnan, medan den sekundära primärt på strukturer i den vänstra (Hill, 2015). Inom bland annat AEDP försöker

terapeuten skapa integration mellan dessa lateraliserade strukturer och funktioner genom att etablera en så kallad "höger hjärnhalva till höger hjärnhalva"-kontakt med patienten och varsamt föra in reflektiva interventioner parallellt. Denna typ av kontakt bygger i huvudsak på mimik, röstläge, rytm och hastighet i tal, kroppsspråk, beröring, blickkontakt och liknande icke-verbal kommunikation (Dales, 2008; Fosha et al., 2009).

Dyadisk affektreglering inom intersubjektiv psykoanalys. I våra försök att förstå dyadisk affektreglering har vi uppfattat flera viktiga forskningsfält inom vilket begreppet figurerar, bland annat anknytningsteori och affektiv neurovetenskap. Ett område som vi uppfattat lämpa sig väl som utgångspunkt för en introduktion till vår fenomenologiska studie är intersubjektiv psykoanalys, och särskilt de studier som där gjorts på spädbarn. I dessa studier har faktiska interaktioner detaljstuderats och mikroanalyserats, vilket skänkt ett djup åt de beskrivningar och teorier som producerats i anslutning till dessa. Detta passar väl till vår fenomenologiska ansats, som också intresserar sig för djupa och detaljerade beskrivningar.

Begreppet intersubjektivitet introducerades till psykodynamisk teoribildning av Atwood och Stolorow (1984). I artikeln formuleras den filosofiska grundstommen till intersubjektiv psykoanalys, som utgör ett förslag till en ny metateori för psykoanalys/psykodynamik. Sedan dess har en hel del forskning producerats inom området, där några stora namn är Daniel Stern, Thomas Ogden, Beatrice Beebe, Frank Lachmann, och Colwyn Trevarthen (Beebe & Lachmann, 1988, 1998; Ogden, 1994; Stern, 1985, 1998; Trevarthen, 2009).

Lachmann och Beebe har gjort mycket forskning där de på detaljnivå studerar interaktioner mellan spädbarn och deras vårdnadshavare (Beebe & Lachmann, 1988). Genom användande av filmkameror och annan teknik har de fått möjlighet att se och systematiskt studera subtila skiftningar och förändringar i ansikte-ansikte-interaktioner som annars är mycket svåra att urskilja (Beebe, 2014, 2017). I deras tidiga forskning visade de på hur samspelet i allra högsta grad är ömsesidigt och dyadiskt, och hur förälder och barn på ett gemensamt sätt påverkar och skapar interaktionen stund för stund. Något annat de kom fram till var att spädbarnets upplevelse var en produkt av bägge parter i dyaden, snarare än att det var en produkt av förälderns sätt att bemöta och bete sig mot barnet, och att denna process per analogi kan beskrivas som något av en dans (Beebe, 2014; Beebe & Lachmann, 1988, 1998). Barnets affektiva upplevelse är i princip fullkomligen en produkt av kvalitén i interaktionen, där centrala faktorer är synkronisering, blickkontakt, vårdnadshavarens receptivitet och responsivitet, affektiva läge och uttrycksmässiga

kongruens. Barnets känslomässiga upplevelse är på så vis dyadiskt skapad och reglerad, och känslornas valens har ett direkt samband med interaktionens kvalité, där upplevelser av synkronisering och affektiv matchning leder till positiva känslotillstånd och vice versa. Lachmann och Beebe (1988) lägger vidare fram hypoteser om att spädbarnet relationellt sätt befinner sig i en två-persons-värld, inom vilken spädbarnet kan uppfatta och interagera med en enskild annan på ett synkroniserat, aktivt skapande och reciprokt sätt. Sammanfattningsvis har Lachmann och Beebe hjälpt till att ändra bilden av spädbarnet från en passiv mottagare av omvårdnad till ett aktivt, socialt och skapande subjekt. Likaså har de belyst vikten av föräldrarnas besvarande av barnets försök och starka vilja till social interaktion för sund utveckling. Deras empiriska forskning skulle kunna sägas förkroppsliga de teoretiska principer som den intersubjektiva psykoanalysen postulerat, där subjektiva upplevelser och det mänskliga medvetandet inte kan förstås eller studeras i isolering utan alltid måste betraktas kontextuellt, relationellt och betingat (Beebe & Lachmann, 1988, 1998).

Ett annat välkänt forskningsparadigm inom spädbarnsforskningen är "still-face"-experimentet som Tronick ursprungligen utformat, där vårdnadshavaren instrueras att titta på sitt barn utan att röra en min i ett par minuter (Tronick, Adamson & Brazelton, 1975). Barnet blir, typiskt sett, kraftigt stressat av att föräldern inte svarar på barnets initiativ till kontakt och gör först allt det kan för att "få igång" föräldern, men vänder snart ansikte och kropp bort från föräldern och antar ett hopplöst och desperat ansiktsuttryck när detta inte ger något resultat. Vid denna punkt avbryts experimentet för att undvika att barnet tar skada. Resultaten från still-face-experimenten ger en uppfattning om de dyadiska interaktionernas massiva implikationer för barnets gryende själv, trygghet och relationella förmåga.

AEDP

Detta avsnitt kommer behandla AEDP. Fokus kommer att ligga på terapiformens teoretiska ramverk rörande transformationsteori, fenomenologi, affekter och terapeutens hållning.

Bakgrund. AEDP är en erfarenhetsbaserad psykodynamisk terapiform och kan därför inordnas under paraplybegreppet Experiential Dynamic Therapies (EDT). Till EDT hör även bland annat Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP), Affect Phobia Therapy (APT) och Intensive Experiential-Dynamic Psychotherapy (IEDP). EDT karakteriseras av att de alla tar avstamp i och använder sig av Malans två trianglar; persontriangeln och konflikttriangeln (Lilliengren, Johansson, Lindqvist, Mechler & Andersson, 2016). Malans trianglar är två

förenklade schematiska modeller som används för att förstå hur människors lidande hänger samman genom att rikta fokus mot försvar, känslor, ångest och relationer. Malans syfte med trianglarna var att korta ner och framförallt effektivisera dynamisk psykoterapi utan att förlora terapeutiskt djup. Gemensamt för EDT är ett fokus på att hjälpa patienten få kontakt med och på djupet uppleva, uttrycka och integrera hitintills bortträngda affekter, då detta anses ha en mer direkt och djupgående terapeutisk potential än insikt (Lilliengren et al., 2016). Dessa likheter till trots är det en hel del som skiljer AEDP från exempelvis ISTDP.

Diana Fosha, AEDP:s grundare och förgrundsgestalt, utbildades i ISTDP under Davanloo på 90-talet, men blev ganska snart missnöjd med terapeutens konfrontativa hållning och vad hon uppfattade som ett bristande teoretiskt ramverk för att förklara de fenomen som konsekvent framträdde. Fosha började därför arbeta fram en alternativ terapimodell med syfte att bevara den kraftfulla terapeutiska potential hon såg i Davanloos arbete och samtidigt adressera de brister hon uppfattade. AEDP introducerades officiellt år 2000 när boken *The Transforming Power of Affect* gavs ut (Fosha 2000; Prenn & Fosha, 2017). AEDP:s teoretiska ramverk är i huvudsak en sammanvävning av anknytningsteori, emotionsteori, affektiv neurovetenskap, psykodynamisk teoribildning, transformationsteori, utvecklingspsykologi samt traumaterapiteorier som tar avstamp i kroppen (Fosha 2000; Fosha et al., 2009). I AEDP, i kontrast till ISTDP, skiftas fokus från konfrontation av försvar till radikal empati och validering av patienten för att på så vis göra försvar överflödiga och genom detta ge patienten tillgång till djupa och sanna affekter (Fosha, 2000, 2005). AEDP, i detta fall i likhet med ISTDP, kan sägas utgöra en del av den emotionella revolutionen, där affekter ses som fundamentala psykiska krafter som har en väldig förmåga att förändra individens psykologiska struktur, både till det bättre och till det sämre (Fosha et al., 2009). AEDP skulle kunna beskrivas som ett försök att tillvarata denna potential på ett sätt som kommer till maximal terapeutisk nytta (Fosha, 2000; Fosha et al., 2009).

Transformationsteori. Begreppet transformationsteori, omnämnt i stycket innan, är förmodligen förhållandevis okänt för den gemene läsaren (Fosha, 2006). Enligt Fosha är detta fokus det som i störst utsträckning särskiljer AEDP från andra terapiformer, och AEDP är också den enda terapiform som explicit tar avstamp i denna teoribildning (Fosha, 2010). Inom AEDP försöker terapeuten aktivera sunda, friska förändringsprocesser som finns inbyggda i oss alla och som är möjliga att aktivera mer eller mindre när som, om än i olika grad i olika situationer (Fosha 2000, 2005). Detta särskiljer subtilt AEDP från i princip alla andra terapiformer, där

utgångspunkten är dysfunktion och psykopatologiska processer, och inom sådana terapiformer kan man något förenklat säga att den huvudsakliga tågorningen är att man identifierar det som är trasigt (diagnostik) för att sedan försöka laga det (behandling). Inom AEDP är ingången en annan. Det som är trasigt identifieras av terapeuten, och kommer ofrånkomligen att adresseras på olika sätt under terapins gång, men fokus ligger på att aktivera patientens styrkor, inneboende potential, förmåga till trygg anknytning (även om patienten har ett otryggt anknytningsmönster) och inre driv till transformation och positiv förändring (Fosha, 2000; Prenn & Fosha, 2017). Terapiformen är på så vis "healing-oriented" (Fosha, 2010). Terapeuten strävar efter att ge den specifika slags själsliga, psykiska och känslomässiga näring som patienten är i behov av för att aktivera inneboende, inbyggda förändringsprocesser som ligger och väntar på rätt förutsättningar för att komma till uttryck (Fosha, 2000, 2005, 2010). För att detta ska komma till stånd riktar terapeuten fokus mot patientens känslor i ordets bredaste bemärkelse, och detta fokus är ett upplevelsenära, direkt och kroppsligt rotat sådant.

Fenomenologi. Inom AEDP finns en rik vokabulär för upplevelsenära beskrivningar av olika känslomässiga tillstånd och andra relevanta yttringar i den terapeutiska processen (Prenn & Fosha, 2017). Detta fenomenologiska fokus är något som även det särskiljer AEDP från många andra terapiformer, och syftet med det är att kartlägga den *transformativa processen* på ett direkt sätt som tjänar till att vara kliniskt vägledande (Fosha, 2000, 2010; Prenn & Fosha, 2017). Fosha argumenterar också för att fenomen ligger i skärningspunkten mellan den kliniska verkligheten och forskning kring psykoterapeutiska processer, och att de genom sin teoretiska obundenhet kan hjälpa att överbrygga falska motsättningar mellan olika teoretiska skolor (Fosha, 2010). En framträdande produkt av detta arbete är den fenomenologiska karta som försöker fånga den transformativa processen. Denna karta beskriver fyra olika "states", alltså ungefär upplevelsemässiga tillstånd i den terapeutiska processen, och tre "state-transformations", det vill säga övergångarna mellan de olika tillstånden (Prenn & Fosha, 2017).

Affekter. Ett centralt begrepp inom AEDP är kärnaffekt. Kärnaffekt, eller kärnaffektivt upplevande, refererar till den möjliga myriad av olika känslomässiga tillstånd och upplevelser som träder fram när vi inte är inhiberade av olika försvar eller förställer oss (Fosha, 2000, 2005). I det kärnaffektiva upplevandet finns en kraftig terapeutisk potential. Om patienten kan hjälpas att uppleva och uttrycka kärnaffekter, och särskilt om dessa också tas emot, speglas och valideras av en receptiv och välvilligt inställd terapeut, kan genuina förändringar åstadkommas, till

exempel av substantiell symtomlättning av alla möjliga slags yttringar. Till kärnaffekterna hör bland annat grundaffekterna identifierade av Silvan Tomkins (1962, 1963) och elaborerade av Paul Ekman (1984), men också själv-relaterade och relations-relaterade affektiva upplevelser (Fosha, 2000). De relations-relaterade affektiva upplevelserna är exempelvis de positiva eller negativa känslor barnet känner till följd av hur den dyadiska interaktionen ser ut, liknande det Lachmann och Beebe (1988) identifierade. Terapeuten försöker fördjupa och dröja vid kärnaffektiva upplevelser och hjälpa patienten att uttrycka dem och integrera dem (Fosha, 2000, 2005).

En annan typ av affekter är de defensiva affekterna (Fosha, 2000). Om någon exempelvis snabbt reagerar med ilska när sorg är på väg att komma upp, i syfte att konkurrera ut sorgen på grund av en rädsla att uppleva den, skulle ilskan i detta fall vara defensiv; den aktiveras i syfte att blockera kärnaffektivt upplevande och uttryck (Fosha, 2000). Terapeuten behöver hjälpa patienten sluta agera ut känslor på ett defensivt sätt för att möjliggöra tillgång till kärnaffekt. Av denna anledning behöver terapeuten också lära sig differentiera mellan defensiv affekt och kärnaffekt. Utöver de defensiva affekterna finns också de inhiberande affekterna, i huvudsak skam och ångest (Fosha, 2000; Prenn & Fosha, 2017). Dessa leder till hämmad tillgång till kärnaffekt i syfte att skydda självet. Terapeuten behöver identifiera dessa och hjälpa patienten reglera ner dem, även här för att hjälpa patienten få tillgång till kärnaffektivt upplevande (Fosha, 2000; Prenn & Fosha, 2017). Ibland måste terapeuten backa från ett utforskande om det är för ångestgenererande för patienten, för att på så vis signalera följsamhet och ingjuta trygghet hos patienten.

Något annat som förstås som viktigt inom AEDP är att affekter får nå ett fullödigt uttryck, eller *process to completion* (Fosha, 2004; Prenn & Fosha, 2017). Tanken är att om känslan tillåts uttryck och inte inhiberas av olika försvar eller inhiberande affekter så har den ett naturligt, tidsmässigt avgränsat förlopp som involverar kroppsliga, verbala och mentala uttryck och skiftningar i det upplevelsemässiga tillståndet. Om känslan får nå ett fullödigt uttryck, som exempelvis skulle kunna vara en ilska gentemot en förövare från ett tidigare upplevt övergrepp, sker en upplevelsemässig förändring och patienten får fatt i olika resurser som tidigare varit otillgängliga till följd av den affektiva låsningen (Fosha, 2000). Man skulle kunna säga att patienten gör en känslomässig resa, och hamnar på en annan fenomenologisk position när känslans uttryck är färdigt, med tillgång till nya delar av sig själv. För ännu större terapeutisk

effekt måste affektens uttryck emellertid också kulminera i ett mottagande i en receptiv, välvillig och känslomässigt kompetent annan (exempelvis en terapeut), som i sin tur kommunicerar tillbaka och bejakar, validerar och stärker patienten, och därmed fyller den affektiva upplevelsen med en interpersonell mening och ett upplevelsemässigt djup (Fosha, 2000, 2005).

Vidare har positiva affekter en central roll inom AEDP (Fosha, 2000, 2004, 2010). Fosha menar att dessa känslor typiskt behandlats styvmoderligt inom andra terapiformer, särskilt inom olika psykodynamiska terapiformer, där positiva känslouttryck ofta betraktats med skepsis. De har, med AEDP:s terminologi, i alltför hög grad betraktats som defensiva yttringar patienten tar till i syfte att föra bort fokus från sitt lidande och sina problem (Fosha, 2000, 2010). Inom AEDP är inställningen en helt annan. Vad som vid ytligt betraktande ser ut att vara positiv affekt kan absolut vara en del av patientens försvarsstruktur, men positiva affekter är samtidigt viktiga att få fatt i och reglera upp för maximal terapeutisk nytta. Det blir således viktigt att särskilja det som är genuint positivt från en till synes positiv affekt som istället är en del av patientens försvarsstruktur. De positiva affekterna har i motsats till de negativa affekterna en expansiv effekt på psyket, och sätter patienten i kontakt med resurser och förmågor som är fullkomligt grundläggande för fungerande och välmående (Fosha, 2004, 2010). Dessa resurser och denna medvetna expansion, i sin tur, ökar patientens möjligheter att kunna närma sig starka negativa känslor och trauman och nå terapeutiska resultat med detta (Fosha, 2000).

Terapeutens hållning. Terapeuten försöker aktivt skapa förutsättningar för att patienten ska kunna knyta an på ett tryggt sätt till terapeuten (Fosha, 2010). På grund av detta har en viktig kunskapskälla varit forskning runt hur föräldrar till barn med trygg anknytning skiljer sig från föräldrar vars barn har otrygg anknytning (Fosha, 2000). I enlighet med detta fokus strävar terapeuten efter en hållning av radikal acceptans, hjälpsamhet, känslomässig tillgänglighet, genomtänkt öppenhet (self-disclosure), följsamhet, värme och varsamhet. Fosha delar upp terapeutens hållning i två olika, interrelaterade men skilda aspekter, anknytning och intersubjektivitet. Ett kärnfullt citat från Fosha (2010, s. 10) får avsluta för att illustrera dessa aspekter och ge en uppfattning av det genom hennes egna ord:

In the attachment strand, we go beyond mirroring by our active, sleeves-rolled-up engagement and willingness to help. We meet all signs of pain, suffering and fear, with empathy, dyadic affect-regulation, broadcasting radical acceptance (Osiason, 1996) and

our willingness to help (Lipton, 2010). Making sure that the patient is not alone with overwhelming emotional experience; such an attachment relationship obviates the fear associated with intense, stressful-when-not-regulated, emotional experience (Frederick, 2009; Greenan & Tunnell, 2003, Chapter 2; Piliero, 2004, 2010). In the intersubjective strand, we also go “beyond mirroring” when we lead with affirmation and celebration of the patient (Russell, in press; Tunnell, 2006), and we also self-disclose her/his impact on us (Prenn, 2009, in press). We focus on, and delight in, the quintessential qualities of the self of the patient — the therapist’s delight a powerful antidote to the patient’s shame (Hughes, 2006; Kaufman, 1996; Trevarthen, 2001).

Sammanfattningsvis har vi i teoriavsnittet gått från att beskriva affektreglering och affektreglering inom psykoterapi, till dyadisk affektreglering och slutligen till dyadisk affektreglering och affektiva processer inom AEDP. På så vis har vi snävat av fokus och gått från det mer generella område vår studie placerar sig i till det mer specifika. Vår ambition har varit att ge en överblick av affektreglering och dyadisk affektreglering, begripliggöra skillnaden mellan dessa, samt redogöra för den dyadiska affektregleringens relevans för den psykoterapeutiska processen.

Syfte och frågeställningar

Vårt syfte med denna studie är att undersöka AEDP-terapeuters upplevelser av dyadisk affektreglering för att få en bild av hur de upplever att det formar det terapeutiska arbetet och deras förståelse av psykoterapi. Vår ambition är att på så sätt skapa en bättre klinisk förståelse för detta teoretiska begrepp, så att blivande och praktiserande kliniker kan få bättre insikt i hur de ska arbeta med affektreglering i terapirummet. Vi har valt att undersöka följande frågeställningar:

Hur upplever och beskriver terapeuterna olika sätt att arbeta med dyadisk affektreglering?

Hur upplever terapeuterna att dyadisk affektreglering påverkar terapirelationen?

Metod

Val av metod

Vi valde ett tillvägagångssätt för att välja metod som bestod i flera steg, där olika processer kopplade till arbetet pågick samtidigt. Vår tanke var att vi ville att vårt forskningsområde, vår metod och vårt syfte skulle växa fram parallellt och tillsammans forma en

helhet. Vi visste tidigt att vi ville undersöka terapi och intervjua erfarna terapeuter, och eftersom vi var intresserade av psykodynamisk terapi var det framförallt det området vi utgick från. Tidigt blev vi intresserade av den relativt nya terapiformen AEDP. Efter att ha vridit och vänt på olika forskningsområden relaterade till AEDP, såsom självutlämnande och förändringsprocesser, fastnade vi för dyadisk affektreglering, som vi uppfattade som någorlunda distinkt för AEDP och väl lämpat för ett fenomenologiskt fokus.

Parallellt funderade vi över vilken metod vi skulle använda. Vår startpunkt var en kvalitativ metod som undersöker terapeuternas upplevelser, varför vi tidigt också funderade på olika fenomenologiska metoder som betonar just individens upplevelser. En annan utgångspunkt var att vår studie skulle bygga på intervjuer, eftersom vi var intresserade att träffa terapeuter på riktigt och få erfarenheter kopplade till dessa möten. Det gjorde att vi funderade över olika metoder som lämpade sig för ingående analys av intervjuer. Valet föll relativt snabbt på Interpretative Phenomenological Analysis, IPA, dels för att det var en metod vi kände till väl men också för att metoden grundar sig på djupgående fenomenologisk bearbetning av materialet, ett fokus med en intensitet och ett djup som tilltalade oss (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

Vi tyckte även att IPA var en lämplig metod då den har använts mycket i psykologisk forskning som fokuserar på subjektiva upplevelser utifrån särskilda positioner, något vi uppfattar våra deltagare befinna sig i med hänseende till dyadisk affektreglering (Smith, 2015). Vi förstod också att det är en metod som lämpar sig väl för att undersöka svårbeskrivna och utforskade områden, vilket dyadisk affektreglering absolut kan sägas vara (Smith, Flowers & Larkin, 2009). IPA lämpar sig även väl för att utveckla begrepp och vårt syfte är just att, om inte utveckla begreppet dyadisk affektreglering, förstå samband mellan olika delar i detta begrepp på nya sätt (Morrow, 2005; Ponterotto, 2005).

Vetenskapsteoretiska utgångspunkter

Ontologi. De ontologiska utgångspunkterna i IPA kan sägas vara relativistiska, vilket innebär att sanning ses som något som konstrueras och är beroende av föränderliga sociala och kulturella förhållanden. IPA utgår därmed från att upplevelser är oskiljbart bundna till varje individs unika upplevelser om världen i det unika sammanhang som individen existerar inom (Allwood & Erikson, 2010; Alvesson & Sköldberg, 2017; Willig, 2013).

Epistemologi. IPA har tre epistemologiska rötter, dessa är fenomenologi, hermeneutik och idiografi. Genom en syntes av dessa rötter förstås djupgående kunskap kunna skapas genom

detaljerade beskrivningar av enskilda människors upplevelser (Smith, 2015). Här följer en kortare beskrivning av dessa områden var och en för sig.

Fenomenologi. IPA kan sägas vara fenomenologiskt då det är en metod som tar sin utgångspunkt i en subjektiv upplevd erfarenhet. I grunden är fenomenologin en undersökning av hur världen kommer till medvetandet och hur detta tar sig uttryck (Finlay, 2009; Willig, 2013). Fenomenologiska metoder, såsom IPA, inriktar sig på personliga och detaljerade beskrivningar av fenomen. Det är därför viktigt att försöka få deltagarna i studien att beskriva sina tankar, känslor och kroppsliga upplevelser på ett så detaljerat och meningsfyllt sätt som möjligt (Smith et al., 2009).

Inom fenomenologin finns det olika synsätt rörande i vilken utsträckning det går att finna en slags allmängiltig essens i en upplevelse av ett visst objekt och hur stor del av upplevelsen som är villkorad individuell förförståelse och tolkning. Detta har lett till att två huvudsakliga traditioner inom fenomenologi vuxit fram. Den inriktning som kallas deskriptiv fenomenologi och som företräds av Husserl fokuserar på att först grundligt beskriva fenomenet för att på så sätt finna dess mer generella struktur och essens (Allwood & Erikson, 2010). Den andra inriktningen kallas tolkande fenomenologi, vilket IPA är en del av, och menar att tolkning och ett subjektivt meningsskapande alltid finns som en del av beskrivningen av fenomenet, och att upplevelsen i sig kan bli påverkad av sådana kognitiva processer. Det blir därför viktigt att medvetandegöra sin förförståelse och resonera kring hur den påverkar beskrivningen och möjligen upplevelsen av fenomenet (Smith et al., 2009). Den tolkande fenomenologin har i sin tur utvecklats i olika inriktningar, där en viktig inriktning är den franske filosofen Merleau Pontys fenomenologi som betonar att alla upplevelser är rotade i kroppsliga upplevelser och som också är ett perspektiv som inspirerat oss i vår studie (Allwood & Erikson, 2010; Glenberg, 2010).

Hermeneutik. IPA tar även sin utgångspunkt i hermeneutiken och själva ordet hermeneutik kan enklast översättas med tolkningslära.

Ett centralt begrepp inom hermeneutiken är dubbel hermeneutik, detta är också en viktig princip inom IPA. När deltagarna i en studie intervjuas så försöker de skapa en mening utifrån de frågor och problem som forskaren ställer. Forskaren i sin tur försöker skapa en mening utifrån deltagarnas eget meningsskapande. Det är alltså dubbla tolkningar; deltagarna tolkar själva sina upplevelser och forskaren tolkar deltagarens tolkningar (Smith et al., 2009). Detta bör expliceras och beaktas av forskaren för att betona de subjektiva element som ofrånkomligen färgat studiens

resultat.

En annan central princip inom IPA är den hermeneutiska cirkeln som beskriver relationen mellan helhet och delobjekt. Den hermeneutiska cirkeln innebär att delarna i någon mån bara kan förstås utifrån helheten och vice versa. Denna princip bör användas mycket i själva analysarbetet, då forskaren pendlar mellan att försöka skapa mening av delarna och att försöka skapa en mening av helheten (Pietkiewicz & Smith, 2014; Willig, 2013).

Den hermeneutiska cirkeln brukar ibland kompletteras i form av en cirkel där forskaren istället pendlar mellan förståelse och sin egen förförståelse. På samma sätt måste forskaren aktivt pendla mellan att empatiskt sätta sig in i deltagarnas perspektiv och samtidigt vara kritisk och undersöka det som deltagarna själva kanske ännu inte är helt medvetna om (Alvesson & Sköldberg, 2017).

Idiografi. Ett idiografiskt fokus innebär att kunskap söks genom enskilda individers meningsskapande och delande av detta. Perspektivet står i kontrast till den kunskap som utgår från det gemensamma och allmänt lagbundna. IPA lägger fokus på det idiografiska genom att röra sig från att först utarbeta detaljerade undersökningar av enskilda fall, för att efter detta undersöka det gemensamma i flera eller samtliga fall. Det är också viktigt att ta tid att undersöka enskildheter och det som är säreget innan man låter mönster och helheter träda fram. På så sätt föredras analytiskt djup före bredd (Pietkiewicz & Smith, 2014; Willig, 2013).

Det idiografiska perspektivet inom IPA märks även av i urvalet av deltagare som sällan är slumpmässigt. Det är snarare viktigt att använda sig av ett strategiskt urval och välja deltagare med omsorg som kan bidra med detaljerade och fylliga beskrivningar av det som undersöks. Det är också därför det rekommenderas att använda få deltagare, gärna 3–6 stycken, och istället gå på djupet med det enskilda i varje intervju (Pietkiewicz & Smith, 2014; Smith (Ed.), 2015).

Förförståelse. En annan viktig princip inom IPA är att fundera kring sig själv i förhållande till sin forskning och sitt forskningsområde. Den som undersöker någonting befinner sig ofrånkomligen i en särskild kontext som kommer färga personens förståelse. Forskaren kan på så vis inte ställa sig helt utanför sin förförståelse eller enkelt transcendera det subjektiva perspektivet, vilket inte heller ses som en nödvändighet för användbar kunskap eller ett epistemologiskt problem. Givet detta är det emellertid viktigt att ha ett självkritiskt och reflekterande förhållningssätt, faran är annars att den som undersöker i hög grad reproducerar omedvetna övertygelser i sin analys av fenomenen eller inte förmår se och förmedla sitt

perspektiv som ett av många möjliga (Alvesson & Sköldbberg, 2017; Willig, 2013).

Deltagare

Urval. Rekommendation inom IPA är att välja ett litet och relativt homogent sampel just för att kunna få tillgång till djupa och fylliga beskrivningar av ett specifikt fenomen. Risken med ett alltför stort sampel är att själva analysarbetet blir för stort och att analysen och tolkningen hamnar på en ytlig nivå. Eftersom det är första gången vi använder oss av IPA som metod ville vi följa rådet att använda oss av 3–6 deltagare. Själva urvalet blev därför ett strategiskt sådant som påverkades av både teoretiska och praktiska överväganden. (Smith et al., 2009).

Vi var intresserade av att få detaljrika och komplexa beskrivningar och tänkte att erfarna terapeuter har större möjlighet till detta. Vi valde därför som inklusionskriterium att bara kontakta terapeuter som hade steg-3-utbildning inom AEDP, vilket är en avancerad nivå. Information om de olika utbildningsstegen finns på AEDP-institutets hemsida.

Beskrivning av deltagare. Sammantaget intervjuades sex psykoterapeuter med minst steg-3-utbildning i AEDP. Samtliga är kvinnor, i en ålder mellan 48 och 61 år, och arbetar i huvudsak på privata mottagningar. De har från början olika grundutbildningar, som sjukgymnast, socionom och psykolog. Alla är legitimerade psykoterapeuter och har arbetat med psykoterapi i genomsnitt 19 år och med AEDP i 5 år.

Datainsamling

Material. Den metod som man använder för att samla in data ska gärna väljas utifrån fenomenets karaktär (Langemar, 2008). Vårt syfte var att undersöka terapeuternas upplevelser av dyadisk affektreglering och vi tänkte att intervjuer skulle vara den mest lämpliga metoden för att fånga deras upplevelser. Intervjuer är också den vanligaste datainsamlingsmetoden inom IPA (Smith et al., 2009).

Intervjuer. En djupintervju i kvalitativ forskning kan beskrivas som ett samtal med ett syfte, där målet är att få intervjupersonen att prata så fritt och levande som möjligt och med sina egna ord (Kvale & Brinkmann, 2014). Detta var något vi tog fasta på, och vi ville särskilt få till ett levande samtal med djupa beskrivningar, och tänkte att det därför var viktigt att vi var något införstådda i terapeuternas livsvärld. Det sätt vi gjorde detta på var genom att grundligt sätta oss in i teorin runt AEDP, i syfte att minska risken att samtalen skulle fastna i beskrivningar av teoretiska antaganden och principer som står att finna på andra ställen, och som också rimmar illa med ett fenomenologiskt fokus.

För att åstadkomma detta valde vi att utgå från teman kopplade till hur AEDP praktiseras som var viktiga utifrån vår frågeställning när vi skapade vår intervjuguide (bilaga 1). Vi testade vår intervjuguide genom att genomföra en provintervju med en AEDP terapeut i Lund. Ett problem vi stötte på under provintervjun var att det verkade lättare att få beskrivningar av själva terapimetoden, AEDP, och svårare att komma åt terapeutens egna upplevelser och unika meningsskapande runt fenomen i terapirummet. På grund av detta valde vi att skickade vår intervjuguide till de terapeuter vi skulle intervjua och bad de tänka på våra teman utifrån personliga och konkreta upplevelser i terapirummet. Med detta ville vi åstadkomma en beredskap och förståelse för syftet med intervjuerna, i hopp om att detta skulle öka våra möjligheter att få ta del av terapeuternas unika upplevelser och meningsvärld.

Vi förstod också av vår provintervju att det var viktigt att terapeuterna skulle känna sig trygga i att dela med sig av sina upplevelser. Därför valde vi att intervjua terapeuterna en och en och gjorde således 3 intervjuer vardera. Vi gjorde intervjuerna i terapeuternas egna lokaler, utom i ett fall, och intervjuerna kom därför att påminna lite om en terapisituation.

Transkribering. Alla intervjuerna spelades in med hjälp av diktafoner och blev 50–60 minuter långa. Vi valde att transkribera våra egna intervjuer med hjälp av datorprogrammet ExpressScribe och detta material blev sedan utgångspunkten för vår analys.

Analys

Det finns egentligen inget rätt eller fel sätt att analysera material inom IPA, istället är det en metod som bygger till stor del på lyhördhet, flexibilitet och kreativitet (Smith et al., 2009). IPA rymmer olika tillvägagångssätt och vi valde en grundläggande variant med en tydlig struktur (Pietkiewicz & Smith, 2014). Det är en variant som utgår från att hitta teman i varje del, i varje intervju, innan mer generella och till slut mer gemensamma teman och en övergripande tematisk helhet arbetas fram. Nedan följer en kortare sammanfattning av hur analysen gick till och de olika stegen i den processen.

Steg 1. I första steget läste vi öppet och förutsättningslöst texten från en intervju. Vi försökte få en upplevelse av texten som gick bortom orden och skrev spontana reflektioner, iakttagelser och anteckningar i högermarginalen. Vi lade fokus på beskrivningar av tydlig fenomenologisk karaktär.

Steg 2. Vi läste sen om samma intervju igen och denna gång skrev vi ner mer detaljerade kommentarer till texten. Vi försökte upprätta en dialog med texten och det viktigaste för oss var

att få fram ett så rikt och djupt material som möjligt. Det blev också till en dialog med oss själva, där en del av kommentarerna var mer beskrivande av vad terapeuter sagt och en annan del mer aktivt tolkande från vår sida.

Steg 3. Nästa steg var att vi började formulera olika teman. Vårt fokus var i första hand de kommentarer vi skrivit om texten och inte själva texten i sig. Vi var nu ännu mer aktivt tolkande och vi försökte förstå vad det var som var kärnan i de olika delarna av texten.

Steg 4. Vi började så småningom identifiera hur olika teman hängde ihop och kunde då skapa mer övergripande kluster av teman. Det blev till en slags dialog, fram och tillbaka i texten mellan delar och helheter. Här blev det viktigt för oss att reflektera både över vår förståelse av texten samt vår egen förförståelse.

Steg 5. Sedan gjorde vi om samma procedur, steg 1 till 4, med var och en av intervjuerna. Det var viktigt att för oss att släppa tidigare intervjuer och teman och försöka analysera varje intervju så förutsättningslöst som möjligt. Det ligger i linje med det idiografiska perspektivet vilket innebär att först utgå från det enskilda och specifika innan man söker det delade och allmänna.

Steg 6. Här utformas den slutgiltiga analysen av övergripande teman och underteman. Vi försökte hitta olika kopplingar och likheter mellan olika teman mer förutsättningslöst först innan vi sökte kopplingar till frågeställningen. Detta för att inte förlora viktiga och centrala teman som kommit fram i vår mer grundläggande analys. Det var ett långsamt analysarbete där olika teman hela tiden omvärderades, grupperades om och fick nya innebörder och nya namn. Till slut sammanställde vi vår analys i en tabell med huvudteman och underteman.

Etik

Innan examensarbetet påbörjades gjorde vi en projektplan med etiska överväganden som prövades enligt de riktlinjer som finns vid Institutionen för psykologi vid Lunds universitet. Efter det har vi fortsatt ha ett etiskt perspektiv och diskussion under hela vårt arbete. Vi har i vårt arbete utgått ifrån fyra olika områden som identifierats som särskilt viktiga vid kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2014). Dessa områden är informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser och forskarens roll.

Informerat samtycke. Informerat samtycke innebär att de som deltar i forskningsstudien har informerats om vad syftet med studien är och hur den är utformad. Det är viktigt att informera om att deltagandet är helt frivilligt och att de har rätt att dra sig ut när som helst (Langemar,

2008). Vi informerade deltagarna i vår studie om detta i form av ett informationsbrev som vi skickade ut via mejl i samband med att vi frågade om de ville delta i studien. I detta informationsbrev erbjöd vi även deltagarna att läsa examensarbetet innan publicering och föreslå ändringar (bilaga 2).

Konfidentialitet. Konfidentialitet handlar om att skydda deltagarnas privata integritet. Materialet och all information om deltagarna måste därför skyddas med stor noggrannhet (Kvale & Brinkmann, 2014). Därför har vi varit måna att det bara är vi författare som haft tillgång till materialet och allt material har förstörts efter avslutat examensarbete. Eftersom AEDP är en terapiform med få utövare har vi varit extra noggranna. I uppsatsen är allt material avidentifierat och vi har undvikit eller ändrat citat där deltagarna eller deras patienter skulle kunna identifieras.

Konsekvenser. Vi har inte använt en metod som explicit syftade till att påverka de vi intervjuar psykiskt eller fysiskt. Vi berörde heller inte några ämnen av etisk känslig karaktär i vår intervjuguide. Intervjuguiden i sig var mer utformad utifrån teman där deltagarna själva fick välja vilka teman som de ville fördjupa sig i. Vi intervjuade terapeuter med betydligt större erfarenhet och kunskap än oss själva vilket innebär att vi inte hade något kunskapsövertag. Det går därför inte att säga att vi har missbrukat en eventuell kunskapsposition (Kvale & Brinkmann, 2014).

Forskarens roll. Det är viktigt att följa en god etik och att resultaten är korrekta och helst validerade samt kontrollerade (Langemar, 2008). Vi har försökt att vara så öppna och kritiska mot våra egna resultat som vi kunnat. I resultatdelen har vi använt oss av många citat för att öka transparensen och tillförlitligheten i resultaten. Det har också varit viktigt för oss att vara öppna med vår metod, både här i uppsatsen och mot deltagarna i studien. Vi har inte upplevt några förväntningar eller krav från deltagarna på att påverka innehållet på något sätt utan istället möts av en stor öppenhet. Det är en öppenhet och ett oberoende vi också upplevt i relation till vår handledare och till institutionen i sin helhet.

Resultat

Studiens resultat presenteras i form av olika teman. Vårt material har organiserat sig på sådant sätt att vi hittat två olika huvudteman; *Dyaden som ömsesidig och påtaglig erfarenhet* och *Affektreglering inom dyaden*, dessa har sedan organiserats i fyra respektive fem underteman (tabell 1).

Tabell 1.

Sammanställning av studiens resultat i huvudtema och undertema.

Huvudtema	Undertema
Dyaden som ömsesidig och påtaglig erfarenhet	Ensamhetens dynamik Skapa en dyad Dyaden förkroppsligad Dyadens olika kvalitéer
Affektreglering inom dyaden	Grunda och synkronisera Ställa själv och kropp till förfogande Stämma av och finreglera Stanna kvar här och nu Öppenhet och intimitet

Dyaden som ömsesidig och påtaglig erfarenhet

Något som framträdde ur materialet var dyaden som något substantiellt och påtagligt, som något mer än bara en språklig beteckning av två personer tillsammans. Enligt vår analys är det att befinna sig i en dyad i terapirummet något faktiskt, något som på ett distinkt sätt påverkar de involverade, och respektive individs upplevelse är i betydande utsträckning en produkt av dyadens kvalité. Dessa individuella upplevelser tycks också ofta ha någon slags upplevelsemässig parallell eller komplementär reaktion i den andra parten av dyaden. Detta fenomen fångas särskilt väl av temat *Dyadens olika kvalitéer*. Ett djupt dyadiskt relaterande är emellertid inget som är givet bara av att två personer kommer samman, och terapeuterna måste ibland arbeta strävsamt och uthålligt för att överbrygga hinder och följaktligen få till stånd ett djupt ömsesidigt relaterande. Detta fångas i temat *Skapa en dyad*. *Dyaden förkroppsligad* handlar om de stunder då etablerandet av den dyadiska kontakten kan vara som allra snårigast, och illustrerar också betydelsen av icke-verbala element i den terapeutiska processen. Avslutningsvis berör temat *Ensamhetens dynamik* ett särskilt påtagligt hinder i upprättandet av den dyadiska kontakten, och här fångas terapeuternas förståelse runt fenomenet och hur de arbetar för att hjälpa patienter ur

dessa plågsamma tillstånd.

Ensamhetens dynamik. Flera av terapeuterna delar ett särskilt sätt att förstå ensamhet i relation till psykiskt lidande och dess roll i psykopatologi. Vilken typ av ensamhet terapeuterna åsyftar kommer förhoppningsvis klarna senare i texten, kort kan sägas att det de för det mesta försöker fånga är en upplevelse av ensamhet snarare än faktisk ensamhet, även om faktisk ensamhet kan vara nog så problematisk. Terapeuterna talar om Foshas begrepp ”undoing aloneness” som bland annat grundläggande för en terapeutisk process och huvudmålet för terapin, och två av terapeuterna delar att detta fokus på ensamhetsupplevelser och möjligheterna att avhjälpa sådana tillstånd psykoterapeutiskt var anledningen till varför de drogs till AEDP från första början. Givet detta fokus på ensamheten så kommer terapeuterna också att tala om den på många olika sätt. Exempelvis talar en terapeut, som försöker specificera vad som menas med ensamheten åsyftad i ”undoing aloneness”, om den ”inre känslomässiga ensamheten”. En annan terapeut beskrev en patient hon träffade i ett krisigt skede som lidande av ”akut ensamhet”. En av terapeuterna beskriver i följande citat hur ensamheten kommer till stånd och de psykodynamiska och upplevelsemässiga konsekvenserna av den:

När man blir ensam med överväldigande känslor tidigt i livet, som ingen reglerar och som man inte får hjälp att hantera, då måste man klara sig själv. Då vill man inte dit igen till den smärtsamma punkten, och då gör man allt för att slippa det. Och det är därför man söker terapi också tänker jag, för att man känner den där ensamheten, och att ingen kan förstå, ingen kan dela. Man kan inte ens närma sig den punkten och har fullt av olika försvar och skydd.

Terapeuterna verkar dela en förståelse av ensamheten som en konsekvens av psykiska försvar upprättade under obehagliga eller traumatiska omständigheter. Flera av terapeuterna talar om anknytningstrauman som centrala, och särskilt upplevelser där patienten som barn lämnats att ensam hantera starka och överväldigande känslor. Något annat som ofta kommer fram i beskrivningarna är att patienterna ofta kan vara välfungerande men samtidigt vara i påtaglig inre, privat och svårnådd smärta, att det finns en dissonans mellan det inre och det yttre som i sig är smärtsam.

Runt ensamheten finns också en särskild psykoterapeutisk logik och dynamik, och

terapeuterna delar med sig delar av deras förståelse kring detta i intervjuerna. I följande citat illustrerar en av terapeuterna en sekvens där en av hennes patienters kroniska ensamhetsupplevelser börjar brytas upp och ge plats åt något annat, något tryggare och varmare och mer gemensamt:

[...] och så föreställer vi oss på något sätt, att han går in i en situation här och nu som han beskriver, och jag säger: "Kan jag vara med dig här nu? Kan du ta med mig in i det här?" Och han säger: "Ja, det kan jag nog. Det känns jättekonstigt när du säger så, men jag kan prova." Och så tillåter han mig att vara med när han beskriver en situation som han är med om. Det kallar man ju för potrayals i AEDP, och jag frågar honom hela tiden: "Känner du att jag är med dig nu? Kan du uppleva att jag finns här för dig?" Och jag säger också att jag vill vara där och jag vill hjälpa dig om jag kan. Du får säga om jag kan göra någonting [...]. Och två sessioner senare kommer han och säger... Vi kommer in igen på den här skamsituationen och då säger han, jag frågar hur det är, och då säger han: "Men jag har dig med. Jag har den här känslan att för första gången i mitt liv inte vara ensam. Och nu vet jag att när jag hamnar i sådana situationer, så ser jag framför mig att du och jag står där." Han uttrycker det som att han inte är ensam längre, för det finns någon som har varit där med honom.

Terapeuten blir, efter patientens tillåtelse, insläppt i smärtsamma delar av patientens inre värld. Något som träder fram ur citatet är uppfattningen om att en annan kan göra all skillnad. I citatet ovan beskriver patienten uppleva sig som inte längre ensam, då en annan, terapeuten, är med honom i dessa tidigare så privata och svårnådda inre rum. Det som emellertid också framstår som viktigt från citatet är att denna insläppta andra är välvilligt inställd, varm, hjälpsam och är där därför att den vill vara där, och att patienten också uppfattar och registrerar detta. Terapeuten beskriver sekvensen ovan som ett typexempel på "undoing aloneness".

Skapa en dyad. AEDP är en erfarenhetsfokuserad och anknytningsbaserad terapiform, och de praktiska implikationer detta fokus får är något som ofta är ovant och oväntat för patienten, särskilt i början av terapikontakten. Av denna anledning hamnar terapeuternas försök att initiera en terapeutisk process ibland för långt bort från det många patienter är vana vid eller förväntar sig. Ibland leder det till att terapeuterna hamnar i krävande situationer och att de då

måste justera sitt förhållningssätt och bemötande för att förmedla sig själva och den terapimodell de praktiserar på ett välkomnande och övertygande sätt. Vanligt är emellertid också att patienterna reagerar positivt på terapeutens engagemang och värme och att detta leder till en vilja hos patienten att dela med sig och vara varm och vänlig tillbaks. Ibland kan den initiala reaktionen också vara en av förvåning och intresse. En av terapeuterna beskriver ett händelseförlopp från ett första samtal:

Och ganska snabbt [...], så är man förbi mycket av föreställningen av hur det här skulle vara, och ganska ofta, eller i det här fallet i alla fall, så känner klienten att det här är någonting helt annat än vad jag har varit med om, det här är någonting annat. Och blir ganska omtumlad av det, det är lite som att tankarna kan inte riktigt sortera in den här upplevelsen, vad är det här för någonting, hur kan det kännas så här efter 5-7 minuter med någon?

Samma terapeut beskriver omständigheterna kring det första samtalet i allmänhet och en typisk osäkerhet från patientens sida:

Klienten tittar på mig lite, sökande eller sådär, vad ska vi göra, jag har inte varit med om det här tidigare. Det är outtalat, men det är den känslan som jag får, och då vill jag gärna öppna upp det från första början. För jag tror att många har en föreställning om att man ska gå in i historien; jag upplevde det här, det här hände mig. Och det vill jag ju aldrig göra, för historien kommer under resans gång, och man behöver inte fråga om historien på det sättet, för då får man bara narrativet, man får inte upplevelsen av historien.

Citatet ovan illustrerar också den bristande samstämmighet som är vanlig rörande hur en psykoterapeutisk process ser ut. Samma terapeut delar ytterligare tankar kring det första samtalets speciella karaktär:

Jag har i och för sig ofta märkt det, att ett första samtal, när någon kommer och man aldrig någonsin har träffats, [...], då är det ofta lättare, för då finns ingen relation. Och så kommer klienten med ganska mycket känslor. Det är ganska stor anspänning, man har

väntat på att få komma, och då är det som att det finns inget att förlora, det finns ingen relation som kan bli skadad, det kan inte uppstå något brott. Därför är första samtal fullständigt fantastiska.

En annan terapeut berättar om svårigheterna med att vara lagom empatisk i början av kontakten:

Jag är ofta så empatisk och så varm så jag får ju med vissa personer reglera ner mig för jag blir för varm, jag blir för empatisk, och de blir rädda och drar sig undan, så man får ju reglera sig så man inte blir för varm, eller för empatisk eller visa att man vill hjälpa, utan man får ta ett litet steg och se, tål de det här? Och sen undersöka och då kanske jag får svaret att ”Nej, du blir skrämmande”, okej då får jag tona ner ännu mer, ta ännu mindre doser.

Ytterligare en annan terapeut, som träffade en patient som blivit överfallen bakifrån för ett första samtal för traumabearbetning, beskriver sin patients förvåning och nya förståelse kring hur en terapeutisk process kan gå till:

Jag frågade henne, på slutet säger jag att: ”Har du märkt att jag inte frågat någonting om vad som har hänt? Och märker du hur du mår nu?” och hon var väldigt förvirrad. ”Jag förstår inte” säger hon, ”Jag känner mig rätt bra och nacken är bättre och [...]”. Och sen frågade jag: ”Förstod du varför jag inte frågade dig?”. ”Nä, jag trodde att man skulle vara tvungen att berätta någonting” [...] ”Men åh vad bra” sa hon, ”för alla säger att ’du måste prata du måste prata!’, och jag har inte velat det.”

Det finns också vissa interventioner, typiska för AEDP, som initialt ibland kan förbrylla patienter, i citatet nedan stannar terapeuten upp samtalet för att skapa rum för patientens känsloupplevande:

Och då bjuder jag in till att, kan vi stanna vid det? [...] kan vi ge lite plats åt det? Och då uppstår ju lite osäkerhet, för vad betyder det? Då blev hon lite sådär, stanna kvar vid det,

vad är det? Och där är det viktigt att jag då kan trygga och lugna med att, vi bara känner lite på det tillsammans, alltså att jag ser någonting i dig, du känner någonting inom dig, vi behöver inte konstatera vad det är, utan bara att det är någonting som hör av sig.

Sammanfattningsvis illustrerar citaten hur terapeuterna måste anpassa sig och arbeta kring det faktum att den modell för psykoterapeutisk förändring de är utbildade i ofta skiljer sig från gängse föreställningar av hur terapi går till och vad som behöver komma till stånd för att psykiskt lidande ska lätta. För oss verkar det som att terapeuternas bild av den typiska patienten är att hen har påtagliga tendenser till att börja intellektualisera istället för att uppleva känslor och kommunicera känslofyllt, samt en övertro på vad som kan åstadkommas genom förnuftsmässiga interventioner, det talade språket och intellektuell insikt. Av denna anledning uppstår ofta en dissonans mellan patient och terapeut och detta måste förhandlas på ett bra sätt, eftersom både en del av den terapeutiska potentialen och hindren för densamma att slå rot och verka finns att finna där.

Dyaden förkroppsligad. Inom dyadisk affektreglering spelar icke-verbal kommunikation mellan dyadens deltagare en central roll. Detta är något som terapeuterna återkommande varit inne på och genomgående betonat som viktigt, men ett patientfall som en av terapeuterna beskrev sticker ut i synnerhet. Fallet rör arbetet med en patient med allvarlig social fobi som efter en tids trögrörligt arbete slutade prata i terapin under en mycket lång period. Det sätt patienten kommunicerade på var genom att antingen nicka eller skaka på huvudet. Terapeuten, som vid detta tillfälle precis börjat fördjupa sig i AEDP, förstod det dock inte i termer utav motstånd, terapiförstörande beteenden eller dylikt, utan tolkade det som en manifestation av patientens livsgnista och inneboende klokhets:

Och för mig så kändes det, det är också ett sådant där begrepp inom AEDP, ”looking for the glimmers of resilience”. Och det kändes som, det här är det. Det här är inget negativt för terapin, utan på något sätt så visade hon mig att om du ska kunna möta mig så får du möta mig precis här. Då måste du börja om från början och då är jag stum. Och du måste förstå mig precis där, annars kommer inte det här att gå. Hon sa ju inte det här med ord, men det var ungefär så jag upplevde det. [...] Det gick ju framåt, men väldigt långsamt,

och så jag fel sak så skakade hon på huvudet. Så både hon och jag fick öva på att känna in vad det var hon blev rädd för. Och det blev ganska mycket fel i början.

Terapeuten beskrev arbetet i denna fas som väldigt svårt och plågsamt och samtidigt mycket lärorikt. Efter denna långa fas av tystnad hände något med patienten, patienten började prata mycket mer och det terapeutiska arbetet tog ny fart. Under en nyligen inträffad session kunde patienten vara i kontakt med en oerhörd smärta utan att, som terapeuten uppfattade det, behöva försvara sig emot upplevelsen eller dissociera. Senare i intervjun delar terapeuten mer av sin förståelse kring vad som inträffat i terapin och om terapiförloppet:

Det är den här resilience-grejen. Här är något reparativt. Resilience det är ju, [...], det som finns som en livskraft, livskraft längst in som är bevarad. Det är därför som man har isolerat det, för att det inte ska dö. Med vissa kan det vara kraftfullt och ganska lätt att märka av det där, man hjälper till och drar i det, så bara vecklar det ut sig på något sätt. Med henne så var det en liten röst någonstans långt in som vi fick jobba med i ett och ett halvt år. Och det var plågsamt. Men desto viktigare att någon hör den där rösten, annars skulle hon ju vara förlorad. Hon är verkligen en person som inte kunnat gå ut i sitt liv alltså, som är på väg, men vi kan fortfarande inte prata om det som händer där ute. Det är för långt bort, då förlorar hon mig. För att hon har varit så ensam, så det minsta lilla jag går åt sidan är jag borta igen. Och det definierar jag som det livskraftiga hos henne, var här, så när jag kan sätta ord på det åt henne så förstår ju hon, att då kan jag känna och förstå att det här är inte ett försvar hos dig eller att du är besvärlig för mig utan det är din starka röst som är långt in och jag hör det. Jag förstår det, jag kan vara här och vi behöver inte prata om det där. Då kan hon bli jättejätterörd.

Terapeuten beskriver således en framgångsrik terapeutisk process som tagit en väg som uppenbarligen kan anses okonventionell. Särskilt i ljuset av föreställningen om terapi som "the talking cure" blir ovan beskrivna händelseförlopp intressant och ställer frågor om vad det är som är verksamt i psykoterapi och vad som behöver komma till stånd för att genuina terapeutiska framsteg ska kunna göras. Fallet illustrerar också aspekter av dyadisk affektreglering och terapeutens upplevelse av relaterade processer från en intressant synvinkel under perioden då

patienten inte pratade under terapisesessionerna, eftersom terapeuten då blev tvungen att jobba hårt med att tolka icke-verbal kommunikation och i grunden anpassa sitt uttryck och tillvägagångssätt för nå fram till patienten. Vi får associationer till en labyrint som terapeuten och patienten försöker lösa tillsammans.

Dyadens olika kvalitéer. Flera av terapeuterna beskriver det terapeutiska arbetet som att det kan befinna sig på tydligt åtskilda positioner gällande kvalitén i kontakten. Positionerna kan namnges på flera olika sätt, vi tycker att det är svårt att landa i en enda beskrivning som fångar fenomenet(-n) i sin helhet. Ett sätt att benämna positionerna är genuint kontra försvarsdrivet relaterande. Ett annat förslag är dyadisk kontra ensam samvaro. Ett tredje skulle kunna vara stunder av kontakt kontra stunder av kontaktlöshet. Vi vänder oss till terapeuternas berättelser för exempel på vad som åsyftas. Beskrivningarna runt upplevelserna av att befinna sig i kontaktlösheten, den ensamma samvaron eller det försvarsdrivna relaterandet är lika terapeuterna emellan och vi får flertalet exempel. Flera av terapeuterna säger att de kan uppleva en trötthet, tankarna kan börja vandra, de kan känna spänningar på olika ställen i kroppen och en av terapeuterna nämner också utträkning som en möjlig konsekvens och indikator på kontaktens kvalité. En annan terapeut berättar att det är särskilt tydligt tillsammans med en av sina patienter, hon får ont på en viss plats i kroppen när kontakten mellan dem brister:

Mm, ibland på ett nästan lite kusligt sätt faktiskt. [...], jag har en annan klient, där jag känner i min rygg, om vi är där eller om vi inte är där, på exakt samma punkt vid mitt vänstra skulderblad, alltid liksom, om vi är långt ifrån varandra, och rör oss i berättelsen, men det finns liksom ingen kontakt riktigt, då får jag ont, som att det spänner på mitt vänstra skulderblad, och så fort vi återfår kontakten med varandra, så försvinner det. Så tydligt är det faktiskt inte särskilt ofta, men det är ju extremt tydligt. En annan sak som är väldigt tydligt är ju trötthet, att ett samtal som inte har kontakt, då kan jag bli väldigt trött, och det kan jag inte bli annars. Om det så är sent, sent på kvällen och jag borde vara trött, så när det är kontakt, då har jag aldrig upplevt att jag känner mig trött, då är det som att luften vibrerar, då står tiden lite still, så det märks skulle jag säga, väldigt tydligt.

I citatet ovan kontrasterar terapeuten även mot det motsatta, kontakten, och ger exempel på hur detta märks och tar sig uttryck. En annan terapeut delar en liknande upplevelse:

Då känner jag mig levande, att det är meningsfullt, då får jag massa energi, det blir inte tråkigt liksom. [...] Det handlar mycket om att få igång de där djupare strukturerna och lyfta upp dem på något sätt, och jobba med dem och göra dem explicita. För mig blir det bara meningsfullt och det känns lugnt i min kropp och, jag får liksom en extra växel, då kan jag jobba hur mycket som helst, känner inte av trötthet.

Just detta med energi och att känna sig levande och äkta är ett återkommande tema hos terapeuterna när de beskriver konsekvenserna av det kontaktfyllda arbetet. En annan terapeut beskriver hur det blev för henne när hon var tillsammans med en patient som befann sig i djup sorg:

Eftersom känslorna kommer så starkt, från ett så djupt ställe, så känns det ju så äkta och så rätt att vara i det tillsammans, det är så lugnt och tryggt att vara i det, även om han var helt uppriven, men på ett bra sätt, eller vad ska man säga, eftersom det var sant.

Det finns emellertid flera nivåer på de positiva upplevelserna av kontakt och samklang, och vissa av terapeuterna kommer in på beskrivningar av starkare positiva upplevelser:

Och jag hamnar ju också där, jag är ju också i core state, nästan alltid är man ju det, utan det är man, inte bara nästan. Det är som att det bara blir så, det är en förutsättning på något sätt. Därför att det är så starkt, när människor blir, jag var på väg att säga upplysta, men det är ju som att man är avklarad och känner sig hel. En del har ju religiösa upplevelser i det här [...]. Det är det som är så helande och stärkande som terapeut att man får vara med om det här. Som gör en mer motiverad och stark och nyfiken på sitt arbete, för att man får så mycket tillbaka i det här om jag jämför med tidigare [innan AEDP].

Det är även flera terapeuter som talar om upplevelser som varit läkande för dem själva. En av terapeuterna svarar på frågan om hur det blev för henne att vara med en patient efter att de varit med om en djup terapeutisk sekvens tillsammans:

Väldigt läkande för mig med, därför det är ju det ... det här är en person jag sett under två år eller så. När man väl kommer ner till de här djupare nivåerna, det gör man ju inte från början om det inte är en person som är väldigt välfungerande. Men har de lite relationella traumorna med sig så tar det ett tag innan man kommer ner till ... och när vi då börjar göra det så känns det ju så givande för mig därför att jag får ju vara med och läka en annan människa, och det känns ju bara gott. Det är läkande i mitt system också, att nå fram, och någon som vill och som verkligen ... ibland kan jag se mig lite som en barnmorska, som att man, ja men jag ger liv, så det är liksom väldigt givande.

Sammanfattningsvis delar terapeuterna en förståelse, förankrat i flertalet erfarenheter och upplevelser, om att terapeutens och patientens subjektiva upplevelse är intimt sammanlänkad. En terapeut talar om den terapeutiska processen som "ett enormt vi-arbete", och flera terapeuter beskriver vi-känslan och den sammanlänkande samvaron som den ständiga grundförutsättningen för terapeutiska framsteg.

Affektreglering inom dyaden

Det blev tydligt när vi började analysera resultatet att en stor del bestod av terapeuternas erfarenheter kring olika sätt att jobba med patientens och terapeutens egna känslor med utgångspunkt i den dyad vi redogjort för i det tidigare huvudtemat. För att ett djupt dyadiskt relaterande ska kunna uppstå, som vårt första huvudtema behandlar, framträder det känslomässiga arbetet inom dyaden som centralt ur det material vi fått från våra intervjuer. Av denna anledning är våra två huvudteman är tydligt sammanlänkande, och kan i viss utsträckning tänkas utgöra olika sidor av samma mynt. Vår ambition är inte att helt täcka in alla olika sätt som terapeuterna arbetar med dyadisk affektreglering, men vi har identifierat fem olika teman som vi tolkade som särskilt intressanta utifrån våra frågeställningar. Sammanfattningsvis handlar de olika temana mycket om närvaro och medvetenhet, kroppen som både utgångspunkt och ingångspunkt, stabilitet och pålitlighet, följsamhet och synkronisering, intimitet och värme samt mod och vilja att vara känslomässigt nära.

Grunda och synkronisera. Det blir tydligt i intervjuerna att terapeuterna har kroppen som en viktig utgångspunkt i sitt arbete. Några av terapeuterna berättar om hur de förbereder sig inför terapierna genom att förankra sig i sin egen kropp. Det kan exempelvis vara genom att tänka

på sin hållning, känna av sina egna spänningar och hitta kontakten med sitt kroppsliga centrum. Flera terapeuter berättar om att de försöker hitta rätt position i stolen och känna efter hur de sitter för att få en tyngd och stabilitet i sittandet och närvaron. En av terapeuterna beskriver det så här:

Eftersom vi jobbar med kropp och känslor så behöver vi ju vara i våra egna kroppar och känslor och vara medvetna, och när vi är medvetna i oss själva, då blir vi också grundade. Men det är klart att när det är intensiv traumabearbetning så gäller det ju att påminna sig om sin andning. Jag sitter tungt i stolen, det blir hjälpsamt då spegelneuronerna uppfattar ju det. Sedan tror jag det går ganska automatiskt.

Det är flera av terapeuterna som beskriver att det från början är viktigt att grunda sig själv och känna sig lugn. Det gör de inte bara för deras egen skull utan det blir ett sätt att överföra en lugn och vilsam rytm till patienterna. Några av terapeuterna berättar att de brukar inleda med andnings- och avslappningsövningar:

Jag gör ofta avslappningsövningar med mina klienter. Det är ju gott för en själv också. Jag brukar, på samma sätt som jag guidar mina klienter att känna in andningen och låta fåtöljen bära alltmer för varje utandning, känna in golvet, fåtöljen. Jag sitter ofta så här, så att jag känner mig stabil hela vägen.

Det verkar också som att samtliga terapeuter lägger stort fokus på andningen, både hos sig själva och hos sina klienter. Flera terapeuter berättar att de använder sig av andningen för att reglera ned patientens känslö- och ångestnivåer. En terapeut beskriver hur detta arbete kan se ut mer i detalj:

Och som jag då i en specifik session säger till att: ”Kan vi bara stanna upp lite så du får andas?” Då säger den här personen, patienten: ”Det är så jobbigt just nu. Det är så mycket nu.” Då säger jag: ”Men innan vi går in på det, kan vi bara stanna upp ett litet ögonblick? Bara 10 sekunder eller en halv minut eller något, bara kort?” Och då är vi kanske någon

minut inne i den här sessionen och jag lyckas med att få henne att börja andas och jag frågar direkt: ”Hur blir det för dig när jag ber dig att stanna upp?” Och hon säger: ”Jag känner att jag får lite luft.” Och då frågar jag: ”Hur är det att få lite luft?” Hon svarar att det känns skönt och så kanske det blir så här några vändor där jag gör om samma sak i princip. Det är ju moment to moment, att fråga hela tiden hur det är, vad det gör med dig. Ibland kanske jag, som jag kanske gjorde där, frågade om lite grann och gav henne alternativ, när hon inte riktigt visste hur det kändes: ”Hur är det i axlarna? Hur är det i bröstet? Hur är det i magen?” Det är det som jag kallar dyadisk mindfulness, när man gör det här trackingen, för det påminner väldigt mycket om det, fast man är tillsammans. Där har du ju också undoing aloneness, till skillnad från egen mindfulnessövning, att jag är med hela tiden.

Flera terapeuter beskriver att andningen blir en ingång till en gemensam närvaro som är här och nu i terapirummet. Att fokusera på andningen, som i exemplet ovan med dyadisk mindfulness, blir också ett sätt att göra någonting konkret, enkelt och tydligt tillsammans. Några terapeuter beskriver denna process som att tona in varandra och varandras andning som ett sätt att få kontakt. Samma terapeut beskriver det som:

Jag använder ofta andningen som ett sätt att komma i kontakt. För jag brukar se på den andres andning, om jag kan se så försöker jag andas i samma takt. Och särskilt i början av sessionen, om det är någon som har svårt att lugna ner sig och så där. Ibland är det faktiskt som jag kan urskilja det och då försöker jag följa med och då kommer vi in i någonting tillsammans. Där det går lättare att få försvaren att vika sig och då gå vidare. Lättare tillgång till någonting annat än det mer... Ja, vi vill ju att försvaren ska liksom vika sig eller smälta så att vi kommer djupare.

Det verkar som att terapeuterna försöker synkronisera det kroppsliga, andningen, för att få tillgång till djupliggande affektivt material. Flera terapeuter poängterar också att det är en process som terapeuten och patienten går igenom tillsammans och att arbetet måste få ta sin tid. Det är ofta ett helt nytt arbete för patienterna och även för terapeuterna tar det tid att hitta patientens

känslomässiga rytm och läge och synkronisera sig med den. Några terapeuter menar också att det är viktigt att inte ha för bråttom med att sätta ord på vissa saker i processen, utan låta ett nytt språk växa fram successivt för patienten. En terapeut beskriver vikten av att inte sätta ord och benämna känslor för tidigt:

Jag tror att det viktigaste i det är liksom att, du ser mig, du ser någonting i mig. Och där har ju klienten redan en upplevelse, vi har ju en upplevelse där, och då handlar det om att försöka bli medveten om att ”nu känner du någonting, det är en känsla som du har just nu inom dig”. Och i det fallet säger ju inte jag så här att ”det ser ut som att du är ledsen”, utan bara att jag ser att det rör sig mycket, ”det ser ut som att det händer mycket inom dig”, jag ställer det som en fråga. Och hur hon då kan säga att ”ja”, och jag ser ju tårar komma, och då bjuder jag in till att: Kan vi stanna vid det? Och att använda vi där, inte som att: ”Kan du vara kvar vid det?” För då sitter jag kvar här och ser på dig när du är kvar i din känsla, utan: ”Kan vi stanna kvar i det? Kan vi ge lite plats åt det?” Och då uppstår ju lite osäkerhet, för vad betyder det? Då blev hon lite så osäker och sa: ”Stanna kvar vid det, vad är det?” Och där är det viktigt att jag då kan trygga och lugna med att, vi bara känner lite på det tillsammans, alltså att jag ser någonting i dig, du känner någonting inom dig, vi behöver inte konstatera vad det är, utan bara att det är någonting som hör av sig.

Samma terapeut beskriver att det snarare är viktigt att vila och våga stanna i det som är vagt eller otydligt och ge processen tid. Det är ett sätt att hjälpa patienten att känna in känslorna i sin kropp och för att senare också hitta ett sätt att sätta ord på fenomenen.

För annars blir det lätt prestation. De allra flesta som kommer hit har ingen aning om hur glädje känns i kroppen, hur sorg känns i kroppen, hur ledsenhet känns. Det är jättesvårt, när man har varit tvungen att stänga av kontakten med de känslorna, så det får vara hur vagt och grumligt som helst. Vi bara ... någonting händer, någonting, det är ingen prestation i att veta varför eller vad det är. Det är något, någonting hör av sig.

Terapeuten utvecklar vidare att upplevelsen av att vara närvarande i sin kropp och uppmärksam på dess signaler, tillsammans med någon annan och på ett följsamt och varsamt sätt, kan vara nog så viktig för patienten:

Och det blir också att förmedla ett nytt språk till klienten, att här inne, innanför de här väggarna, så kommer vi alltid att stanna vid det kroppen visar och det kroppen signalerar, det är där vi kommer vara. Och när jag ser någonting i klienten, så fördjupas känslan, när den blir delad, då fördjupas den, då öppnas en ny dörr.

Sammanfattningsvis förstår vi det som att terapeuterna betonar vikten av att tona in och synkronisera sig med sina patienter för att kunna förstå deras känslomässiga rytm och läge, vilket de verkar förstå som en grundförutsättning för ett djupgående terapeutiskt arbete. Vår tolkning är att terapeuterna gör det mer metodiskt och grundläggande än i andra terapimetoder. Terapeuterna verkar också försöka formulera ett upplevelsenära språk för känslor och kroppsförnimmelser tillsammans med sina patienter genom att först etablera en ordentligt grundad medvetenhet kring dessa. Utifrån vår förståelse av terapeuternas arbetssätt verkar de också lägga särskilt stor vikt vid medvetenhet om andning och se detta som en slags känslomässig nyckel, både för patient och terapeut, som kan hjälpa genom att grunda, lugna och skapa kontakt.

Ställa själv och kropp till förfogande. Alla terapeuter återkommer flertalet gånger till hur de använder sin egen kropp och sina egna kroppsförnimmelser för att förstå och hjälpa patienten att kunna reglera sina känslor. Vi fick flertalet exempel där terapeuterna beskrev hur de tydligt upplever att deras andning påverkas på ett visst sätt eller att de känner av något distinkt i någon viss del av kroppen. Upplevelserna som framträder ur terapeuternas berättelser blir som ett register över olika förnimmelser där terapeuterna beskriver både upplevelser som delas av flera terapeuter och mer personliga, unika och säregna sådana. En terapeut beskriver här arbetet med att fånga upp känslor i sin egen kropp och utvecklandet av hennes egna inre register av förnimmelser, och hur hon använder sig av detta:

Jag använder ju mycket av min egen intuition. Nu har jag jobbat ett bra tag med det här, så att man känner ju igen olika spår och ofta får jag ju kroppsliga reaktioner. Till exempel

om jag sitter med någon som är lite off, lite avstängd, och framförallt om det någon som kanske har haft en depressiv förälder, så får jag ofta krypningar i mina ben. För då får jag igång min flyktrespons, för jag tycker det är obehagligt, men då kan jag liksom använda mig av det. Jag kan förstå att det är det här som pågår, och ofta ta upp just det, och då slutar det på en gång. Så jag använder mycket min egen kropp och reaktionerna i mig för att komma åt vad det är som pågår i det undermedvetna och det relationella, deras inre arbetsmodell, det är den som jag har fokus på.

Alla terapeuterna beskriver att det ofta kan vara viktigt att dela med sig av det man känner till sina patienter. Det är viktigt att stämma av för att se hur den aning eller hypotes man har stämmer överens med patientens upplevelse eller uppfattning, och för att upptäcka eventuell känslomässig samklang eller dissonans. En terapeut beskriver hur viktigt det är att inte sitta med dolda tolkningar utan medvetet dela det man känner på ett öppet sätt med patienten:

På ett annat språk kan man prata om överföringar och så, projektiv identifikation, fast det är lite annorlunda för då använder man det inte direkt. Men i AEDP så använder man det. Så när jag känner att en känsla kommer till mig så frågar jag ju då: "Vad är det som händer just nu i dig?" Och om patienten säger: "Det vet jag inte." Om jag då känner starkt att det kanske är en sorg som dyker upp, då brukar jag säga: "I mig känns det, jag känner en sorg. Är det någonting som du kan känna igen? Finns det någonting av det?" Och där tänker jag att det är någonting som man är jättenoggrann med i AEDP, att alltid fråga och inte ha några tolkningar eller hypoteser om saker. En hypotes kan man ha, men man måste stämma av den direkt.

Ibland är terapeuterna emellertid återhållsamma, då upplevelsen kan vara vag eller utgöra en rest av eget känslomässigt bagage. Flera av terapeuterna beskriver att de kan vara lite extra försiktiga i början av terapin när de inte är säkra på att relationen är tillräckligt stark. De beskriver också att timingen är viktig och att det måste göras med respekt och med patientens bästa i fokus. En terapeut berättar om hur viktigt det kan vara att känna efter och vänta in rätt

läge:

“Hm, jag brukar aldrig någonsin känna mig likgiltig inför dig. Vad är det som pågår i dig just nu?” Och då kunde, då ledde det till att väldigt mycket ilska och sorg och blev liksom... Jag tror mycket på det där med att använda mig själv som instrument för att komma vidare. Och jag måste hela tiden hålla koll på om, är det här mitt eget liksom. Men jag tycker att jag har ganska bra koll på det och är det så att jag är osäker så säger jag ingenting. Då väntar jag tills ett annat tillfälle när jag har känt på det där längre. På den vägen, men det var så han blev bemött, han led otroligt som barn av att bli bemött av den där likgiltigheten.

Flera terapeuter beskriver att de använder sig av sin egen kropp som ett sätt att fördjupa terapiarbetet. Det kan hjälpa tydliggöra vilka känslor som patienten brottas med och samtidigt bli en ingång till att arbeta mer samstämt med reglering av dessa känslor. Det kan många gånger vara svårt för patienterna att komma i kontakt med sina egna känslor och flera terapeuter beskriver det som att de ibland måste gå före och delge egna känslomässiga reaktioner för att hjälpa patienten göra detsamma. I vissa fall kan detta bli en spegling av patienten på ett sätt som de kanske aldrig tidigare har upplevt. En terapeut beskriver hur svårt det kan vara för vissa patienter och vilket stöd de behöver i processen:

Och då kände jag hur vågen av sorg kom, och då kunde jag inte hålla tillbaka min reaktion, utan det blev tårar i mina ögon och så frågade jag: ”Ser du vad som händer?” Hon svarade: ”Ja du bryr dig om, du ser snäll ut.” Hon såg inte mina tårar för hon har aldrig blivit speglad som en som det är synd om, hon har aldrig blivit sedd i sorgen. Men jag kunde hjälpa henne med det: ”Jag är också ledsen.”, och då var det som att vi kom in i ett område där hon nästan aldrig varit.

Samma terapeut beskriver att det handlar om en gemensam process där den första speglingen av affekten utgör startpunkten för ett djupare upplevelsemässigt utforskande av

affekten:

Ja, det är dyadisk reglering alltså, eller dyadisk, vad ska man säga, hon smittar mig, hon smittar mig med sina affekter och jag plockar upp dom och lyfter upp. Sorg är ju också en god känsla och hon behöver ju ha tillgång till den goda känslan av sorg och medkänsla. Det är synd om mig, jag hade det svårt, jag blev bara sedd som den arga och inte som den ledsna. Jag använder mig av mig själv, eller jag använder vår relation för att börja generera det som ska pågå inom henne. Så interpsykiskt sen intrapsykiskt så att de kan börja få kontakt med det som pågår där inuti. Så det fungerar på två håll hela tiden.

En annan terapeut berättar om liknade upplevelser och beskriver det som en vågrörelse som går fram och tillbaka mellan terapeuten och patienten. Terapeuten beskriver det som att det handlar om att låna ut sin kropp:

När det verkligen handlar om att det är jag som är mediet till klientens upplevelse. Då är jag medveten om min kropp, men min kropp som en förlängning till klienten på något sätt. Nästan som att jag lånar mig själv till i en öppen ganska avslappnad värme så att det inte är som att jag sitter, jag sitter inte och känner i kroppen när det kommer en sådan här upplevelse.

Flera av terapeuterna beskriver att det ofta kan röra sig om starka känslomässiga upplevelser då många patienter har varit med om trauman i någon form. Det kan exempelvis röra sig om starka upplevelser av både ilska och rädsla. Två terapeuter beskriver att så länge känslor kan benämnas och få lov att öppet existera mellan terapeut och patient så kan de allra flesta känslorna hanteras. De beskriver att det är mycket svårare när de känner något starkt i kroppen och i rummet, men som de av någon anledning inte känner sig trygga med att uttrycka. En av de terapeuterna beskriver en upplevelse när hennes patient uppträdde känslomässigt tvetydigt:

Det stämde liksom, det jag satt och kände och det klienten uttryckte, visade i sin mimik, det stämde inte alls, så jag anade en väldig väldig vrede ... men det kan vara så att jag egentligen blir mer rädd om det är en känsla som inte kommer fram, som jag känner av väldigt starkt men som inte alls uttrycks. Så har jag upplevt det med en klient. Det var som att det på ytan fanns en väldigt stark ilska, men de gånger jag blivit räddast har handlat om när en känsla inte har uttryckts.

Som kontrast till detta beskriver en annan terapeut att det kan vara givande att låta den starka känslomässiga energin komma till uttryck och att detta ibland kan göra att patienten får kontakt med mer av sin känslomässiga upplevelse:

Hon fick fatt i lite ilska, under lager av försvar och självvattack, medan jag satt och fullkomligt kokade. Jag kände så mycket energi i mina armar... Ibland är det väldigt hjälpsamt om klienten inte har så mycket kontakt med sin egen känsla så kan man säga: "Okej, kan du gissa vad jag känner i mina armar just nu?" Och då vet de att: "Aha du har nog energi i dina armar." Och så hör de nog på min röst också: "Okej, det stämmer, vad ska jag göra med det?" "Kan du skaka?" Så då kan de använda min energi.

Några terapeuter beskriver just att de inte bara använder kroppen för att fånga upp känslor utan också att kroppen kan vara ett stöd i själva regleringen. De beskriver även att de kan uppleva olika kvalitéer i känslorna och att det i sin tur påverkar vilken typ av intervention de väljer. Ett exempel på en sådan upplevelse är när en terapeut känner av att hennes patient är på väg in i något riskfyllt:

Hon pratade om ganska vanliga saker, men jag kände i min kropp att nu är det farligt och skulle jag bara dragit i henne så tror jag att hon hamnat i en panikångestattack eller något som varit hemskt för henne. Så då blev jag, då gick jag upp och försökte prata med henne på ett alldagligt sätt och alltså inte gå ner så mycket då. Allt för att lugna henne och för att ta henne tillbaka till någon slags stadighet i verkligheten.

Vissa av dessa kroppsliga upplevelser överraskar terapeuterna själva och ligger på gränsen till vad de själva trodde var möjligt att känna i rollen som terapeut. Ett exempel på det är när en terapeut plötsligt fick en sprängande smärta i huvudet:

Sen har det hänt, jag har suttit med någon som pratade om att när hon var liten så hade hon ramlat av en karusell. Hon hade ramlat av den och när hon började prata om det här så fick jag så otroligt ont i huvudet här. Det bara sprängde här på en viss punkt och så berättar hon att hon hade fått en hjärnblödning när hon ramlade av... Det är ju helt märkligt att det kan vara så, men sådana saker kan hända.

En annan terapeut beskriver en liknande upplevelse av en stark kraft som plötsligt kändes i rummet:

Och vid något tillfälle så kändes det som, det var en fysisk upplevelse, som att jag blev bortputtad. Jag kände det i ansiktet på något sätt som att jag blev bortputtad ur stolen. Och det var helt, det kändes som, det här kan jag ju inte berätta för någon. Men jag kommer ihåg upplevelsen och det kändes så starkt, som någon slags stark kraft liksom. För att det var så svårt för honom, tror jag, att vara två personer i samma rum. Hans upplevelser kändes, han hade en rejält traumatisk uppväxt, inga trauman med stort T, men han hade inte fått någon anknytning, inte fått någon plats, inget utrymme alls. Så för honom var det inte möjligt att vara två här inne då han kände sig så hotad.

Några terapeuter beskriver just kopplingar mellan deras egen kropp och deras upplevelser i rummet. De beskriver att de kan känna av en viss stämning i rummet och att rummet kan variera från att kännas varmt och tryggt till kallt och spänt. En terapeut beskriver det som att det är en gemensam kroppskänsla som innefattar rummet:

Det är en delad kroppskänsla, ett delat rum. Det är nog som att vi faller i en gemensam upplevelse som vi börjar ge ord till, vilket är väldigt nytt för de flesta av oss ... det har

någoting med autenticitet att göra som är så sällsynt.

Flera terapeuter beskriver att många patienter har svårt att vara närvarande i rummet. Det kan innebära att de har svårt att ha ögonkontakt, att de vänder sig bort från terapeuten och att de lämnar kroppen och rummet till förmån för tanke och fantasi. En terapeut beskriver att det därför kan vara viktigt att skapa ett rum som upplevs som tillräckligt tryggt för patienten:

Men alltså, det är det viktigaste jag gör, tror jag, men det är ju ingenting som är fysiskt för ögat, men det är verkligen en påtaglig upplevelse. Vi har ett utrymme här och när det blir tillräckligt tryggt kan patienten vara där tillsammans med mig, vi kan vara två personer i samma rum liksom, utan att den andre känner sig hotad. Så det är jättemycket för att trygga både medvetet och omedvetet.

Terapeuterna beskriver vidare flera olika sätt som de upplever och föreställer sig känslorna i rummet och kroppen. En av terapeuterna delar en målande bild av på vilket sätt hon föreställer sig att känslorna rör sig fram och tillbaka mellan terapeut och patient:

Jag föreställer mig det så, som om man tänker att man har en klanglåda, att det rör sig mellan oss. Det studsar inte, utan det fylls med någoting mer, och så kommer det tillbaka och så är det det som uppstår. Det är på ett icke-verbalt plan.

Det är sammanfattningsvis tydligt att terapeuterna lägger stor vikt vid sina egna kroppsförmågor för att kunna förstå och hjälpa patienten med affektreglering. Vår tolkning är att terapeuterna försöker vara så öppna som de kan för att få aningar om det som är omedvetet eller implicit hos dem själva och hos patienten. Vi förstår det som att terapeuterna ofta försöker tänja på sig själva och låna sig själv i en öppenhet för att på det sättet komma nära och vara till nytta för patienten. Det är också intressant att flera terapeuter beskriver rummet och relationen med patienten som något påtagligt som de kroppsligen kan förnimma och som de gemensamt kan påverka.

Stämma av och finreglera. Flera terapeuter betonar att affektreglering inte handlar om att enbart reglera upp eller ner en känsla. Många patienter har sällan blivit speglade i sina känslor och får därför svårt att ens vara medvetna om sin affektiva upplevelse. En terapeut beskriver att vissa patienter nästan måste börja om från början, först bli medveten och sedan succesivt lära sig affektreglera tillsammans med terapeuten:

”Kan du känna att jag är här med dig en kort stund nu? Men nu tappade jag dig igen.” sa jag, och så håller vi på så här. ”Okej så vad händer?” ”Men jag känner att jag inte kan.” Så jag frågar om det är någonting som är skrämmande eller jobbigt med det här. Nej säger hon, det är det inte, det är bara ovanligt. Och det är lika vanligt. Jag har aldrig varit med om något sådant, att jag har känt att jag har varit nära någon på det sättet att någon skulle kunna vara med mig i min sorg och gråta är så främmande för mig så det kan inte jag ta in. Och så fortsätter vi att försöka jobba med att, kan vi titta... Kan du se på mig just nu? Kan du vara här med mig? Kan du känna att jag vill vara här med dig? Och så vidare, och så till slut så händer det bara att den här, en kvinna är det, säger: ”Jo men jag hade en upplevelse nu. Jag har den nu. Jag känner den nu.” ”Hur är det?” ”Jo, jag känner att det bubblar inom mig och det är lite grann svävande och det är läskigt och jag vet inte om jag vill gå längre nu. Men det är en häftig känsla, men å andra sidan så känns det väldigt läskigt”.

Många terapeuter beskriver liknande förlopp, in i okänd eller osäker känslomässig terräng, och gemensamt i deras beskrivningar är ett tydligt fokus på att ständigt stämma av och fråga vad som händer och vad patienten upplever i stunden. En terapeut beskriver ett sådant förlopp:

Det är väldigt mycket sådant, titrering kallas det för, liten liten bit i taget, för man jobbar ju hela tiden med patientens nervsystem, det är ju det som hela tiden ... det är ju överaktiverat, eller underaktiverat, men resultatet blir ju att de inte är i relationen. Så ibland måste man reglera upp och ibland måste man reglera ner, men oavsett vad du gör så måste man ha väldig koll på var patienten ligger någonstans, att man trackar, hjälpa

dem att själva lägga märke till det.

Det är flera av terapeuterna som uttrycker det i liknande ordalag, att det gäller att ta ett steg i taget och att det handlar om reglering på en slags mikronivå. Det är ett arbete som ställer en del krav på terapeuten då det gäller att vara närvarande och lägga märka till små, subtila skiftningar. Terapeuterna beskriver emellertid också att patienterna ofta är väldigt medvetna om terapeutens nivå av närvaro. En terapeut beskriver hur det typiskt ser ut:

De känner direkt, att skulle man ha något skäl, upptagen av något eget för en sekund, när man är i något sådant så märker ju patienten det. Antingen säger de det eller så orkar de inte säga det, men man ser det på patienten och jag tänker: ”Oj, nu märkte du att jag var borta.”

Några terapeuter beskriver det som en träning för terapeuten i att vara närvarande och de beskriver att de med tiden blivit bättre på att känna av förändringar hos patienten. En terapeut beskriver det som att det är viktigt att lyfta fram, medvetandegöra och uttala vissa aspekter av patientens beteende som normalt tillåts pågå parallellt i samtalet och inte uppmärksammas:

Jag gör ofta så att jag lägger märke till de där mikrorörelserna, om jag ser något i fötterna eller benen eller händerna, en del kan ju sitta så här, eller spänningar i käken. Jag försöker fånga upp de där små små rörelserna, vad de kan betyda i sammanhanget. Det här med att tona in och lyfta fram det som annars tillåts pågå i bakgrunden i en terapi, det är så viktigt.

Flera av terapeuterna beskriver det finstämda affektregleringsarbetet som en process där patienten succesivt tar ett större ansvar, allteftersom patientens förmåga tränas upp och tryggheten i relationen ökar. När relationen blivit mer trygg så beskriver vissa terapeuter också att arbetet blir mer intuitivt och direkt. En terapeut beskriver hur det kan se ut längre fram i arbetet:

När man väl har hamnat i det läget med sina patienter att man har fått igång den där anknytningscirkeln, att man skapar trygghet och då vågar du gå ut och utforska. Vi tittar på saker tillsammans och så tryggheten igen, och när det väl är etablerat så blir det ju så otroligt spännande... Ok, nu är vi här tillsammans och nu går vi bara på känn. Och sen så får man känna sig fram hela tiden ... Patienten har ju veto och jag frågar hela tiden: "Jag undrar över det här. Vad tror du?" Och så kommer vi tillbaka, och då har man ju en sådan förmåga att kunna hitta ihop, när man kan göra så och känna efter, vad är det egentligen som ligger här, och så kommer man ju till det som ligger bakom.

Sammanfattningsvis blev vi slagna av i vilken grad terapeuterna betonar vikten av att ständigt stämma av och alltid försöka vara närvarande i det som händer här och nu. Något annat som blev påtagligt för oss var i vilken utsträckning terapeuterna försöker bli varse om subtila skiftningar i den känslomässiga kontakten och den betydelse de lägger vid sådana. Denna följsamma, noggranna kontakt verkar terapeuterna i sin tur förstå som en slags grundpelare för terapistrelationen, ur vilken trygghet skapas och känslomässiga framsteg kan åstadkommas. Vi fick associationer, från terapeuternas beskrivningar av hur de arbetar med sina klienter, till en vals där man hela tiden måste vara medveten om av var man har sin partner för att veta vad som är nästa steg att ta tillsammans. För att fortsätta analogin blir dansen mer intuitiv, spontan, lekfull och energigivande när det mer grundläggande och mer mödosamma initiala arbetet är genomfört.

Stanna kvar här och nu. Ett genomgående tema hos samtliga terapeuter är att betona hur viktigt det är att inte skynda igenom stunder då det kommer upp starka genuina känslor. De beskriver att det snarare är viktigt att stanna upp och försöka fördjupa känslan och att terapeuten vågar stanna kvar tillsammans med patienten. En terapeut beskriver att det är viktigt att hela tiden föra tillbaka patienten till sin upplevelse och till relationen med terapeuten:

Så att när jag gjort det så frågar jag: "Hur var det att göra det här tillsammans med mig?" Det är det här med att lugna ner, lugna ner, och sen att göra det tillsammans. Och att stanna upp, stanna med känslan. Det är otroligt mycket det jobbet, stanna upp, sakta ner, vara kvar. Det finns sessioner när man inte säger så många ord, mer än sådana ord.

Flera terapeuter beskriver att det är viktigt att återkoppla till upplevelsen här och nu, men också att bara vila i upplevelsen och låta den sjunka in i sin egen takt. En terapeut beskriver vikten av att göra det genuint och hur hon försöker förmedla detta till sina patienter:

Det bara finns som, det kan bara vara tyst ibland: ”Och var kvar, stanna med den här känslan. Bli kvar i det här som är nu, jag är med dig, jag är här.” Och för mig är det en väldigt äkthetskänsla, annars kan jag inte göra det. Så jag kan inte säga att jag är med om jag inte är det.

Flera terapeuter beskriver även att det är viktigt att stanna kvar och reflektera över själva upplevelsen. De beskriver det som att förståelsen av upplevelsen och vilka känslor de upplevt ofta gör att det kommer mer känslor. Några terapeuter beskriver det som att det är som lager efter lager som öppnas upp, och att det kommer i vågor. En terapeut uttrycker detta samt vilka konsekvenser detta kan få för kontakten och det terapeutiska arbetet:

Det är ju det som händer, det kommer mer och det kommer mer och så jobbar man vidare i det här. Och har det hänt en gång på något sätt så är det som att då har man på något sätt etablerat en djup kontakt som håller i sig i alla möjliga situationer i terapin.

Alla terapeuterna beskriver det som viktigt att fånga upp positiva känslouttryck, stanna upp i de positiva känslorna och hjälpa patienterna öppna sig för dem. Det kan exempelvis handla om lättnad, stolthet och glädje. En terapeut beskriver ett arbete med lättnad så här:

Så att klienten hinner få ta in, att så här känns lättnad. Och så frågar jag: ”Hur känns det? När du kände lättnad, hur kändes det i kroppen?” Och det är ju en svår fråga, det är inte alla som ... det är jättesvårt i början att kunna svara på det. Men att alltid ställa de där frågorna blir ändå ett sätt... De kan komma och säga så här: ”Det spänner inte så mycket i axlarna.” Du kan jag säga: ”Okej, så det är en spänning som har släppt.” Och på det sättet så lär vi oss ju tillsammans ett nytt språk, så det är ju väldigt mycket ett vi-arbete, det är

otroligt mycket så. Det är ju verkligen inte jag och du, utan det är ju ett enormt ... varje steg är ju vi, det är hela tiden den strävan.

Det kan vara svårt för både patienter och terapeuter då det ofta handlar om att beträda okänd inre mark. Några terapeuter beskriver att patienten är så van vid sina negativa känslor att de har svårt att släppa taget om dem. En terapeut beskriver att det är en skiftande process mellan positiva och negativa känslor som måste få ta sin tid:

Och det här är en svår process eftersom, ofta är det som så att trots att den där likgiltigheten eller ensamheten eller hopplösheten är jättejobbig och svår så känner sig personen hemma där. Så de söker sig tillbaka dit hela tiden, för det finns något slags tryggt i det där ändå. Så man får ofta leda dem där ifrån och börja vänja dem vid ljuset, vänja dem vid att det inte bara är jobbigt längre, inte vara deprimerad på samma sätt längre, att börja se sig själva, att hitta stoltheten i sig själv, att bli glad igen. Det finns ju många som säger: "Jag förstår inte det, jag har en konstig känsla." Så undersöker man: "Ah, men jag är ju glad." De känner inte igen det, känner inte igen att titta ut, himlen är blå... De behöver vänja sig vid det, för hela deras system är ju organiserat runt den där hopplösheten eller likgiltigheten eller ensamheten, så de vet inte vad det där andra är. De har inga sådana erfarenheter, så de går hela tiden tillbaka dit. Så man får ta det gradvis, en liten bit i taget, så att de går lite längre ut hela tiden.

Sammanfattningsvis handlar en god del av terapeuternas beskrivningar om att våga och vilja stanna kvar i det som händer här och nu. Vi uppfattar det som ett stundtals krävande arbete, men som ofta är hjälpt av de intresseväckande och påtagliga processer som pågår i samspelet mellan terapeut och patient. Vi fastnade för beskrivningar av känslorna som vågor som följer på varandra och tolkar det som att det är viktigt att inte ha för bråttom till påföljande våg. Vi tänker att det till viss del handlar om erfarenhet och intuition, att exempelvis kunna känna av när det finns något mer i tystnaden och våga dröja kvar och öppna för ett utforskande av detta.

Öppenhet och intimitet. Alla terapeuter återkommer till hur de explicit delar egna känslor och reaktioner med patienten. De beskriver emellertid att det kräver mycket att vara

närvarande och öppen i sin kropp och att det ibland är patientens känslor som de upplever i sin egen kropp, varför det gäller att försöka hålla koll på vad som är vems. Ibland uppfattar terapeuterna det som att de delar något väldigt djupt tillsammans med patienterna, och detta blir ofta djupt berörande:

Jag förstod vad hon var i och det utan ord. Och jag kunde både känna en djup empati med henne. Jag kunde känna resonans i min egenupplevelse, så att jag kunde lyssna in min kropp, och förstod vad det var och vad hon var i för någonting. Så jag blev berörd för egen del. Det blev en väldig övning i att komma in djupare och djupare i mig själv. Jag kunde lägga det åt sidan, men jag kunde känna hennes starka känslor, vad det var hon är i.

Samma terapeut menar att det ofta finns en liten del av det som man blir berörd av som resonerar med något man själv varit med om, och att detta kan fördjupa upplevelsen. Terapeuten menar att det även kan vara viktigt att dela detta med patienten:

Jag kan inte säga att jag gick in i mig själv. Och skulle jag helt gå in i mig själv skulle jag nog förlora mig själv. Så att jag kände det, jag kände en touch av det, här är något eget och jag ser på filmen och ser hur tårögd jag är och det blir jag ofta med en patient med en empati för deras tillstånd, men ofta är det en egen resonans i det. Jag vet vad det här handlar om och då blir det ännu djupare liksom. Och det känns att det är bra så länge jag inte förlorar mig i det. Så länge som jag ändå kan sätta det åt sidan så är det bara en resonans. Jag vet vad du pratar om och det säger jag också: ”Jag förstår vad du menar. Jag vet vad du pratar om.”

Flera terapeuter tar upp att det är en svår gränsdragning som terapeut. Det krävs att man är närvarande i egna känslor och samtidigt har koll på sina gränser. En terapeut beskriver att det här sättet att arbeta med sig själv som verktyg ställer höga krav:

Just det här att man kan få vara i de här och man delar. Jag skulle säga att jag är nog med att jag delar saker i patientens tjänst. Alltså när man arbetar så här, tycker jag, måste man ha jobbat mycket med sig själv och veta var man har sina gränser. Det är en förutsättning, för annars kan en sådan här typ av terapi vara... Fast det kan bli konstigt, alltså jag tänker att det är viktigt att betona, man ger ut så mycket av sig själv och man delar så mycket och man håller liksom, man håller patienten så mycket mer. Det blir mer personligt, autentiskt, men det är även någonting som gör att man måste känna sig själv på det sättet.

En terapeut tar upp att det är en utmaning att öppna sig och vara så nära en annan person. Det kan vara svårt för terapeuten på ett liknande sätt som det är svårt för patienten. En terapeut beskriver det som att öppna sig för sin egen sårbarhet:

Om jag hittar ett sätt att hjälpa till att komma tillbaka till oss, vi, relationen här, då öppnas vägen till känslor upp igen, och till upplevelser. Och det är ju väldigt utmanande, för klienten och terapeuten, för mig så är det ju, det är sårbart ... Det är liksom att öppna upp och vara sårbar och att våga vara öppen och sårbar med en annan person. Det är inte självklart, det kräver rätt mycket. Verkligen.

Flera av terapeuterna beskriver att relationen mellan terapeut och patient påminner om relationen mellan förälder och barn. Det blir på så vis en väldigt intim relation, särskilt med patienter som går tillbaka till tidiga upplevelser. En terapeut beskriver att det kan handla om icke-verbala möten där terapeuten får försöka möta patienten där den är och på det sätt som är möjligt för just den patienten:

Jag fick en upplevelse att det kändes som till slut satt vi en situation som var precis samma slags känsla som när man ammar. Jag har ammat två barn, så det var, det kändes så. Jag sa det till henne att: ”Det är som en slags amningssituation. Du behöver bli närd liksom.” Och hon blev alldeles så här... Jag blev rädd för att jag skulle blivit för intim, men för henne blev det jättevärdefullt, att jag öppnande så och var så nära henne.

Samma terapeut beskriver att det mest intima ibland kan vara just det som behövs för att patienten ska känna att den kan öppna sig. Terapeuten beskriver det som en balansgång mellan närhet och distans och:

Jag var ju som sagt var, lite orolig att jag hade varit för öppen, för nära, för intim liksom. Så jag var lite orolig för det. Men när hon kommer då och berättade det, så förstod jag att det var bra. Vi gjorde något bra. Det var att öppna upp. Men också jag, man får ju gå närmare och närmare stretcha sina egna gränser på både det som har med närhet och avstånd och göra som terapeut. Jag gillar det, annars skulle jag inte vara kvar i det. Men det är väldigt påfrestande också. Men det utvecklar en.

Flera terapeuter beskriver just att stretcha på intimiteten och hur det är att vara tillsammans med patienten i det som är allra svårast. Det kan ske genom att terapeuten går in och är närvarande i en situation som patienten beskriver, något som kallas porträttering inom AEDP. Det är ofta ovant för patienterna, men kan bli väldigt starkt då patienten kan känna och ta stöd av terapeutens närvaro i en känslomässig situation med stark personlig relevans. En terapeut beskriver ett sådant intimt möte med patienten:

Så det var att hon verkligen såg sin nioåriga lilla flicka stå vid den där ån och skulle hoppa. Och vi går ner tillsammans hon och jag till flickan och hon kunde vända sig om och se sitt vuxna själv och berätta och förklara vad hon kände och vad hon var borta ifrån och vad hon behövde. Så mycket känslor i det där och kunde verkligen gråta och verkligen ta emot sin lilla flicka och verkligen ta henne i handen och gå därifrån. Att hon inte skulle hoppa i ån. Jaa. Det var fint. Så att jag kan hålla henne som kan hålla sin flicka. Det är ingen som är ensam. Så att det är alla dimensioner där och det där med att finna sig själv i hjärtat och det finns där i sådana exempel.

En annan terapeut beskriver en liknande process där patienten upplevt sig själv tillsammans med terapeuten i olika åldrar. Terapeuten upplever att det är deras gemensamma närvaro som gör det möjligt att gå djupare och djupare. Till slut kommer patienten tillbaka till sig

själv som foster och upplever då att terapeuten flyttar in i hennes hjärta:

Och för henne var det så, att hon var tvungen för att kunna födas, bli någon, så behövde hon gå tillbaks till fostret. Hon ville bli född, ville och ville, det bara blev så. Det var ett foster och det var nästan dött och så kunde, när vi var med det här i rummet, så kunde hon känna att fostret flyttade in i hennes hjärta och så var det jag. Fostret var på ena sidan och sen var min kärlek till henne på den andra sidan.

Sammanfattningsvis beskriver terapeuterna en känslomässigt intim och nära relation med många av sina patienter. Vår uppfattning är att terapeuterna förhåller sig olika till hur mycket de själva öppnar sig för sina patienter. Det kan säkert till viss del bero på vilka patienter de valde att berätta om, och vi tänker att det är ett svårt område där det gäller att hitta förhållningsätt som passar en själv som terapeut. Vi tänker att det inte är enkelt att vara så sårbar och öppen i relation till sina patienter, men att det verkar kunna göra stor skillnad och ibland vara avgörande för hur en terapi utvecklas.

Diskussion

Vi har valt att inleda med en diskussion kring vår förförståelse och om hur det kan ha påverkat studiens resultat, då detta är något som måste beaktas i en kvalitativ och tolkande studie. Efter detta följer en diskussion av studiens resultat, vilken följs av en metoddiskussion och ett dryftande kring studiens styrkor och svagheter. Avslutningsvis följer en kort sammanfattning.

Förförståelse

Vår egen förförståelse har givetvis påverkat oss under hela vårt arbete. En sak som är central i båda våra liv är det faktum att vi båda är nyblivna småbarnsföräldrar. I anslutning till detta har vi tänkt mycket på anknytningsrelationen till våra egna barn och funderat mycket över våra egna anknytningsmönster, hur de påverkar oss i våra roller som föräldrar, och också i rollen som studenter och författare till denna uppsats. Vi kan se att vi varit särskilt attraherade av AEDP då det är en anknytningsbaserad terapiform och möjligen överbetonar vi betydelsen av sådana element i den terapeutiska processen på grund av den personliga betydelse de har för oss i det livsskede vi befinner oss i.

Vidare är vi båda psykologstudenter och är mycket intresserade av terapi och har läst en

hel del om många olika terapimetoder. Det innebär att vi har en akademisk och teoretisk förståelse kring terapi som ännu inte motsvaras av en mer praktiskt förankrad och erfarenhetsbaserad kunskap. Möjligen har detta påverkat våra tolkningar av materialet på så vis att vi saknar en gedigen egen erfarenhet att balansera terapeuternas uttalanden emot. Alltså skulle vi kunna vara, lite krasst uttryckt, lättare att manipulera och sälja in en falsk bild till än någon som har mer gedigen klinisk erfarenhet. Vi bör också förutsätta att terapeuterna lider av bias och har en väl positiv bild av den terapiform de praktiserar, då detta är hur människor typiskt sett fungerar. Vi kan emellertid samtidigt konstatera att vi, ett starkt intresse för AEDP till trots, inte uppfattar oss vara överdrivet vurmande för dess effektivitet eller överlägsenhet. Detta mycket till följd av en lång utbildning inom vilken vi konsekvent och återkommande fått höra hur små skillnader som upptäcks när man jämför olika terapiformer med varandra och hur centralt det är med så kallade "common factors" och terapeutfaktorer. Sett ur ett motsatt perspektiv kan vår bristande erfarenhet och frånvaro av identifikation med någon särskild praktik också skänkt oss viss en reflektiv distans och analytisk skärpa. Slutligen handlar inte studien om att avgöra AEDP:s effektivitet eller jämföra det med andra terapiformer, utan istället om att ge en inblick i hur arbetet ser ut under de unika förutsättningar som presenterar sig och hur terapeuterna begripliggör sin psykoterapeutiska praktik med utgångspunkt i de erfarenheter de har med sig i relation till detta. Av denna anledning blir frågan om vår eventuella partiskhet av lägre relevans för validiteten i resultaten. Oavsett detta kan vårt starka intresse för psykodynamisk terapi i allmänhet och AEDP i synnerhet medfört att vi inte ifrågasatt och problematiserat tillräckligt i våra intervjuer, varför resultatet i vår analys möjligen speglar omständigheterna runt terapeutiska processer med positiva utfall i högre grad än terapier med mindre positiva utfall.

Resultatdiskussion

I denna del har vi valt att följa samma struktur som i resultatet och således koppla vår diskussion till varje enskilt tema för att det ska bli lättare att följa och jämföra diskussionen med resultatdelen och med terapeuternas citat. Vi kommer även ge exempel på områden som vi tycker skulle vara intressanta att undersöka vidare i framtida forskning.

Dyaden som ömsesidig och påtaglig erfarenhet. Sammantaget fångar temat hur upplevelsen av att befinna sig i ett dyadiskt relaterande, och dynamiken runt dyaden som erfarenhet. Detta är intressant i relation till forskning som visar att många strukturer i den mänskliga hjärnan särskilt anpassade för dyadiskt relaterande (Fosha et al., 2009). Många

centrala utvecklingspsykologiska processer är i så hög grad beroende av dessa dyadiska interaktioner, varför detta tema egentligen inte borde förvåna så mycket. Det var också intressant i vilken utsträckning terapeuterna delade med sig om erfarenheter om hur starkt de kunde bli påverkade av sina patienter, något som ofta förvånade dem själva och som de ibland uppfattade som rent av märkligt.

Ensamhetens dynamik. Att ha ensamhet som en grundläggande problemformulering uppfattar vi vara annorlunda från hur psykiskt lidande teoretiseras och adresseras inom många andra terapiformer, och detta kan tänkas få särskilda implikationer. En möjlig konsekvens av att begripliggöra patienten som lidande av ensamhet är en slags humanisering av patienten. Ensamhet är något vi alla kan relatera till och ett tillstånd som så gott som alla har upplevt någon gång. Det skiljer sig distinkt från kliniskt laddade termer som för med sig en risk att bidra till ett förfrämligande av och distansnerande gentemot patienten. Vidare kan ensamhet som begrepp tänkas vara i linje med det övergripande teoretiska ramverket inom AEDP, där känslomässig närhet mellan patient och terapeut ses som grundläggande för psykoterapeutisk förändring (Fosha, 2000). En sådan närhet skulle kunna hämmas av ett språkbruk alltför laddat med kliniska, diagnostiska eller sjukförklarande termer, även om terapeuten aldrig använder sådana ord när hen talar till patienten. I kontrast till detta klingar ensamhet på ett sätt som för många nog bjuder in till empati, medkännande, och följaktligen till mer dyadiskt reglerade interaktioner (Prenn & Fosha, 2017).

En annan intressant infallsvinkel är ensamhet ur ett fenomenologiskt perspektiv, alltså rörande ensamhet som upplevelse. Emily White, författare till *Lonely* (2010) och själv drabbad av tillståndet som titeln refererar till, har undersökt (om än utanför en vetenskaplig kontext) hur ensamhet tar sig uttryck i människor drabbade av tillståndet. En av hennes slutsatser är att ensamheten upplevs som något påtagligt, som något som är distinkt närvarande och äger en upplevelsemässig substans. Det skulle vara intressant att göra fördjupande kvalitativa studier runt ensamhetsupplevelser, möjligen kopplade till olika anknytningsstilar för att se om det finns systematiska skillnader mellan olika individers upplevelse av ensamhet. Möjligtvis är det också så att olika typer av ensamhet skiljer sig åt i hur de bör adresseras psykoterapeutiskt, givetvis med implikationer för hur den dyadiska affektregleringen bör och kan se ut i respektive fall. Det finns emellertid en del kvantitativ forskning som undersöker framförallt frekvens av ensamhetsupplevelser kopplat till de olika anknytningsstilarna, då främst i relation till barn och

ungdomar (Berlin, Cassidy & Belsky, 1995).

En reflektion vi fått kring orsakerna till ensamheten kopplar till den fördyadiska affektregleringsfasen som Taipale (2016) skrivit om. Givet att spädbarnet ofta befinner sig i en slags primitiv en-persons-psykologi, skulle trauman under dessa psykologiska förutsättningar kunna tänkas vara särskilt skapande av ensamhetsupplevelser. Om barnet blir, så att säga, känslomässigt fastlåst och lever kvar i resterna av obearbetade trauman etablerade under sådana en-persons-psykologi-omständigheter, när *den andre* ännu inte är en psykologisk konstant, känns det särskilt sannolikt att dessa skulle kunna generera påtagliga upplevelser av psykisk isolation. Delar av det implicita, känslomässiga självet brännmärks och etsas fast under psykiska förutsättningar som skulle kunna beskrivas som fullkomligt avskärmade eller isolerade.

Skapa en dyad. Temat skildrar den speciella position terapeuterna befinner sig i, givet hur deras förståelse och arbetssätt skiljer sig från vad gemene patient förväntar sig och uppfattar som terapeutiskt gångbart. Vi har sett hur terapeuterna försöker hjälpa patienterna genom att gemensamt föra uppmärksamheten mot där de uppfattar att den djupare terapeutiska potentialen finns, samtidigt som detta ibland riskerar att göra patienten defensiv. Det terapeuterna typiskt sett verkar vilja göra skulle kunna sammanfattas som att sakta ner, dröja i genuina känslouttryck och affekter samt rikta fokus mot kroppen, nuet och relationen. Om vi istället gör en generalisering av gemene patient, utifrån terapeuternas beskrivningar, vill patienten ofta fokusera på personliga upplevelser som hänt för länge sedan eller nyligen, och genom samtal och resonemang komma till olika slags intellektuella insikter rörande det nuvarande självet, i hopp om att detta ska leda till en positiv förändring. På så vis måste terapeuterna jobba med att omsätta sina teoretiska kunskaper på ett sätt som patienten kan relatera till och tycka om.

De typiska förutsättningar som beskrivits i stycket ovan för med sig särskilda implikationer gällande det terapeutiska arbetet med patienter med olika anknytningsstilar. Generellt kan sägas att ju otryggare anknytning, desto större risk är det att obekanta/ovana/nya stimuli eller händelser blir ångestskapande (Fosha, 2000). Därför måste terapeuterna vara extra försiktiga när de har med mer otrygga patienter att göra, då för mycket av något obekant kan skapa mycket ångest och defensiva reaktioner som hämmar det terapeutiska förloppet. Med vissa patienter, som förmodligen har en något tryggare anknytning, beskrivs emellertid något av det motsatta. I dessa fall kan patienten bli något förvånad av terapeutens förhållningssätt och tillvägagångssätt, men detta slår istället an på ett positivt sätt och patienten blir intresserad och

kanske till och med fångslad eller fascinerad av det som pågår. Sådana tillfällen skulle kunna tänkas bjuda på särskilda terapeutiska möjligheter, när patientens uppmärksamhet i så hög grad är investerad i den terapeutiska processen. Fosha (2010) rör vid något angränsande när hon menar att AEDP-terapeuten bör "övertaska det omedvetna" genom att leta efter och lyfta upp patientens styrkor och inre driv till transformation, där detta överraskningsmoment kan tänkas leda till en hög nivå av intresse och närvaro.

Dyaden förkroppsligad. Terapiprocessen beskriven i detta tema tyckte vi var särskilt intressant eftersom patienten inte pratade under terapitimmarna under så lång tid. Trots detta tycks påtagliga terapeutiska framsteg ha gjorts, och detta tänker vi belyser dyadisk affektreglering från ett intressant perspektiv. Dels för att terapeuten fick lägga särskilt mycket fokus på att läsa icke-verbal kommunikation när det talade språket uteblev från patientens sida, och också för att terapeuten var tvungen att konsekvent arbeta på ett väldigt inkännande, finkalibrerat och anpassat sätt för kunna komma patienten nära på riktigt, vilket till slut också verkar ha lyckats. Detta väcker frågor om vilka de verksamma ingredienserna var för terapeutiska framsteg i detta fall. Vad var det som gjorde att patienten kunde komma framåt i tillgången till egna affekter och kapaciteten att uppleva dessa på ett rent, icke-defensivt sätt?

Om vi vänder oss till Fosha (2000) var en central komponent förmodligen terapeutens *vilja* att komma patienten nära, medan terapeuten samtidigt påvisade sin pålitlighet genom att hon inte ville göra detta på ett sätt som blev för obehagligt för patienten. Detta i sig är emellertid inte tillräckligt, utan en viss nivå av affektiv medvetenhet och affektiv kompetens måste också vara på plats från terapeutens sida (Fosha, 2000, 2004). Här kan vi tänka oss att icke-verbala processer blir viktiga. Och om vi tillåter oss att spekulera lite, inspirerade av Schore (2015), kan det kanske vara så att vissa icke-arbiträra, i hög grad kroppsligt och fysiologiskt medierade implicita dyadiska förlopp var tvungna att äga rum för att en sådan förändring skulle kunna ske.

Detta skulle kunna förtydligas med följande analogi. Ungefär som en nyckel till ett lås, hur gärna man än vill låsa upp låset fungerar det inte utan rätt nyckel. Man kan också ha sofistikerade teorier om hur man låser upp låset, nyckeln behövs fortfarande. Syftet med analogin är att belysa att det är faktiska sakförhållanden i den konkreta verkligheten som måste vara på plats för att låset (omedvetna processer/strukturer) ska kunna låsas upp. Det blir lite som en känslomässig gåta som dyaden måste klura ut tillsammans. Möjligen var terapeuten tvungen att

ge olika dyadiskt komplementära responser gällande ansiktsuttryck, tonfall, betoningar, kroppsspråk, särskilda ord och delande av egna affekter (med mera) för att på olika sätt slå an och väcka en kombination av olika dissocierade psykologiska strukturer i patienten, och att det var denna gåta de försökte lösa under den långa tid de traggade i patientens tystnad. Dessa responser är ingenting terapeuterna bara kunde leverera utifrån vilja, tanke eller intention, utan de var tvungna att erfarenhetsmässigt, steg för steg, lära sig och successivt upptäcka vad detta var för något.

Dyadens olika kvalitéer. Detta tema kan kopplas till Beebe och Lachmanns (1988, 1998) forskning om hur den dyadiska processens kvalité har en tydlig inverkan på valensen i respektive parterers känsloupplevelse. När patienterna pratar på ett känslofattigt och oengagerat sätt, färgat av olika försvar och defensiva affekter, får terapeuterna ofta parallella och likartade reaktioner. Exempelvis kan tankarna börja vandra och fokus flacka, också kan terapeuterna uppleva en känslofattighet liknande den patienten befinner sig i. En terapeut berättade exempelvis att det kan vara svårt att få fatt i en genuin empati när patienten befinner sig i sådana tillstånd. Detta är intressant och har viktiga implikationer för psykoterapeutisk verksamhet i den bredaste bemärkelsen, inte bara för AEDP och likartade terapiformer. Bland annat indikerar det att vissa av terapeutens psykologiska funktioner och förmågor, viktiga för terapiprocessens framgång generellt, inte enkelt kan initieras enbart på egen vilja eller utifrån någon särskild övertygelse, utan att dessa kommer till den medvetna förgrunden och terapeutens fulla nytta först när de relationella omständigheterna tillåter detta. Dessa funktioner och förmågor utgör en del av de så kallade common factors inom psykoterapi, som identifierats som viktiga komponenter för ett framgångsrikt behandlingsresultat (Wampold, 2015).

På så vis blir incitamentet att ta interaktionen ur sådana försvarsdrivna interaktionsmönster dubbelt; när detta går vägen får patienten inte bara tillgång till sig själv, utan också tillgång till delar av terapeutens själv som i sig är centrala för psykoterapeutisk framgång. Vidare stämmer temat väl överens med det Schoettle (2009) funnit i sin forskning, där patientens upplevelse i samtliga fenomenologiskt distinkta tillstånd hade sin parallell i terapeuten. Den som är intresserad av att fördjupa sig runt detta område bör läsa Schoettles (2009) avhandling, då denna går betydligt djupare. Sammanfattningsvis belyser temat hur dyadiskt reglerad den terapeutiska interaktionen är, vilket för med sig implikationer som terapeuter troligtvis gör klokt i att beakta och fördjupa sin förståelse runt.

Affektreglering inom dyaden. Genom vår analys hittade vi fem olika arbetssätt som vi tolkade som särskilt viktiga för dyadisk affektreglering. Det blev tydligt att de olika arbetssätten inte var självändamål som tillämpades dogmatiskt, utan olika sätt för att hjälpa till i skapandet av en ny relationell erfarenhet som kan komma patienten till psykoterapeutisk nytta. Vi tolkar det som att terapeuterna både arbetar med bestämda tekniker och med relationen på samma gång. Det ligger i linje med aktuell psykoterapiforskning som inte ser relation och teknik som vitt skilda fenomen utan mer som närliggande kategorier med påtagliga överlapp (Lundh, 2017). Vi tyckte det var särskilt intressant att ta del av terapeuternas beskrivningar av hur de nogsam och följer patienten och hur de på det sättet kan anpassa och integrera teknik och relation med varandra.

Grunda och synkronisera. I temat beskrivs hur terapeuterna försöker synkronisera sig själva med sina patienter, exempelvis i hur de andas och hur de sitter i stolen. Terapeuten kan på så sätt få uppleva en aspekt av patientens erfarenhet (Feldman, 2007; Stern, 2004). Det finns ett relativt nytt område inom psykoterapiforskning som undersöker hur interpersonell synkronisering kan kopplas till affektreglering (Tschacher, Rees, & Ramseyer, 2014). Inom denna forskning har en modell introducerats där synkroniseringen sker i tre nivåer (Koole & Tschacher, 2016). Den första nivån är en mer motorisk och perceptuell nivå med synkronisering av andning, hållning och rörelser. Den andra nivån är en mer komplex nivå med skapandet av en allians med ett gemensamt språk och känslomässiga band. Den tredje nivån är affektregleringen som sker i samspel mellan terapeut och patient både implicit och explicit. Det finns flera likheter mellan detta sätt att beskriva affektreglering och beskrivningarna av terapeuternas upplevelser i vår studie. Terapeuterna beskriver det emellertid mer som en rörelse fram och tillbaka mellan dessa olika nivåer än att det är något som successivt antar en högre nivå. Samtidigt beskriver de att den andel av tiden som tillbringas på de högre nivåerna typiskt sett ökar ju längre fram i terapiprocessen man befinner sig.

Vidare berör temat hur terapeuterna använder sig av kroppen som ett viktigt verktyg för affektreglering. Terapeuterna ger många exempel på hur de medvetet arbetar med andning- och mindfulnessövningar för att patienten ska hitta nya sätt att vara i och förhålla sig till sin kropp. Detta blir i förlängningen ett indirekt sätt att säga till patienten att kroppen och kontakt med kroppen är en viktig del av det terapeutiska arbetet och psykisk sundhet. Det blir också tydligt i studien att terapeuterna lägger fokus på vad som skulle kunna kallas sensorimotorisk feedback (Koch, 2014; Ogden, Pain & Fisher, 2006). Ett exempel på det är dyadisk mindfulness, beskrivet

i temat, som används i syfte att förändra negativa affektregleringsmönster. Det har visat sig i forskning att det är viktigt för att patienten inte ska fastna i sina egna etablerade affektregleringsmönster (Ogden, 2009). Det kan istället vara viktigt att reglera sina känslor på nya sätt genom exempelvis bottom-up-processer (Chiesa, Serretti & Jakobsen, 2013). Dyadisk mindfulness kan vara ett sätt att underlätta det genom att terapeuten stödjer patienten att uppleva och förhålla sig till sina känslor på nya sätt (Ogden, 2009). Det hade varit intressant att forska mer kring mindfulness och affektreglering. Det finns mycket forskning, men den handlar mest om mindfulness som teknik och strategi och inte så mycket hur det kan användas i relationen mellan patient och terapeut. Ett annat område som hade varit spännande att forska kring är hur synkronisering sker hos terapeuter och på vilka sätt det kan bidra till att skapa god allians mellan patient och terapeut.

Ställa själv och kropp till förfogande. I temat framträder hur terapeuterna ofta använder sig av sina egna kroppsupplevelser för att komma i kontakt med patienternas känsloupplevelser. Terapeuterna delar sina upplevelser med patienterna på ett sätt som snarare hämtar från den intersubjektiva skolan än på det vis som inom psykodynamisk tradition benämns som överföringstolkning (Stern, 1998). Flera terapeuter beskriver att de försöker öppna och låna ut sin kropp och på det sättet komma i kontakt med vad patienten upplever. De beskriver det som ett komplext arbete och att det kräver att terapeuten hela tiden försöker förstå vem känslorna kommer ifrån. Vidare förstår vi det som att terapeuterna inte försöker upprätthålla neutralitet i klassisk bemärkelse utan att de istället rör sig mellan olika perspektiv. Terapeuternas förhållningssätt kan relateras till en intersubjektiv modell som betonar att terapeuten bör hålla tre perspektiv levande parallellt; det subjektiva, det intersubjektiva och det reflexiva/objektiva (Sletvold, 2014). Det är också tydligt att flera av de överföringsreaktioner terapeuterna beskriver påminner om varandra. Det skulle kunna tolkas som att upplevelserna inte är fullständigt säregna, utan att de också kopplar till mer allmänna processer och att dessa följaktligen skulle kunna studeras på ett systematiskt sätt. Det finns exempelvis flera beskrivningar av hur terapeuterna känt sig yra under vissa sekvenser i det terapeutiska arbetet, kanske för att andningen blockerats av någon särskild affektiv process. Möjligen kan sådana symtom vara produkter av underliggande fysiska och känslomässiga processer som liknar varandra och som följaktligen skulle kunna identifieras och kategoriseras.

Det finns likheter mellan terapeuternas förhållningssätt till och beskrivna upplevande av

sina kroppar med både fenomenologisk filosofi och forskningsområden som embodiment (Blum, 2015; Merleau-Ponty, 1962). Ett nytt forskningsfält inom området är embodied affectivity, som fokuserar på hur känsloupplevelser rör sig mellan olika kroppar (Fuchs & Koch, 2014).

Terapeuterna beskriver hur särskilda känsloupplevelser tycks röra sig mellan dem själva och patienterna, och hur detta sker på ett sätt som de ofta finner förvånande eller märkligt. I synnerhet ger terapeuterna många beskrivningar av hur de påverkas av sina patienter, exempelvis kände en terapeut en tydlig fysisk smärta på en viss plats i kroppen som motsvarade den plats där patienten enligt utsago hade skadat sig för länge sedan. Ett viktigt begrepp inom detta forskningsfält är interaffektivitet, som beskriver affekter som en cyklisk och växlande rörelse mellan kroppsliga uttryck och kroppslig resonans (Fuchs, 2016). Det påminner mycket om hur terapeuterna beskriver den dyadiska processen. Exempelvis beskrev en av terapeuterna att hon såg på utbytet av känsloupplevelser mellan terapeuten och patienten som en klanglåda som hela tiden fylls på och skapar nya resonanser. Andra terapeuter beskriver liknande upplevelser, detta skulle kunna kopplas till en teori inom vilken affekter förstås som cykliska, mångbottnade, våg-liknande och djupt interrelaterade förlopp snarare än linjära sådana med en tydlig orsak-verkan-logik (Koch & Fischman, 2011).

Stämma av och finreglera. Vår tolkning av terapeuternas beskrivningar runt deras upplevelser av dyadisk affektreglering är att det mycket handlar om finstämdhet och följsamhet. Terapeuterna beskriver att de noga följer sina patienters kroppsspråk, tonläge, mimik, språkbruk och rörelser för att fånga upp och förstå patientens känslomässiga tillstånd och därifrån hjälpa patienten med den typ av reglering som hen är i behov av. De beskriver att det handlar om minimala steg av intoning, brott och reparation där terapeuten hela tiden känner in om det finns kontakt eller inte. Detta sätt att arbeta med finreglering av affekter påminner om den typ av intersubjektiv affektreglering som sker mellan barn och anknytningsperson (Beebe, Jaffe & Lachmann, 2005; Tronick et al., 1998). Den intersubjektiva affektregleringen har beskrivits som att dansa vals där anknytningspersonen och barnet hela tiden följer och anpassar sig till varandra (Stern, 1977). Det bildar sedan en inre modell för affektreglering som barnet tar med sig och lär sig att självreglera känslor med. Flera terapeuter beskriver just affektregleringen som en dans där det hela tiden gäller att följa patienten men samtidigt nästan ligga steget före. De beskriver det som ett tålmodigt arbete, där de tillsammans med patienten bygger nya inre modeller som patienten, på ett implicit sätt, sedan använder sig av utanför terapeutrummet.

Det är således ett terapeutiskt arbete som ställer en del krav på terapeutens närvaro att kunna uppfatta små förändringar i känslolägen och rörelsemönster, något terapeuterna beskriver att de blivit bättre på i och med att de fått mer erfarenhet. Terapeuterna beskriver också att de går tillbaka och tittar på filmade sessioner för att fördjupa sin förståelse av dessa mikrorörelser och få syn på ytterligare skiftningar som de möjligen missat under terapisessionen. Det särskilda sätt som flera av terapeuterna riggat sin kamerautrustning på tillåter dem också att tydligt se sina egna och patienternas ansikten på inspelningarna, vilket hjälper dem att upptäcka egna miner och reaktioner samtidigt som de kan följa samspelet i sin helhet. Terapeuternas angreppssätt liknar det som används i viss forskning där intersubjektiva affektiva processer mikroanalyseras (Beebe, 2017; Stern, 1971, 2004). Inom det forskningsområdet kopplas även små förändringar i affektiva mönster och uttryck ihop med affektreglering på makronivå (Stern, 1995). Det hade varit intressant att bygga vidare på forskning kring mikroanalys för att undersöka dessa affektiva processer mer i detalj. Ett möjligt forskningsområde skulle vara att kombinera kvalitativa intervjuer, både med terapeuter och patienter, med filmade sessioner för att på sätt mer på djupet beskriva dessa interaffektiva processer.

Stanna kvar här och nu. Ett tema som terapeuterna tar upp är vikten av att sätta ord på det som händer, något de beskriver i termer av att göra det implicita explicit. Vi tolkar det som att terapeuterna menar att det är en balansgång mellan att å ena sidan våga dröja kvar i tystnaden och den ordlösa kontakten, och att å andra sidan våga verbalisera det som pågår i relationen. Flera terapeuter säger att det är viktigt att upplevelsen kommer först innan de tillsammans med patienten hittar ett sätt att artikulera den. Detta arbetssätt kopplar till en del av den forskning som finns kring de olika hjärnhalvornas funktion vid affektreglering (Schore, 2011). I denna forskning betonas vikten av att först aktivera särskilda strukturer i höger hjärnhalva som berör de mer omedvetna, implicita processerna. När dessa strukturer är aktiverade involveras särskilda delar av vänster hjärnhalva för att registrera händelsen och sätta ord på upplevelsen (Schore & Schore, 2014; Siegel, 1999). Denna process skulle också kunna beskrivas som interaktionen mellan primära och sekundära affektregleringsprocesser (Hill, 2015). Sammantaget delar terapeuterna en djupgående förståelse för skillnaden mellan dessa olika sätt att reglera affekter och interagera, och en uppskattning för vikten av att använda sig av båda dessa affektregleringssystem för goda terapeutiska resultat. De har också erfarenheter om hur samspelet mellan dessa system kan gå till. De beskriver exempelvis att den verbala och kognitiva förståelsen, som sker i vänster hjärnhalva,

kan sätta igång nya processer i höger hjärnhalva och aktivera känslominnen och tydliga inre bilder. Det kan i så fall bli till ett samspel mellan hjärnhalvorna som är viktigt för att ytterligare kunna fördjupa det terapeutiska arbetet.

Ett annat tema som terapeuterna tar upp är vikten av att medvetet stanna upp och fokusera på de positiva känslorna. Terapeuterna beskriver på olika sätt deras upplevelser av att försöka fånga glimtar av och komma i kontakt med patientens starka sidor, livslust och glädje. Flera terapeuter menar att det är avgörande för terapin att få kontakt med sådana delar för att patienten ska känna mod och tilltro till förändring. De beskriver det som ett samspel där de positiva känslorna, i tillägg till att vara helande i sig själv, behövs för att patienten ska orka med att arbeta med de negativa känslorna. Det finns också stöd i forskning vilken betydelse de positiva känslorna har för att reparera negativa känsloupplevelser (Marini, 2012; Schore, 2005; Schore & Schore, 2008). Terapeuterna beskriver också upplevelser av starka möten där både de och patienten kan känna positiva och negativa känslor på samma gång. Det liknar den forskning där positiva känslor och negativa känslor inte ses som två motpoler, utan istället förstås samspela på ett mer komplext sätt och där tillsynes motstridiga känslor kan existera parallellt (Russel, 2017). Det kan därför vara extra viktigt för patienten att få stanna upp och vila i sina känslor för att på så sätt kunna känna in olika och möjligen oväntade aspekter av sin känsloupplevelse. Att hjälpa patienten tolerera och helst rent av uppskatta denna känslomässiga dubbelhet tänker vi är ett av målen i den terapeutiska processen.

Öppenhet och intimitet. Terapeuterna beskriver hur de upplever att det är att dela sina egna känslor och upplevelser till patienten. De betonar att det de delar är deras egna känslomässiga reaktioner och upplevelser i förhållande till det som händer i terapin och i relation till patienten. Beskrivningarna kopplar till forskningsområden som berör känslomässigt självutlämnande och allians (Bridges, 2005; Pinto-Coelho, Hill & Kivlighan Jr, 2016; Prens, 2009). Ett nytt begrepp är I-sharing, som definieras som en subjektivt delad verklighet i nuet mellan patient och terapeut (Pinel, Long & Huneke, 2015). Det är ett begrepp som påminner om terapeuternas beskrivningar av delade starka känslomässiga upplevelser i nuet med patienten. Några terapeuter beskriver det som avgörande att patienten känner att terapeuten kan möta dem i deras subjektiva verklighet. De beskriver det som att patienten ibland behöver få känna och veta att terapeuten är på samma upplevelsemässiga position som de själva är. Det gör att det kan uppstå väldigt starka band mellan terapeut och patient, vilket emellertid också kan komplicera

arbetet, då önskade gränser gällande känslomässig intimitet tangeras och riskerar att överskridas, både för patient och terapeut (Pinel, Bernecker & Rampy, 2015). Begreppet I-sharing är relativt outforskat och det hade varit spännande att studera hur det kan kopplas till forskningen kring känslomässiga band mellan terapeut och patient inom alliansforskningen. Det hade varit intressant att utforska hur terapeuter använder sig av sina självupplevda erfarenheter och hur det är kopplat till hur pass effektiv en terapi är.

Ett annat tema i studien är terapeuternas användande av implicit kunskap. Flera terapeuter beskriver att de arbetar med inre bilder som kommer upp under terapiprocessen, bilder som kan komma från både terapeut och patient. Några terapeuter beskriver hur de arbetar med porträttering, där de tillsammans med sina patienter är med och fördjupar och går in i minnen som patienten ofta inte delat med någon annan. De beskriver också hur de successivt försöker öppna sig för det omedvetna och låta det vara en viktig del i terapin. Det kommer allt mer forskning och studier på att omedveten affektreglering är minst lika viktig som den medvetna (Schore, 2011; Schore & Schore, 2008, 2014). Det har gjort att det finns en ökad förståelse att svårigheter med primär affektreglering inte enkelt kan adresseras med tankemässiga interventioner utan ofta behöver nås på ett mer instinktivt, direkt och kroppsligt rotat plan (De Gelder, Morris & Dolan, 2005; Schore, 2014). Flera terapeuter beskriver vikten av att närma sig det omedvetna, på gränsen till det intuitiva, och att det i vissa fall kan vara avgörande för att nå en terapeutisk förändring. Det ligger nära ett nytt forskningsområde som undersöker intuition och embodiment (Hill, 2015; Tantia, 2014). Några terapeuter beskriver att deras arbete med det intuitiva och omedvetna kan kopplas till att de själva känner sig trygga i relationen med patienten och framförallt till deras egna kroppsliga närvaro.

Styrkor och svagheter

Vår ambition med våra intervjuer var att få till levande samtal om konkreta händelseförlopp som på olika sätt kopplade till vår frågeställning centrerad kring dyadisk affektreglering, där tanken var att den dyadiska affektregleringen, ständigt närvarande inom AEDP, skulle komma att belysas från flera olika typer av situationer som terapeuterna själva uppfattade som angelägna. Vi uppfattar att vår ambition i huvudsak lyckades, och samtalen med terapeuterna upplevde vi som levande och rika på intressant material. En anledning till att vi fick ett rikt material är förmodligen att vi intervjuade terapeuter med så lång erfarenhet av terapi i allmänhet och av AEDP i synnerhet. Det är på många sätt ett unikt material, då det just i Sverige

finns ett flertal AEDP-terapeuter med gedigen erfarenhet, även ur ett internationellt perspektiv.

Det har, vad vi känner till, inte gjorts någon studie tidigare som fokuserat på dyadisk affektreglering utifrån terapeuternas egna upplevelser. Förhoppningsvis kan vår studie bidra till en ökad förståelse om hur det konkret går till att arbeta med dyadisk affektreglering som terapeut. Vår studie är även en av de första studierna om AEDP som skrivs av personer som inte har någon tidigare erfarenhet av terapiformen, vilket har medfört att vi kunnat analysera resultaten utifrån ett nytt perspektiv.

Vårt intervjuupplägg genererade emellertid ett brett material som blev en blandning av terapeuternas teoretiska förståelse av terapi mer generellt och deras egna upplevelser från särskilda terapier mer specifikt, trots vår intention och våra försök att fokusera på terapeuternas egna upplevelser och styra intervjuerna mot det i deras beskrivningar som handlade om affekter och dyadiskt relaterande.

Detta, i tillägg till att vi hade 6 deltagare, vilket är relativt mycket i en IPA-studie, genererade ett material som stundvis var svåröverskådligt och inte enkelt lånade sig till tematisering. I efterhand tänker vi att det hade varit bra om vi varit tydligare med att vårt fokus var på terapeuternas egna upplevelser, och en sak som hade kunnat vara hjälpsam vore om vi hade bett terapeuterna noggrant tänka igenom ett specifikt eller flera specifika terapiförlopp som de på något sätt upplevde som särskilt relevant i relation till dyadisk affektreglering. Det hade också underlättat om vi hade haft färre deltagare och möjligen lite längre intervjuer istället, för att också där få mer djup och mindre bredd. Detta kunde gett oss rikare beskrivningar av fenomenen kopplade till dyadisk affektreglering vi sökte nå och förstå.

Annorlunda uttryckt skulle man kunna säga att det idiografiska elementet som betonas inom IPA blev lidande av nuvarande upplägg (Smith et al., 2009). Dessa betänkligheter till trots var det givande att träffa så många terapeuter och den bredd vi fick i materialet var också intressant och gav oss möjlighet att få en god allmän inblick i det terapeutiska arbetet inom AEDP. I relation till vår frågeställning finns emellertid en viss dissonans, och ett mer lämpligt syfte i relation till vårt sätt att genomföra intervjuerna på hade kanske varit att undersöka terapeuternas upplevelser av att arbeta med AEDP mer generellt.

Även gällande metodvalet av IPA finns vissa betänkligheter som har att göra med det teoretiska konstruktet dyadisk affektreglerings lämplighet som infallsvinkel för en IPA-studie, i och med att vår ingång skiljer sig på vissa viktiga punkter från hur många andra IPA-studier ser

ut (Smith, 2011). Dyadisk affektreglering är något som finns invävt i den terapeutiska processen i mycket hög grad, vilket gör det svårt att abstrahera upplevelsen av den dyadiska affektregleringen. Fenomenet dyadisk affektreglering är i sig ett mångbottnat och komplext begrepp som inkluderar en bredd av yttringar som också begripliggörs något olika inom olika forskningsfält. Vår studie skiljer sig på så vis från en typisk IPA-studie, där utgångspunkten typiskt är ett mer tydligt avgränsat fysiologiskt eller psykologiskt tillstånd som exempelvis depression, cancer eller kronisk smärtproblematik (Smith, 2011; Willig, 2013).

Slutsats

Sammanfattningsvis har vi fått ta del av ett rikt material ur vilket många fler intressanta analyser hade kunnat göras om vi hade valt andra frågeställningar. Under arbetets gång märkte vi att våra frågeställningar var tätt sammankopplade med varandra och med den terapeutiska processen i stort. Det har blivit tydligt att dyaden är en förutsättning för att arbeta med affektreglering och att reglera affekter tillsammans i sin tur är en förutsättning för att skapa en dyad.

Det har varit intressant att ta del av erfarna terapeuters upplevelser och beskrivningar. Vi har ibland blivit tagna och rörda av materialet, inte minst när terapeuterna delat upplevelser som varit av tydlig personlig betydelse för dem. Det har varit särskilt intressant att terapeuternas upplevelser av dyadisk affektreglering på olika sätt har kunnat kopplas till den modern forskning inom relationell psykodynamisk terapi med begrepp som interpersonell synkronisering, sensomotorisk feedback, dyadisk mindfulness, embodied affectivity, interaffektivitet, I-sharing, samt intuition och embodiment.

Vår uppfattning är att detta är ett ständigt växande forskningsfält och vår förhoppning är att vår studie har bidragit med ett inifrånperspektiv som kan ge ringar på vattnet för nya och mer omfattande studier där upplevelser från den kliniska verkligheten kan knyts ihop med det senaste inom olika forskningsområden. Vår förhoppning är också att dessa kunskaper på sikt ska kunna spridas till blivande och praktiserande kliniker för att de ska kunna utveckla sitt arbete med affektreglering i terapirummet oavsett terapimetod. Det finns idag en allt större förståelse för hur viktig den terapeutiska relationen och alliansen är för att en terapi ska bli framgångsrik. Vår uppfattning är att dyadisk affektreglering på många sätt kan kopplas ihop med de känslomässiga band som skapar en god allians.

Det som utmärkte sig i vårt resultat var hur central kroppen är för den dyadiska

affektregleringen och hur pass mycket terapeuterna använde sig av sina egna kroppar. Det blev tydligt att terapi inte bara handlar om att prata utan till en stor del handlar om konkreta upplevelser i kroppen och medvetenhet om dessa, samt kunskap om hur man ska ta detta vidare. Det är tyvärr ett perspektiv som ofta saknas i många terapiformer och inte minst i utbildningen för blivande psykologer och terapeuter. Vi hoppas att det kommer att förändras i framtiden och att blivande terapeuter får lära sig mer om hur känslor är förankrade i kroppen, och hur viktigt det är för terapeuter att vara närvarande i kropp och vara kompetenta att omsätta detta på ett terapeutiskt gynnsamt sätt.

Referenser

- Allen, J. G., & Fonagy, P. (Eds.). (2006). *The handbook of mentalization-based treatment*. New York: John Wiley & Sons.
- Allwood, C. & Erikson, M. (2010). *Grundläggande vetenskapsteori för psykologi och andra beteendevetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.
- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion Vetenskapsfilosofi och kvantitativ metod (3. uppl.)* Lund: Studentlitteratur.
- Beebe, B. (2014). My journey in infant research and psychoanalysis: Microanalysis, a social microscope. *Psychoanalytic Psychology*, 31(1), 4-25.
- Beebe, B. (2017). Daniel Stern: Microanalysis and the Empirical Infant Research Foundations. *Psychoanalytic Inquiry*, 37(4), 228-241.
- Beebe, B., Jaffe, J., & Lachmann, F. (2005). A dyadic systems view of communication. *Relatedness, self-definition, and mental representation: Essays in honor of Sidney J. Blatt*, 23-42.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1988). Mutual Influence Structures. *Progress in Self Psychology*, 3, 3-25.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1998). Co-constructing inner and relational processes: Self-and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 15(4), 480.
- Berlin, L. J., Cassidy, J., & Belsky, J. (1995). Loneliness in young children and infant-mother attachment: A longitudinal study. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-)*, 91-103.
- Blum, M. C. (2015). Embodied mirroring: A relational, body-to-body technique promoting movement in therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(2), 115.
- Bridges, N. A. (2005). *Moving Beyond the Comfort Zone in Psychotherapy*. Lanham: Jason Aronson.
- Chiesa, A., Serretti, A., & Jakobsen, J. C. (2013). Mindfulness: Top-down or bottom-up emotion regulation strategy?. *Clinical psychology review*, 33(1), 82-96.
- Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A., & Panzeri, M. (2016). Schema Therapy for Emotional Dysregulation: Theoretical Implication and Clinical Applications. *Frontiers in psychology*, 7.
- Dales, S. (2008). Attachment, affect regulation and mutual synchrony in adult psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 62(3), 283.
- De Gelder, B., Morris, J. S., & Dolan, R. J. (2005). Unconscious fear awareness of faces and voices. influences emotional awareness of faces and voices. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(51), 18682-18687.

- Ekman, P. (1984). Expression and the nature of emotion. *Approaches to emotion*, 3, 19-344.
- Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., & Barlow, D. H. (2010). Emotions, emotion and psychological treatment: A unified perspective. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 283-309). New York: Guilford Press.
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in psychology*, 7.
- Feldman, R. (2007). Parent–infant synchrony: Biological foundations and developmental outcomes. *Current directions in psychological science*, 16(6), 340-345.
- Finlay, L. (2009). Debating Phenomenological Research Methods. *Phenomenology & Practice*, 3(1), 6-25.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (Eds.). (2004). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. London: Karnac books.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. New York: Basic Books.
- Fosha, D. (2001). The dyadic regulation of affect. *Journal of clinical psychology*, 57(2), 227-242.
- Fosha, D. (2002). The activation of affective change processes in accelerated experiential-dynamic psychotherapy (AEDP). *Comprehensive handbook of psychotherapy*, 1, 309-344.
- Fosha, D. (2004). ‘Nothing that feels bad is ever the last step:’ the role of positive emotions in experiential work with difficult emotional experiences. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 30-43.
- Fosha, D. (2005). Emotion, true self, true other, core state: toward a clinical theory of affective change process. *The Psychoanalytic Review*, 92(4), 513-551.
- Fosha, D. (2006). Quantum transformation in trauma and treatment: Traversing the crisis of healing change. *Journal of clinical psychology*, 62(5), 569-583.
- Fosha, D. (2010). Wired for healing: Thirteen ways of looking at AEDP. *Transformance: The AEDP Journal*, 1(1).
- Fosha, D., Siegel, D. J., & Solomon, M. (Eds.). (2009). *The healing power of emotion: Affective neuroscience, development & clinical practice*. New York: Norton & Company.
- Fuchs, T. (2016). Intercorporeality and interaffectivity. *Phenomenology and Mind*, (11), 194-209.
- Fuchs, T., & Koch, S. C. (2014). Embodied affectivity: on moving and being moved. *Frontiers in psychology*, 5.
- Glenberg, A. M. (2010). Embodiment as a unifying perspective for psychology. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 1(4), 586-596.

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Greenberg, L. (2014). The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, 51(3), 350.
- Greenberg, M. L. (2016). *Emotion regulation across psychotherapy models: A unifying concept?* (Doctoral dissertation, Rutgers The State University of New Jersey, Graduate School of Applied and Professional Psychology).
- Grecucci, A., Frederickson, J., & Job, R. (2017). Advances in emotion regulation: From neuroscience to psychotherapy. *Frontiers in psychology*, 8, 985.
- Grecucci, A., Recchia, L., & Fredericson, J. (2017). For a methodology of based on psychodynamic principles. regulation based on psychodynamic principles. *Journal of Psychoanalysis and Education*, 8(2), 4-13.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387-401.
- Gross, J. J., Sheppes, G., & Urry, H. L. (2011). Taking one's lumps while doing the splits: A big tent perspective on emotion generation and emotion regulation. *Cognition & Emotion*, 25(5), 789-793.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Hill, D. (2015). *Affect regulation theory: A clinical model*. New York: Norton & Company.
- Koch, S. C. (2014). Rhythm is it: effects of dynamic body feedback on affect and attitudes. *Frontiers in psychology*, 5.
- Koch, S. C., & Fischman, D. (2011). Embodied enactive dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 33(1), 57.
- Koole, S. L., & Tschacher, W. (2016). Synchrony in psychotherapy: A review and an integrative framework for the therapeutic alliance. *Frontiers in psychology*, 7.
- Koole, S. L., Van Dillen, L. F., & Sheppes, G. (2011). The self-regulation of emotion. *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*, 22-40.
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Eds.). (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun. (3. uppl.)* Lund: Studentlitteratur.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi: att låta en värld öppna sig*. Malmö: Liber.

- Lilliengren, P., Johansson, R., Lindqvist, K., Mechler, J., & Andersson, G. (2016). Efficacy of experiential dynamic therapy for psychiatric conditions: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy, 53*(1), 90-104.
- Lundh, L. G. (2017). Relation and technique in psychotherapy: Two partly overlapping categories. *Journal of Psychotherapy Integration, 27*(1), 59.
- Marini, N. (2012). *Positive emotion in psychotherapy: An exploratory study*. McGill University (Canada).
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of Perception*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Messina, I., Sambin, M., Beschoner, P., & Viviani, R. (2016). Changing views of emotion regulation and neurobiological models of the mechanism of action of psychotherapy. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience, 16*(4), 571-587.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal Of Counseling Psychology, 52*(2), 250–260.
- Moyal, N., Henik, A., Anholt, G.E. (2014). Cognitive strategies to regulate emotions—current evidence and future directions. *Frontiers in Psychology, 4*, 1019.
- Ogden, P. (2009). Emotion, Mindfulness, and Movement. *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*, 204-231.
- Ogden, P., Pain, C., & Fisher, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatric Clinics, 29*(1), 263-279.
- Ogden, T. H. (1994). The analytical third: working with intersubjective clinical facts. *Int. J. Psycho-Anal, 75*(1), 3-20.
- Pietkiewicz, I., & Smith, J. A. (2014). A practical guide to using interpretative phenomenological analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal, 20*(1), 7-14.
- Pinel, E. C., Bernecker, S. L., & Rampy, N. M. (2015). I-sharing on the couch: On the clinical implications of shared subjective experience. *Journal of Psychotherapy Integration, 25*(2), 59.
- Pinel, E. C., Long, A. E., & Huneke, M. (2015). In the blink of an I: On delayed but identical subjective reactions and their effect on self-interested behavior. *The Journal of social of social psychology, 155*(6), 605-616.
- Pinto-Coelho, K. G., Hill, C. E., & Kivlighan Jr, D. M. (2016). Therapist self-disclosure psychodynamic psychotherapy: A mixed methods investigation. *Psychodynamic psychotherapy. Counselling Psychology Quarterly, 29*(1), 29-52.
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal Of Counseling Psychology, 52*(2), 126-136.

- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. New York: Norton & Company.
- Prenn, N. (2009). I second that emotion! On self-disclosure and its metaprocessing. *Psychotherapist revealed: Therapists speak about self-disclosure in psychotherapy*, 85-99.
- Prenn, N. C., & Fosha, D. (2017). *Supervision essentials for accelerated experiential dynamic psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rottenberg, J., & Gross, J. J. (2007). Emotion and emotion regulation: A map for psychotherapy researchers. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 323-328.
- Russell, J. A. (2017). Mixed emotions viewed from the psychological constructionist perspective. *Emotion Review*, 9(2), 111-117.
- Ryen, A. (2004). *Kvalitativ intervju – från vetenskapsteori till fältstudier*. Malmö: Liber.
- Schechter, D. S. (2017). On traumatically skewed intersubjectivity. *Psychoanalytic Inquiry*, 37(4), 251-264.
- Schoettle, E. A. (2009). *A qualitative study of the therapist's experience practicing Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy (AEDP): An exploration of the dyadic process from the clinician's perspective* (Doctoral dissertation, Wright Institute).
- Schore, A. N. (2003a). *Affect Dysregulation and disorders of the Self*. New York: Norton & Company.
- Schore, A. N. (2003b). *Affect Dysregulation and the repair of the Self*. New York: Norton & Company.
- Schore, A. N. (2005). Attachment, affect regulation, and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in Review*, 26(6), 204-217.
- Schore, A. N. (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 21(1), 75-100.
- Schore, A. N. (2015). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. London: Routledge.
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9-20.
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2014). Regulation theory and affect regulation psychotherapy: A clinical primer. *Smith College Studies in Social Work*, 84(2-3), 178-195.
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379-405.
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*.

- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind* (Vol. 296). New York: Guilford Press.
- Sletvold, J. (2014). *The embodied analyst: From Freud and Reich to relationality*. London: Routledge.
- Smith, J. A. (Ed.). (2015). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. London: SAGE Publications.
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health psychology review*, 5(1), 9-27.
- Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory method and research*. London: SAGE Publications.
- Sonnby-Borgström, M. (2005). *Affekter, affektiv kommunikation och anknytningsmönster: ett bio-psyko-socialt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Stern, D. N. (1971). A micro-analysis of mother-infant interaction: Behavior regulating social contact between a mother and her 3 1/2-month-old twins. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 10(3), 501-517.
- Stern, D. N. (1977). *The First Relationship*. Cambridge: Harvard University Press.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. London: Karnac Books.
- Stern, D. N. (1995). The motherhood constellation. *A Unified View of Parent Infant*. London: Karnac books.
- Stern, D. N. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'something more than interpretation'. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 79(5), 903.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton & Company.
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1984). Psychoanalytic phenomenology: Toward a science of human experience. *Psychoanalytic Inquiry*, 4(1), 87-105.
- Taipale, J. (2016). Self-regulation and beyond: Affect regulation and the infant-caregiver dyad. *Frontiers in psychology*, 7.
- Tantia, J. F. (2014). Is intuition embodied? A phenomenological study of clinical intuition in somatic psychotherapy practice. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 9(4), 211-223.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 25-52.
- Tomkins, S. S. (1962). *Affect, imagery, consciousness: Vol. 1. The positive affects*. Oxford, England: Springer.

- Tompkins, S. S. (1963). *Affect, imagery, consciousness: II. The Negative Affects*. Oxford, England: Springer.
- Trevarthen, C. (2009). Embodied human intersubjectivity: Imaginative agency, to share meaning. *Cognitive Semiotics*, 4(1), 6-56.
- Tronick, E., Adamson, L. B., Als, H., & Brazelton, T. B. (1975). Infant emotions in normal and pertubated interactions. In *biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Denver, CO*.
- Tronick, E. Z., Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. & Stern, D. N. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant mental health journal*, 19(3), 290-299.
- Tschacher, W., Rees, G. M., & Ramseyer, F. (2014). Nonverbal synchrony and affect in dyadic interactions. *Frontiers in psychology*, 5.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- White, E. (2010). *Lonely: Learning to live with solitude*. Toronto: McClelland & Stewart.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. Maidenhead: McGraw-Hill Education.

Bilaga 1 – Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Nedan presenteras de teman vi kokat ihop. Som ni säkert ser är de tagna direkt från Foshas terminologi. Vi har efter detta skrivit några rader om vår förståelse av begreppen, mest för att göra det lite fylligare.

UNDOING ALONENESS

Att hjälpa patienten släppa de känslomässiga och psykiska barriärer som ligger till grund för kroniska upplevelser av fränkoppling och ensamhet och som ofta är så plågsamma. Dessa barriärer bidrar också till fobiska eller rent av traumatiserande förhållningssätt till vissa egna känslomässiga reaktioner. Ett sätt att hjälpa med ensamheten är genom att berätta om och förmedla hur patienten påverkar terapeuten.

MAKE THE IMPLICIT EXPLICIT, AND THE EXPLICIT EXPERIENTIAL

Att tona in och lyfta fram det som annars typiskt tillåts pågå i bakgrunden i en terapi. Det kan vara både yttringar kopplade till anknytningsrelationen och positiva glimtar av patientens genuina själv. Efter att ha uppmärksammat kan man hjälpa dröja vid det så att patienten får möjlighet att fullt ta in vad som händer och möjlighet att uttrycka det. Sedan bör terapeuten typiskt sett inleda ett metaprocessande av händelsen, för att ytterligare befästa och vidare transformera.

GOING BEYOND MIRRORING

Att vara närvarande och hjälpa patienten fördjupa kärnaffekt steg för steg, inte bara spegla känslan. Ett annat sätt som terapeuten går bortom spegling är genom att tydligt visa explicit empati, radikal acceptans och vilja att hjälpa. Också bejaka och glädja sig åt starka, konstruktiva och genuina delar av patientens själv – och tydligt kommunicera detta!

NOTHING THAT FEELS BAD IS EVER THE LAST STEP

Att vara närvarande även i tunga och negativa känslor med en välgrundad tillit till att det finns något värdefullt att hämta. Positiva affektiva markörer åtföljer varje genuin transformativ upplevelse, hur liten eller stor denna än må vara. Inte nödvändigtvis njutbart eller trevligt, men att det känns rätt och sant och befriande. Och om det inte känns så: jobba vidare tills det gör det!

EXISTING IN THE HEART AND MIND OF THE OTHER

Patienten måste få tillåtas existera i terapeutens sinne och hjärta och vara föremål för dennes eftertänksamma, reflekterande omtänksamhet och kärlek. Genom detta kan genuin trygghet skapas och patienten kan våga träda fram med både starka och trasiga delar. En process som med tiden blir mer och mer ömsesidig.

Bilaga 2 – Informationsbrev



LUNDS
UNIVERSITET

Hej!

Vi är två psykologstudenter vid Lunds Universitet som under höstterminen 2017 skriver vår examensuppsats. Vi är mycket intresserade av AEDP och kontakter er då vi skulle vilja intervjua terapeuter som är välutbildade (minst steg 3) inom terapiformen.

Vi har bestämt oss för att undersöka hur *dyadisk affektreglering* tar sig i uttryck i terapirummet, både konkret och upplevelsemässigt. Detta fokus har vi valt eftersom fenomenet är av central betydelse för de affektiva förändringsprocesser som man försöker få till stånd inom AEDP, samtidigt som det med sin betoning på det *dyadiska* eller *relationella* särskiljer AEDP från många andra terapiformer. Genom analys och tematisering av intervjuerna vill vi belysa fenomenet från ett konkret och upplevelsemässigt perspektiv och på så vis skapa en bättre klinisk förståelse för detta teoretiska begrepp, så att blivande och praktiserande kliniker kan få bättre insikt i hur de ska arbeta med affektreglering i terapirummet.

Under vecka 44 (30 okt till 3 nov) hade vi tänkt genomföra samtliga intervjuer. Intervjuerna kommer ta cirka en timme och det är bara en av oss som kommer vara närvarande vid respektive intervju. Vi kommer använda oss av en frågeguide som vi skickar ut cirka en vecka innan så att du får möjlighet att läsa igenom frågorna innan intervjun. Om du har möjlighet vid något tillfälle dessa dagar är vi tillgängliga när som, mejla gärna därför tillbaka med ett förslag på en tid då du kan.

Och så det formella: 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 avidentifieras. Om du vill får du också läsa uppsatsen innan publicering och föreslå ändringar.

Hör av dig om du vill vara med eller om du har någon fundering, t.ex. gällande tider. Vi uppskattar också om du hör av dig om du inte kan vara med.

Vänliga hälsningar

Oscar Widinghoff & Pär Bergström
Lund 3 oktober 2017