



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoterapeutprogrammet*

**Utan fokus går jag vilse**  
**En kvalitativ studie om fokus i ISTDP**

**Déspina Katsianikou Benér**

Psykoterapeutexamensuppsats. 2018

Handledare: Jan-Åke Jansson  
Examinator: Per Johnsson

## **Sammanfattning**

Syftet med uppsatsen var att beskriva hur psykoterapeuter i Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) förhåller sig till fokus i den psykoterapeutiska processen. En kvalitativ ansats har använts för att uppnå resultatet, som analyserades med hjälp av tematisk innehållsanalys. Sju legitimerade psykoterapeuter utbildade i ISTDP-metoden intervjuades. Fokus skapas inledningsvis genom att patient och terapeut hjälps åt med att formulera patientens problem som ett inre känslomässigt problem, som bearbetas genom Malans konflikt- och persontrianglar för att förstå hur patientens kärnkonflikt uppstår. Fokus beskrivs även som en fokuserad aktivitet i rummet där patient och terapeut tillsammans har en gemensam uppmärksamhet på patientens problem. Fokus hålls på flera olika nivåer under en och samma terapisession. Terapeuten håller fokus på den överenskomna problemformuleringen, samtidigt som fokus hålls på det problem patienten presenterar i den aktuella sessionen, för att samtidigt hålla fokus på de reaktioner och responser som visar sig i rummet. Fokus upprätthålls genom hela terapin genom att systematiskt följa ISTDP-metoden och dess olika terapeutiska tekniker och interventioner, vilket påverkar överföringsrelationen. Terapeuten behöver träna på metoden, vara modig, aktiv och exponera sitt arbete både för sig själv, kollegor och handledare.

Nyckelord: Fokus, ISTDP, problemformulering, inre känslomässigt problem, terapeutiska tekniker och interventioner.

## **Abstract**

The purpose of the paper was to describe how psychotherapists in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) relate to focus in the psychotherapeutic process. A qualitative approach was used to obtain results that were analyzed using thematic analysis. Seven registered psychotherapists, trained in the ISTDP method, were interviewed. Focus is initially created by patient and therapist jointly formulating the patient's problem as an internal emotional problem that is explored through Malan's conflict and person triangles to understand how the patient's core conflict arises. Focus is also described as a focused activity in the room in which the patient and therapist together have a joint attention on the patient's problem. Focus is maintained on several different levels during each therapy session. The therapist maintains focus on the agreed formulation of the problem, while at the same time focus is kept on the problem the patient presents in the current session, to keep focus on the reactions and responses that appear in the room. Focus is maintained throughout therapy by systematically adhering to the ISTDP method and its different therapeutic techniques and interventions, which affects the transference relationship. Therapists need to practice the method, be brave, active, and expose their work to both themselves, their colleagues, and their supervisors.

Key words: Focus, ISTDP, problem formulation, internal emotional problem, therapeutic techniques and interventions.

Introduktion .....	1
Intensive short-term dynamic psychotherapy .....	2
Bakgrund till ISTDP.....	2
Bakomliggande teori .....	3
Malans trianglar.....	3
Psykodiagnostik .....	5
Den medvetna och omedvetna alliansen .....	6
Tekniker och interventioner i ISTDP .....	7
Den kompromisslösa hållningen .....	9
Central dynamic sequence (CDS) och provterapi .....	9
Fokusbegreppet .....	10
Allmänt om fokus.....	10
Fokus enligt ISTDP.....	12
Fokus på känslor.....	12
Skapa effektivt fokus i ISTDP .....	12
Avslutningsvis.....	14
Syfte .....	14
Metod.....	14
Deltagare .....	14
Instrument .....	15
Design .....	15
Procedur .....	15
Dataanalys.....	16
Etik.....	17
Resultat .....	18
Vad är fokus och hur skapas det? .....	18
Funderingar kring fokus. ....	18
Fokus på att få kontakt. ....	18
Fokus att nå affekterna .....	19

Rikta uppmärksamhet på det som är angeläget.....	19
Problemformulering.....	20
Kärnkonflikten.....	20
Skapa samförstånd.....	20
Flera nivåer av fokus.....	21
Upprätthålla fokus.....	22
Moment to moment.....	22
Fronten och tajming.....	22
Fronten och utan mina begär.....	22
Fronten, sammanfattningar, moment to moment.....	23
Fronten och att gå tillbaka till fokus.....	24
Sammanfatta och bygga kapacitet.....	24
Press.....	24
Press, utmana, CDS, Malans trianglar.....	25
Kameran.....	25
Titta på kroppen.....	26
Den terapeutiska relationen och allians.....	26
Det terapeutiska mötet.....	26
Hålla kvar.....	27
Överföringsrelationen.....	28
Terapeuten.....	29
Träning.....	29
Automatisera.....	29
Mod.....	30
Att ta ställning och tro på förändring.....	31
Diskussion.....	31
Metoddiskussion.....	31
Deltagarna.....	31

Instrument.....	31
Procedur. ....	32
Dataanalys. ....	32
Överförbarhet. ....	33
Terapeutens egenskaper .....	33
Forskarens roll.....	33
Resultatdiskussion.....	34
Vad är fokus i ISTDTP? .....	34
Upprätthålla fokus .....	36
Den terapeutiska relationen, allians och överföringsrelationen .....	38
Terapeuten.....	39
Slutsatser .....	40
Avslutningsvis.....	41
Kliniska implikationer .....	42
Framtida forskning.....	42
Referenser .....	44

## Introduktion

Jag började intressera mig för Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) redan när jag studerade grundläggande psykoterapiutbildning. ISTDP är en välbeforskad metod med goda resultat (Abbass, 2016; Driessen et al. (2013); Solbakken & Abbass, 2014 & Town, Abbass & Bernier, 2013) och det är genom teorin i ISTDP som jag förstod den psykodynamiska teorin. ISTDP som metod erbjuder ett systematiskt arbetssätt att arbeta dynamiskt. Mitt intresse för ISTDP ledde till att jag genom handledning och egenstudier började arbeta efter metoden. Hösten 2017 fick jag möjligheten att gå pre-core<sup>1</sup> utbildningen och till hösten 2018 påbörjar jag core- training<sup>2</sup>. ISTDP verkar ha enkla principer men det är en svår metod att följa, vilket även informanterna vittnar om. Metoden kräver mycket träning och särskilt de videoinspelade sessionerna är viktiga i terapeutens lärande- och utvecklingsprocess. Det är många delar som jag finner svåra i ISTDP och framför allt har jag kommit att intressera mig för begreppet fokus. Utan fokus går jag vilse och tappar kompassen i processen. Jag glider med i patientens försvar och hamnar i överföringsneuros<sup>3</sup>. Patientens motstånd tar över. Då blir det svårt att komma ihåg och stanna upp i det vi är i färd med att utforska som oftast är det smärtsamma. Målet med psykodynamisk terapi är att nå det omedvetna. Där löses den inre konflikten upp genom att patienten får kontakt med de trauman och de affekter som aktiverades och som bildat de försvar som gett patienten symptom och som vi kommer i kontakt med i terapirummet (Abbass 2015; Coughlin, 2017 & Frederickson, 2013). Genom att gå med i patientens motstånd, vilket sker om man tappar fokus, blir vägen till det omedvetna onödigt lång. Min kamp för att hitta, hålla och förstå fokus är grunden till denna uppsats. Genom att intervjua hur andra ISTDP-terapeuter förhåller sig till fokus hoppas jag få mer insikt och förståelse.

Jag ska nedan försöka beskriva hur jag förstått fokus i ISTDP. Jag inleder med en inblick i ISTDPs bakgrund och teori. Där beskriver jag Malans trianglar, psykodiagnostik, den

---

<sup>1</sup> Pre-core är en tre dagars grundkurs i ISTDP.

<sup>2</sup> Core-training är den treåriga kliniska utbildningen i ISTDP.

<sup>3</sup> När terapeuten svarar på patientens projektion av hans inre objektrelation. Genom att blockera försvaret, projektion, undviker terapeuten att gå in i överföringsneuros och stannar kvar i verkligheten och kan då utforska de känslor som finns inom patienten eller konstatera att det finns svåra känslor som ger ångest och därför svåra att utforska. Beroende på hur högt motstånd patienten uppvisar, anpassar terapeuten takten i interventionerna. Patienter med högt motstånd och låg kapacitet att hårbärgera affekter behöver mer hjälp via det graderade formatet (Abbass, 2015 & Davanloo, 1978).

medvetna och den omedvetna alliansen samt terapeutiska interventioner. Därefter beskriver jag kort vad som allmänt finns skrivet om fokus för att sedan fördjupa mig i hur fokus förstås inom ISTDP.

### **Intensive short-term dynamic psychotherapy**

**Bakgrund till ISTDP.** ISTDP är en intensiv dynamisk korttidsterapimetod som utvecklades av Dr Habib Davanloo mellan åren 1970-1990 i syfte att effektivisera psykodynamisk psykoterapi.

Davanloo (1978) utvecklade ISTDP-metoden bland annat genom att filma terapisessionerna och noga undersöka patienters reaktioner på de interventioner han gjorde. Han tittade även på de inspelade terapisessionerna tillsammans med sina patienter (ibid.) Längre ner i texten beskriver jag teorin bakom metoden och de viktigaste delarna i metoden.

De grundläggande principerna i Davanloo's (1978) teknik och även målet i varje intervention är att försöka hjälpa patienten uppleva, först sina medvetna känslor och därefter omedvetna känslor och impulser. Alltså att undanröja undvikanden (motstånd) som ligger till grund för patientens neuros (ibid.). Endast då kan känslor mötas och upplevas. Här behöver poängteras att ISTDP inte är en "katharsis-metod"<sup>4</sup> det vill säga syftet är inte att patienten endast ska uppleva känslor för upplevandetets skull utan syftet är att det ska leda till de omedvetna, tidigare blockerade, känslorna som är förbundna med traumatiska minnen (kärnminnen), som kommer upp i samband med att patienten kan uppleva känslan i nuet. Den känslan är således "inkörsporten" till det omedvetna. Genom att patienten i nuet kan uppleva hur den aktuella känslan har sina rötter i en bortglömd/bortträngd/undviken känsla från det förflutna, får patienten en känslomässig insikt i hur det hänger ihop och varför hen behövt ta till alla försvar för att hålla känslor borta. Som avslutning på terapisessionen gör terapeuten den dynamiska sammanfattningen det vill säga tolkningen, vilket leder till att den känslomässiga förändringen konsolideras (Coughlin, 2017 & Davanloo, 1978).

ISTDP metoden räknas till korttidsterapier. Den är effektiv i meningen att terapeuten tidigt i processen, under Central dynamic sequence<sup>5</sup> som kallas försöksterapi<sup>6</sup>, försöker få ett grepp om patientens problematik. Terapeut och patient sitter mitt emot varandra och

---

<sup>4</sup> Själslig, inre känslomässig rening.

<sup>5</sup> Komplex systematisk intervjuemetod.

<sup>6</sup> På engelska Trial therapy som informanterna nämner i intervjuerna.



terapeuten observerar patientens reaktioner, även kroppsliga sådana eftersom omedvetna processer företrädesvis manifesterar sig via kroppsliga signaler. Terapierna videofilmas och sessionerna vara i ca 50-60 minuter (Coughlin Della Selva, 2004).

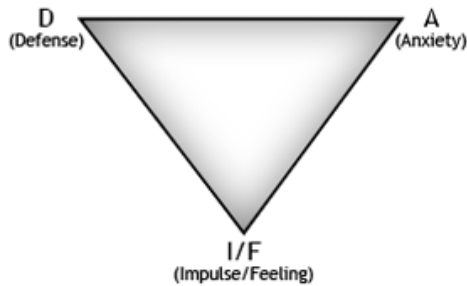
**Bakomliggande teori.** Den teoretiska basen i ISTDP är relationella trauman som uppstår i de tidiga nära relationerna till omsorgspersoner. När de känslomässiga banden till omsorgspersonerna motarbetas eller frustreras, skapar det en inre smärta som genererar reaktiv ilska gentemot den undandragande andre, t.ex. omsorgspersonen. Dessa trauman leder till komplexa känslor gentemot omsorgspersonerna (Abbass, 2015 & Coughlin Della Selva, 2004). Det kan enklast beskrivas som när det lilla barnet utsätts för trauman (t.ex. avvisanden) och inte blir omhändertaget, speglat, hjälpt med att förstå sina affekter, vilket utvecklar sorg, smärta och/eller ilska/raseri hos barnet. Raseriet mot omsorgspersonerna väcker skuld hos barnet vilket leder till att det vänder ilskan mot sig själv, för att skydda omsorgspersonerna. Barnet gör allt för att hålla kvar omsorgspersonerna och behöver då dölja sina känslor och affekter. I det utvecklas olika försvarsstrategier som bildar destruktiva mönster (symtom). Dessa erfarenheter lagras i kroppen och aktiveras vid ny närhet, t.ex. i kontakt med en intresserad terapeut som erbjuder hjälp. När patienten kommer i kontakt med de tidigare undvikna känslorna väcker det ångest. Hela den här processen sker omedvetet i patienten och kallas ”Genetic system within the unconscious” (Coughlin Della Selva, 2004).

ISTDP grundar sig även på Freuds andra ångestteori som kortfattat innebär att det vid fara (t.ex. kontakt med tidigare undvikna känslor) går en signal (ångest) till egot att ett trauma (tidigare upplevd hjälplöshet inför hotet om övergivenhet eller kärleksförlust) är på väg att inträffa (ibid.).

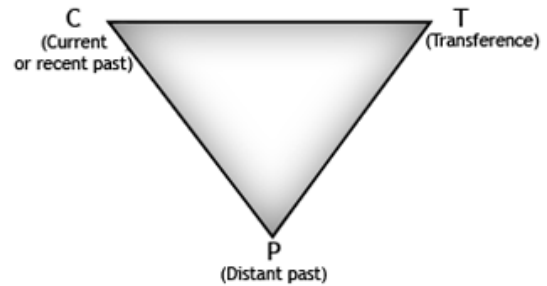
I det terapeutiska mötet kommer patienten i kontakt med tidigare undvikna känslor. Detta väcker komplexa känslor gentemot terapeuten. För att förstå hur patientens inre, se ovan, fungerar i relation till andra (t.ex. terapeuten) använder ISTDP Malans trianglar (Malan, 1981) som förståelseram.

**Malans trianglar.** Malans trianglar (Malan, 1981) hjälper terapeuten att organisera patientens material och fungerar som en guide till olika interventioner (Malan & Coughlin Della Selva, 2007).

## Konflikttriangeln



## Persontriangeln



Figur 1. Malans trianglar. Källa: [http://istdpsweden.se/?page\\_id=17](http://istdpsweden.se/?page_id=17)

Konflikttriangeln (figur 1) beskriver hur den intrapsykiska (inom människans psyke, kan också kallas för kärnkonflikt) konflikten fungerar. När vi kommer i kontakt med känslor (I/F) vi upplever svåra/farliga/förbjudna att bära/hantera, orsakade av relationella stimuli, väcker det ångest (A) och försvar (D). Denna process sker omedvetet. I den terapeutiska situationen försöker vi förstå hur patientens känslomässiga problem yttrar sig utifrån konflikttriangeln. Känslomässiga problem triggas i relation till andra. Persontriangeln (figur 1) beskriver de interpersonella relationerna i den intrapsykiska konflikten som indikerar att dessa personer kan vara terapeuten (T) eller någon annan aktuell person (partner, vän, kollega) i nuet eller i nära tid (C), eller en person (omsorgspersoner eller andra viktiga personer) från det förflutna (P) (Coughlin Della Selva, 2004; Malan, 1981 & Malan & Coughlin Della Selva, 2007). Trianglarna belyses ytterligare under rubriken den medvetna och omedvetna alliansen.

**Känslor.** Känslor eller impulser uppfattas som motorn i det intrapsykiska systemet och har placerats i botten av triangeln. Primära känslor är glädje, lycka, sexuell lust, ilska och sorg. För att patienten ska anses vara i kontakt med känslor behöver de upplevas kognitivt (jag är arg, ledsen...), fysiologiskt (jag känner mig varm, spänd...) och slutligen motoriskt/impuls (jag vill slå, krama...). Om någon av dessa aspekter inte upplevs av patienten indikerar det att patienten inte egentligen känner utan är i försvar (Coughlin Della

Selva, 2004).

**Försvar.** För att hålla ångestframkallande tankar och känslor utom medvetandet använder vi oss av olika försvarsstrategier. Taktiska försvar används för att hålla avstånd och kallas därför relationella. Det kan t.ex. vara att patienten talar fort, byter ämne, undviker ögonkontakt m.fl. Repressiva försvar är intrapsykiska dvs. patienten försvarar sig mot känslor, inom sig själv. Det kan t.ex. vara att isolera känslan, det vill säga man kan inte se känslan patienten beskriver, intellektualisering, bortträngning m.fl. Regressiva försvar förvränger verkligheten. Det kan vara projektion, förnekande, negering, idealisering m.fl. Karaktärsförsvar, som innebär att patienten agerar som omsorgspersonen via patologisk identifikation. Det kan uttrycka sig som självtvivel, självvattacker, nedvärdering av sig själv, självförakt m.fl. (Coughlin Della Selva, 2004 & Sjöholm & Klarin föreläsning pre-core, 2017-10-12).

**Ångest.** Försvar används i ett försök att minska ångest som väcks av ”förbjudna” känslor och tankar. Att förstå patientens ångest, vilken ångestnivå som patienten upplever och vilka vägar ångesten tar, har stor diagnostisk betydelse i ISTPD och behöver uppmärksammas under hela den terapeutiska behandlingen och processen (Coughlin Della Selva, 2004). Det finns tre primära kanalen för ångesten att uttrycka sig genom:

Den tvärstrimmiga, viljestyrda muskulaturen som kroppsligen visar ångestsymtom orsakade av det somatiska nervsystemet genom bl.a. torrhet i mun och ögon, spänningar, suckar, knutna tummar och nävar, spänningar i fötter och ben.

Den glatta muskulaturen som ger ångestsymtom orsakade av det parasympatiska nervsystemet. Det rör sig om icke viljestyrd muskulatur, lokaliserad i luftvägarna, tarm och blodkärl och den visar sig bl.a. genom ökad salivavsöndring, tårar, förminskade pupiller, varma händer, minskad hjärtfrekvens och andning samt diarré.

Kognitiva/perceptuella störningar som inträffar när den omedvetna ångesten stör patientens förmåga att känna och tänka. De visar sig i kroppen genom att patienten ser sämre (t.ex. dimmigt) och hör dåligt s.k. sensorisk förvandling. Den visar sig också som kognitiva störningar, som dissociation eller att patienten tappar tråden, glömmer, hittar inte ord, förstår inte vad terapeuten säger (Abbass, 2015 & Frederickson, 2013).

**Psykodiagnostik.** Varje gång terapeuten frågar, försöker förstå, intervensera på olika sätt bjuds patienten in till en nära relation som leder till en terapeutisk allians/samarbete. Detta triggar samtidigt igång känslor och ångest hos patienten baserat på tidigare relationer.

För att göra en psykodiagnostisk bedömning iakttar terapeuten genom vilken kanal ångesten tar sitt uttryck, om och hur patienten observerar och kan reglera sin ångest och intervenerar därefter. Finns det svårigheter att reglera ångest behöver försvar identifieras som hindrar patienten att observera, uppmärksamma och reglera ångesten. Ju fortare ångest regleras desto större kapacitet att utforska känslor (Frederickson, 2013). Det är av yttersta vikt att genom hela behandlingen fortlöpande undersöka och förstå ångestens vägar. Den diagnostiska bedömningen görs kontinuerligt under behandlingstimmen, och efter varje intervention. Då kan terapeuten anpassa vilka tekniker och interventioner som behöver användas.

Psykodiagnostiken bidrar till att upptäcka vad som är orsaken till symtomen. Patienter med samma diagnos (utifrån DSM<sup>7</sup> eller ICD<sup>8</sup>) och symtom kan ha olika underliggande dynamiska processer och därför behöva olika behandlingar (Coughlin Della Selva, 2001).

**Den medvetna och omedvetna alliansen.** Med hjälp av konflikttriangeln (fig 1) förstår och beskriver terapeuten för patienten hur en känsla triggas och undviks via ångest och/eller försvar. Försvar blockeras genom att terapeuten identifierar dem och klarifierar för att sedan utmana patienten på nytt. Samtidigt behöver terapeuten hålla koll på ångest(nivå) och vilken typ av ångest (tvärstrimmig, glatt, kognitiv) som eventuellt väcks i patienten. Genom att visa på kausaliteten - varför och hur ångesten uppkommer - hjälper terapeuten patienten reglera ångesten men också att observera sina kroppsliga reaktioner och att lära sig skilja på ångest och känslor samt känslor och försvar (Abbass, 2015; Coughlin, 2017 & Frederickson, 2013). Ett öppet systematiskt samarbete för att förstå hur patienten fungerar ökar hans förmåga att observera sig själv och förstå ångestens betydelse. Det väcker också en nyfikenhet hos patienten, i att ta reda på hur hen fungerar och förstå varför det är så svårt att känna. Processen med att förstå Malans trianglar (Malan, 1981) och ångestreaktioner, väcker den medvetna terapeutiska alliansen. Men processen väcker och mobiliserar också komplexa överföringskänslor gentemot terapeuten, som erbjuder en nära relation och därigenom utmanar patienten. Inom patienten aktiveras en kraft, genom att terapeuten erbjuder sig att hjälpa patienten att möta det hen hittills undvikit, och patienten anar (omedvetet) att hen nu har en chans att få ”göra upp” med det som hen hittills trängt bort. Det sker genom det

---

<sup>7</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

<sup>8</sup> International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

omedvetnas sätt att fungera. Det är impulser som strävar efter utlopp (uttrycka sig) som hindras genom försvaren. Terapeuten lyssnar efter signaler från det omedvetna och allierar sig med patientens omedvetna önskan om att få uttrycka och bearbeta det som varit begravt. Även patientens omedvetna kommunicerar med terapeuten. Patientens omedvetna "hör" att terapeuten försöker "befria" hen och "svarar" på det. Mot denna aktiverande kraft inom patienten, står motståndet, som strävar efter att bibehålla allt som det varit och därmed motarbetar den terapeutiska processen, de s.k. tvillingkrafterna (omedvetna terapeutiska alliansen och motståndet). Terapeuten måste samtidigt arbeta med båda krafterna, för att få den omedvetna alliansen att övervinna (befrämja det friska) och sänka motståndet (utmana och blockera försvar och motstånd) (Abbass, 2015 & Coughlin Della Selva, 2004).

Persontriangeln (fig 2) illustrerar överföringen av hur tidigare konfliktfyllda relationsmönster upprepas i nutida/aktuella relationer (C) eller i relation till terapeuten (T) eller i tidigare relationer (P). När patienten väl är i sina affekter och kan uttrycka dem och uppleva dem och får kontakt med de komplexa blandade känslor som finns hjälper det omedvetna patienten att komma i kontakt med specifik incident i det förflutna. Det sker ett skifte där ursprungstraumat spelas upp i patienten och i rummet. Det omedvetna öppnas upp och kärnminnen (de minnen som verkligen har betydelse för traumat) och de känsloreaktioner som var kopplade till traumat kommer till patientens medvetande och därmed möjliggör en bearbetning i nuet med hjälp av patientens mogna delar av jaget (Coughlin, 2017 & Davanloo, 1999).

**Tekniker och interventioner i ISTDP.** Nedan presenteras ett antal, för ISTDP typiska, tekniker och interventioner som ger tillgång till det omedvetna och undanröjer motstånd som motarbetar den terapeutiska processen.

*Pressa*<sup>9</sup>. Att pressa är den mest centrala interventionen i ISTDP och innefattar alla försök att hjälpa patienten att vara känslomässigt närvarande, att nå personen bakom försvaren. Pressa innebär att uppmuntra patienten att göra något bra för sig själv och det finns flera olika typer av press. *Pressa för känslor* innebär att terapeuten upprepat frågar vad patienten känner, hur hen vill uttrycka sin känsla. *Pressa för att vara specifik* innebär att be patienten vara specifik och ge konkreta exempel eller beskriva detaljer i en upplevelse.

---

<sup>9</sup> Pressure. Ett begrepp på en teknisk intervention som ofta uttalas på engelska i svenska sammanhang.

*Press för att uppmuntra samarbete* innebär att fråga efter patientens vilja att undersöka problemet. Samtidigt ger press en diagnostisk bild som visar vägen för vad nästa intervention blir. Om patienten får ångest regleras den. Om patienten svarar med ytterligare försvar hanteras det. Och om patienten svarar med en känsla utforskas känslan (Abbass, 2015 & Davanloo, 1999).

**Utmana**<sup>10</sup>. Till skillnad mot press, som uppmuntrar patienten att göra något gott för sig själv, innebär utmana att be patienten att sluta gör sig själv illa. Det är interventioner som utmanar, som avbryter försvar och motstånd hos patienten. Innan terapeuten börjar utmana patientens försvar och motstånd, måste försvaren, dess natur, funktion och skadliga effekter klarifieras<sup>11</sup>. Genom klarifiering tydliggörs försvarets funktion och dess skadliga inverkan på den terapeutiska relationen och på patientens liv vilket leder till att patienten vänder sig mot (tar avstånd ifrån) försvaret. När väl patienten har vänt sig mot försvaret kan terapeuten använda sig av utmaning när försvar ånyo används. Det finns olika former av utmaning (Abbass, 2015 & Davanloo, 1999).

**Sammanstötning/kollision**<sup>12</sup>. Sammanstötning/kollision är den mest kraftfulla interventionen som används först när försvarsarbetet har gjorts och patienten ser sina försvar, deras skadliga verkan och ändå fortsätter använda dem. Patientens motstånd/försvar utkristalliserar sig i överföring (T i persontriangeln, se fig 1) istället för att hen upplever sina komplexa känslor. För att patienten ska kunna övervinna motståndet och våga känna de komplexa känslor som väcks gentemot t.ex. terapeuten behöver denne utmana patienten via sammanstötning. Det blir ett ”sanningens ögonblick” där patienten kan göra valet att fortsätta undersöka känslor eller låta bli (vilket terapeuten måste acceptera), samtidigt som terapeuten, i det senare fallet, visar för patienten att konsekvenserna blir att terapin inte kommer fungera. Här måste poängteras att det är patienten som gör ett val om hen ska utforska känslor eller inte. Det är inte terapeutens uppgift att försöka ”övertala” patienten att hen borde möta sina bortträngda känslor – att den engagerade terapeuten verkligen vill ”rädda” patienten genom

---

<sup>10</sup> Challenge. Ett begrepp på en teknisk intervention som ofta benämns på engelska i svenska sammanhang.

<sup>11</sup> I ISTDP benämns klarifikation även som ”recap” som är detsamma som sammanfattning.

<sup>12</sup> Head on collision ( HOC). En teknisk intervention som ofta benämns på engelska i svenska sammanhang.

att ta över ”viljan till terapi” och därmed inta en omnipotent roll (Abbass, 2015 & Davanloo, 1999).

**Den kompromisslösa hållningen.** ISTDP terapeuten intar en kompromisslös hållning och är förespråkare för patienten och dennes frihet. Terapeuten visar respekt och omsorg för patienten som person, samtidigt som terapeuten visar icke-respekt och intolerans mot de försvar som lamslår patientens funktioner och bevarar lidande (Malan & Coughlin Della Selva, 2007).

**Central dynamic sequence (CDS) och provterapi.** CDS är en komplex och systematisk intervjuetod, som används för att bedöma patientens symtomatologi och karaktärspatologi och för att bilda sig en uppfattning om de omedvetna drivkrafter som skapar dessa problem, samtidigt som man bedömer patientens jagstyrka och förmåga att bära och hantera ångest och känslor. Detta är anledningen till att en längre tid avsätts för bedömningssamtalet. Bedömningen av patientens förmåga att tillgodogöra sig den här terapiformen baseras på hur patienten svarar på interventioner under ”provterapi” och inte på konventionell diagnostik eller anamnesticke uppgifter. Man kan uttrycka det som att den terapeutiska processen kondenseras under provterapi. Provterapi är till för att ordentligt kunna göra bedömning av patientens aktuella psykiska fungerande och utifrån det lägga upp behandlingsplan. CDS syftar i första hand till att via intervjuetoden bedöma vad som är möjligt (Davanloo, 1999 & Malan & Coughlin Della Selva, 2007).

Terapeuten använder sig av Malans trianglar (Malan, 1981) (fig 1) för att begripliggöra det problem patienten söker för. Nedan presenteras kortfattat delarna i CDS.

1. Undersökningsfasen: Inleds med att terapeuten frågar efter vilket känslomässigt problem patienten behöver hjälp med och om patienten vill undersöka det tillsammans med terapeuten. Därefter ber terapeuten om ett exempel där problemet uppstår.

2. Pressfasen; Terapeuten pressar för känslan utifrån det presenterade exemplet vilket leder till att patientens karakteristiska försvar kommer upp.

3. Utmanafasen: Under denna fas genomarbetas de försvar patienten visar upp. A) terapeuten visar för patienten vilka försvar hen använder ” märker du att du blir vag i din beskrivning”. B) Terapeuten sammanfattar försvarets funktion; ”Kan du se att genom att vara vag så undviker du att känna dina känslor?” C) Terapeuten visar på konsekvenserna; ”Om du fortsätter att undvika dina känslor, genom att förbli vag, kommer vi inte att nå botten av dina problem.”

4. Motstånd i överföring: Försvarsarbetet kommer antingen att leda till ett genombrott av underliggande känslor som är länkade till det förflutna som patienten får kontakt med eller så ökar komplexa överföringskänslor gentemot terapeuten (alltså tidigare upplevda blandade komplexa känslor gentemot annan upplevs omedveten gentemot terapeuten). Samtidigt med försvarsarbetet gör terapeuten en psykodiagnostisk bedömning genom att iaktta ångestnivån.

5. Genombrott av blandade känslor i överföring (antingen till C eller T i persontriangeln) med koppling till tidigare viktiga personer (p).

6. Begripliggöra de minnen, drömmar och associationer som kommit upp i genombrottet.

7. Konsolidering av insikter. Genom att använda Malans trianglar hjälpa patienten förstå sitt presenterade problem utifrån känslor, ångest, försvar. Hur reaktioner i nutid är kopplade till det förflutna och hur mönster formade i det förflutna upprepas i nutid (överföringen). Då skapas ett intrapsykisk fokus (kallas också för att förstå problem dynamiskt) utifrån patientens problemformulering (Coughlin, 2017; Davanloo, 1999 & Malan & Coughlin Della Selva, 2007).

## **Fokusbegreppet**

**Allmänt om fokus.** Vid genomsökning<sup>13</sup> av fokus återfinns fokus ofta kopplat till brief treatment eller time-limited psychodynamic psychotherapy. Fokus kopplas alltså samman med korttidsterapi alternativt tidsbegränsad psykoterapi. De artiklar författaren hittat om fokus i psykodynamisk psykoterapi redogör för hur olika psykoterapeutiska korttidsterapimetoder definierar fokus. Ingen av dem beskriver fokus utifrån ISTDP. Eftersom studien koncentrerar sig på fokus i ISTDP väljer författaren att inte presentera dem närmare än det som anges nedan.

Smith (2006) anför att kännetecknande för korttidsterapi är att etablera fokus som också utgör skillnaden från långtidsterapi. Upprätthållande av fokus har olika funktioner. Den kanske mest essentiella faktorn är begränsning av regression (att blicka tillbaka på barndomen) samt att det bidrar till att överföringsneurosen begränsas. Smith (2006) hänvisar till James Mann som skrivit om etablerandet av en central fråga/problem och den

---

<sup>13</sup> Sökningar har gjorts i LUB search, psychinfo, ebscohost och google scholar.



uppmärksamhet terapeuten måste lägga på terapins avslut och på vilket sätt patienten reagerar på detta utifrån separation och individuation (ibid.).

Levenson (2010) beskriver två olika typer av fokus i terapin. Ett fokus handlar om problemformuleringen och mål för terapin, ett fokus för den aktuella sessionen. Hon menar att man under hela terapin förfinar formuleringen av fokus. Enligt Levenson (2010) bedömer man om fokus i varje session, minifokus, främjar problemformuleringen. Det är alltid kärnaffekterna som är ledtrådarna för fokusformuleringarna (ibid.).

DeLaCOUR (1986) anför att fokus är det som avgränsar och aktivt förändrar den psykodynamiska tekniken i korttidsterapier förutom tidsbegränsningen. Utöver arbetet att bedöma patientens interpersonella och känslomässiga kapacitet att upprätthålla en kortvarig terapeutisk relation är terapeutens primära uppgift under bedömningen att tillsammans med patienten hitta ett fokus kring patientens konflikt. Detta betonas, är ett gemensamt arbete där man noga undersöker vad som utlöst problemet patienten söker för. Man försöker förstå problemet utifrån patientens utvecklingspsykologi och tidiga relationer. Samtidigt är terapeuten uppmärksam på hur patienten närmar sig den terapeutiska relationen. Generellt uppmärksammar korttidsterapeuten överföringsrelationen tidigt i terapin som en del i bedömningsprocessen och kapacitet att engagera sig i terapin. När terapeut och patient väl är överens om fokus görs en överenskommelse kring det tema som arbetet ska handla om. Terapeuten visar patienten hur repetitiva mönster upprepas i överföringsrelationen (ibid.).

Mohr (1995) menar att man konsekvent ser negativa resultat i psykoterapi i de fall man misslyckas med att skapa terapeutiskt fokus (ibid.).

Coughlin (2017) anför att genom att ihärdigt hålla fokus på patientens inre svårigheter och mål möjliggör det att identifiera patientens svårighet/känslighet av en inre konflikt. På så sätt kan patientens försvar upptäckas, vändas mot (ta avstånd från) för att komma närmare det mål patienten kan tänkas ha. Coughlin (2017) poängterar att utvecklandet och bibehållandet av terapeutiskt fokus av patientens inre liv är en av de första och mest centrala uppgifterna i en psykoterapi. Fokuserade terapier tenderar att bli mer effektiva än de terapier som saknar fokus (ibid.)

Summers, Xuan, & Tavakoli (2013) har gjort en översikt över den begränsade litteraturen "the limited literature in this area" (s. 91) för att fastställa relevansen och giltigheten att fokusera på särskilda teman, idéer och mönster i psykoterapi. Litteraturoversikten visar att det finns vetenskapligt stöd för att fokus kan främja förbättrat

resultat och terapeutisk allians i psykodynamisk psykoterapi. Den visar också att det även finns stöd för fokus i kognitiv beteendeterapi. Likväl är forskningen begränsad och ger ingen information om vilken typ av fokus som är mest effektivt. Summers et al. (2013) föreslår att ett centralt psykodynamiskt problem är ett särskilt användbart fokus eftersom det kan diskuteras på ett öppet och genomskinligt sätt tillsammans med patienten. Tydlighet och genomskinlighet underlättar terapeutisk allians och möjliggör koppling till diagnostikbaserad utfallsforskning (Summers et al., 2013).

### **Fokus enligt ISTDP.**

**Fokus på känslor.** Frederickson (2013) beskriver vikten av fokus på känslor. Att förstå världen genom känslor är grundläggande. Genom känslor förstå vi vad vi behöver och önskar men också vad vi inte vill, vad som smärta. Känslor mobiliserar oss så att vi kan agera utifrån vårt eget bästa för att uppnå våra mål. Känslor är som ett slags GPS<sup>14</sup>, som talar om för oss var vi befinner oss, vart vi vill ta vägen och hur vi ska komma dit. När vi inte vet vad vi känner, går vi genom livet utan känslomässig kompass. Vi kan då heller inte anpassa våra reaktioner på ett korrekt sätt. När vi använder försvar för att undvika känslor förlorar vi viktig information som känslor kan förmedla. Då är det inte längre känslor och emotioner som får oss att agera utan istället försvar och ångest. Psykoterapins bidrag är att hjälpa människor förstå och möta sina känslor. För att hjälpa patienten att komma åt sina känslor behöver terapeuten hålla fokus på vilken/vilka känslor som undviks på olika sätt. Frederickson (2013) hänvisar till Freud som upptäckte att omedvetna känslor relaterade till svåra frågor inte trädde fram via fri association. Det var snarare så att patienterna associerade fritt kring sina försvar istället (Freud, S. 1961c referat i Frederickson, 2013). Patienten kom alltså längre bort från sina omedvetna känslor. Och just därför behöver psykoterapeuter hålla fokus på känslor genom att systematisk peka ut och blockera patientens försvar (Frederickson, 2013).

**Skapa effektivt fokus i ISTDP.** Patient och terapeut skapar inledningsvis tillsammans det fokus terapin ska ha. Patienter som söker hjälp kan sällan presentera ett problem som är ett inre känslomässigt problem, ge ett specifikt exempel på när problemet uppstår och vilka känslor det väcker för att sedan uppleva och uttrycka känslorna. Det är

---

<sup>14</sup> Ett symboliskt uttryck för en inre karta.

terapeutens uppgift att hjälpa patienten att steg för steg presentera och förstå sitt problem (Frederickson, 2013). Under avsnittet intensive short-term dynamic therapy har jag beskrivit hur fokus skapas med hjälp av Malans trianglar. Men fokus i ISTDP är mycket mer än så. Nedan följer några exempel.

**Ögonblick för ögonblick<sup>15</sup>.** Terapeuten håller fokus genom att bedöma patientens respons i stunden, det vill säga svarar patienten med ångest, försvar eller känsla. Terapeuten bedömer vilken förmåga patienten har att observera sina reaktioner i stunden (självobserverande kapacitet). Därefter intervenerar terapeuten för att hjälpa patienten med det specifika problem som uppstår (Frederickson, 2013). Det behöver betonas att terapeuten bedömer patientens förändringar efterhand, beroende på hur försvar rekonstrueras och ångesten kan regleras och kanaliseras på ett hälsosammare sätt, ögonblick för ögonblick under sessionen. När patientens ångest är reglerad går terapeuten tillbaka till att arbeta med antingen försvar eller känsla beroende på vad som undersöktes innan patienten fick ångest (Frederickson, 2013).

**Fronten.** Abbass (2015) anför att när terapeut och patient har kommit överens om fokus på ett inre känslomässigt problem kan terapeuten börja arbeta med det omedvetna. Det är de omedvetna försvaren, den omedvetna ångesten och de omedvetna känslorna som aktiveras i den terapeutiska relationen. För att veta vad terapeuten ska fokusera på behöver terapeuten förstå och arbeta med fronten på systemet (alltså vad patienten visar just nu, min kommentar). Abbass (2015) anför att patienten kan ha en av fyra fronter som kräver matchande interventioner. 1. Aktiverade och komplexa känslor som undviks. Kräver att terapeuten fokuserar på kognitiva och somatiska upplevelser av underliggande komplexa känslor. Terapeuten hjälper patienten känna de känslor som t.ex. kan finnas mot terapeuten. 2. De försvar som aktivt visar sig i rummet. Kräver att terapeuten vänder patienten mot sina försvar i rummet och undersöker de underliggande känslorna. 3. Aktiverad omedveten ångest. Kräver att terapeuten fokuserar på de underliggande känslorna. Om ångesten är för hög regleras den och patienten medvetandegörs. 4. Avslagen<sup>16</sup> dvs. ingen reaktion från patienten. Kräver att terapeuten tar anamnes och utforskar problemområden som visar tecken

---

<sup>15</sup> "Moment to moment". Uttrycket används på engelska av informanterna.

<sup>16</sup> "Flat".

på ångest och motstånd (ibid.) Terapeuten arbetar med de aktuella responser som visar sig i rummet och hanteras därefter ögonblick för ögonblick beroende på responser på interventioner och interventioner på responser.

*Central dynamic Sequence.* Den systematiska intervjumetoden bidrar till att hålla fokus för att förstå patientens problematik. Se under rubrik ”Tekniker och interventioner i ISTDP”.

### **Avslutningsvis**

Den här uppsatsen handlar om fokus i ISTDP. En kan ju fråga sig varför det är ett intressant ämne att skriva om. Att ha fokuserade terapier verkar ge god allians och goda behandlingsresultat. Det i sig borde väcka intresse att närmare titta på fokus. ISTDP är en metod som det forskas mycket på och som visar sig ha goda behandlingsresultat. Det som beskrivits ovan visar att fokus ständigt är närvarande i ISTDP genom olika tekniker och interventioner. Det verkar vara ett vinnande koncept. Men metoden verkar också svår och komplicerad då det är mycket att hålla reda på. För att ta reda på och förstå hur jag som terapeut ska förstå fokus och lyckas med att hålla fokus vände jag mig till några ISTDP terapeuter och bad dem beskriva hur de förhåller sig till fokus i ISTDP.

### **Syfte**

Syftet med studien är att beskriva hur psykoterapeuter i ISTDP förhåller sig till fokus i den psykoterapeutiska processen. För att förtydliga studiens syfte finns ett antal frågeställningar som: Vad är fokus för dig? Hur skapar och upprätthåller du fokus? Vilken betydelse har fokus i ditt vardagliga arbete? Finns det egenskaper hos terapeuter som påverkar fokusarbetet?

### **Metod**

#### **Deltagare**

Nio legitimerade psykoterapeuter kontaktades som arbetar med ISTDP- metoden. Några av dem var kända av författaren sedan tidigare varför kontaktuppgifter fanns tillgängliga. Övriga informanter söktes upp via en hemsida, [www.istdpsweden.se](http://www.istdpsweden.se) (n.d)<sup>17</sup>. Förfrågan (se bilaga 1) mailades om deltagande i studien till samtliga. Sju av dem svarade och tackade ja till att bli intervjuade, två hörde inte av sig, trots påminnelse. Majoriteten av

---

<sup>17</sup> Svenska föreningen för ISTDPs hemsida.

terapeuterna är färdigutbildade i ISTDP-metoden och har arbetat med metoden i flera år. Ett fåtal går Core-utbildning men har även de några års erfarenhet av ISTDP-metoden.

Terapeuterna är av olika kön och har olika professionsbakgrunder. Alla, utom en, arbetar i privat verksamhet.

### **Instrument**

Författaren funderade länge på vilka frågor som skulle ställas till informanterna. Slutligen utgick författaren från egna behov och svårigheter i arbetet med att hålla fokus. Enligt Bernard (2002) är den semistrukturerade intervjun att föredra när endast ett intervjutillfälle ges. Den ska innehålla en intervjuguide även om den semistrukturerade intervjun liknar den mer ostrukturerade mer berättande intervjun (ibid.). Författaren använde sig av och utgick från fyra frågeställningar som också utgjorde intervjuguiden (se bilaga 2): Vad är fokus för dig? Hur skapar och upprätthåller du fokus? Vilken betydelse har fokus i ditt vardagliga arbete? Finns det egenskaper hos terapeuter som påverkar fokusarbetet? Fokus riktades på vilka frågor författaren ville tala om och informanten fick avgöra vad de ville dela med sig av (Bernard, 2002). För att undersöka om studiens syfte och funderingar var av intresse och gick att svara på gjordes en provintervju med en legitimerad psykoterapeut väl insatt i ISTDP- metoden. Provintervjun bidrog till att arbeta fram frågeställningarna.

### **Design**

Syftet med uppsatsen var att beskriva hur ISTDP-terapeuter förhåller sig till fokus i den psykoterapeutiska processen. Den kvalitativa ansatsen lämpar sig särskilt vid beskrivning av enskilda individers (psykoterapeuter) upplevelser och erfarenheter. Här ska subjektiva, rika, nyanserade, varierande svar ge en så omfattande beskrivning av frågeställningarna som möjligt (Robson, 2002). Förhoppningsvis kommer detta leda till ny kunskap som kan öka förståelsen kring frågeställningarna. För att få fram den typen av kunskap krävs ett samtal där informanterna berättar om sina upplevelser och erfarenheter med egna ord. Empirin hämtas ur semistrukturerade intervjuer (ibid.).

### **Procedur**

Intervjuerna genomfördes under en månads tid. De ägde huvudsakligen rum på psykoterapeuternas mottagningar förutom en intervju som gjordes på annan plats. Intervjuerna varade ca 50-60 minuter och spelades in på band. Alla informanter är vana vid att spela in sig själva då det ingår när man arbetar med ISTDP. Av rädsla för att

inspelningarna skulle vara dåliga eller avbrytas användes två och vid ett tillfälle tre olika inspelningsapparater. Informanterna visade förståelse för författarens oro eftersom de själva hade upplevt tekniska problem. Författarens farhågor besannades då telefonens inspelning avbröts under den allra första intervjun. Alla informanter hade fått mail om studiens syfte (se bilaga 1). Intervjutiderna bokades in via mail, telefonkontakt och, vid ett tillfälle, personlig kontakt. Inledningsvis gjordes en genomgång av studiens syfte och frågeställningar, författarens tystnadsplikt och informanternas anonymitet. Informanterna fick läsa igenom informationsbrevet och underteckna samtycket (se bilaga 3).

## **Dataanalys**

Tematisk innehållsanalys, enligt Graneheim & Lundman (2004), användes för att analysera intervjuerna. Intervjuerna transkriberades och relaterade teman plockades ut, som på ett variationsrikt och nyanserat sätt kunde bringa (nytt) ljus i hur informanterna förstår och använder sig av begreppet fokus (ibid.). Tematisk innehållsanalys hjälpte författaren att lyssna efter intressanta och viktiga aspekter, inte enbart ofta förekommande teman eller områden, i relation till frågorna (Braun & Clarke, 2006). Avsikten var alltså inte att visa kvantifierade mått utan att ”dyka ner i” informanternas berättelser och upplevelser.

Ett transkriberingsföretag anlätades för att transkribera intervjuerna vilket gjordes ordagrant. I det utskrivna materialet fanns markerat när transkriberaren inte hade hört vad informanten sagt i det inspelade materialet. Författaren lade ner tid på att gå tillbaka till det inspelade materialet och fylla igen luckorna. Nedan anges i vilken ordning texterna analyserades enligt Graneheim & Lundman (2004).

1. För att författaren skulle få en känsla för materialet, en helhetsbild och förståelse, framför allt eftersom författaren inte skrev ut intervjuerna själv, lyssnades och lästes intervjuerna igenom samtidigt. Författaren sorterade sedan bort material som inte låg inom ramen för ämnet, t.ex. organisationens struktur och hur psykoterapi uppfattas inom olika verksamheter i samhället. Författaren lyssnade efter relevant material samt likheter och olikheter. Därefter plockades meningsbärande enheter (citater) ut som klistrades in i olika dokument namngivna efter varje informant. Exempel på meningsbärande enhet;

Och sen är det ju kontinuerligt i ISTDP att moment by moment komma ihåg vad det är man håller på med. Håller jag på att pressa för känslor? Håller jag på att bearbeta försvar? Eller ska jag reglera ångest? Så att det är vad som är fokus för mig i alla fall i ISTDP.

2. De meningsbärande enheterna kondenserades till formulerade meningar det vill säga skrevs om till kortare meningar/texter utan att låta kärnbudskapet försvinna. ”Att moment by moment komma ihåg vad man håller på med.”

3. De formulerade meningarna kodades, abstraherades, till ett fåtal ord som fångade budskapet i meningen. ”Moment by moment”.

4. De kodade orden sattes in i olika kategorier. ”Processen”.

5. Författaren gick igenom alla kategorier och var noga med att citaten som kodats passade in. Därefter skapades teman och underkategorier.

Dialog fördes med uppsatshandledaren under analysprocessen som också fick läsa igenom en av intervjuerna. Författaren jämförde sedan om det fanns skillnad i vilka meningsbärande enheter som valts ut av handledaren. Detta för att vara trygg i att författaren hade tänkt och gjort rätt. Svårigheten med analysprocessen var att behöva kompromissa med under vilka rubriker kategorierna skulle placeras. En del kategorier passade in under flera rubriker. Slutligen kom författaren fram till fyra teman med tillhörande underkategorier. Det första temat var Vad är fokus och hur skapas det? Det andra temat var Upprätthålla fokus. Det tredje temat var Den terapeutiska relationen och allians och slutligen det fjärde temat Terapeuten.

## **Etik**

För att följa god yrkesetik utgick författaren ifrån vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska principer för humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning och de fyra huvudkraven; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Med tanke på att uppsatsen var en del av psykoterapeutprogrammet, inte räknades som forskning, inte heller berörde någon verksamhet, inte innehöll känsliga personuppgifter eller att det skulle innebära fysiska ingrepp på forskningsperson eller innebära risk för psykisk eller fysisk skada fanns det ingen anledning att ansöka om etikprövning (Vetenskapsrådet, 2002 & SFS 2003:460). Etikdeklaration undertecknades av författaren och uppsatshandledaren innan studien påbörjades. Informanterna informerades om uppsatsen dels skriftligt i samband med förfrågan om medverkan och dels muntligt vid intervjutillfället. Informationsbladet med samtycket delades ut vid intervjutillfället. Genomgång av konfidentialitet, möjligheten att avbryta deltagande samt att det insamlade materialet enbart kommer användas i uppsatsen.

Informanterna undertecknade samtycket och behöll informationen och författaren behöll talongen med underskriften. Informanterna informerades även om att det bandade materialet och utskrifterna kommer att förvaras på ett betryggande sätt fram till dess att studien är godkänd då materialet kommer att förstöras.

## **Resultat**

Utifrån dataanalysen utkristalliserades fyra teman med tillhörande underteman. Det första temat handlar om hur informanterna tänker övergripande kring fokus: *Vad är fokus och hur skapas det*. Här ingår underkategorier; Funderingar kring fokus. Fokus på att få kontakt. Fokus på att nå affekterna. Rikta uppmärksamhet på det som är angeläget. Problemformulering. Kärnkonflikten. Skapa samförstånd. Flera nivåer av fokus. Det andra temat var: *Upprätthålla fokus*. Här ingår underkategorier; Moment to moment. Fronten och tajming. Fronten och utan mina begär. Fronten, sammanfattningar och moment to moment. Fronten och att gå tillbaka till fokus. Sammanfatta och bygga kapacitet. Press. Press, utmana, CDS, Malans trianglar. Kameran. Titta på kroppen. Det tredje temat var: *Den terapeutiska relationen och allians*. Här ingår underkategorier som; Det terapeutiska mötet. Hålla kvar. Överföringsrelationen. Slutligen var det fjärde temat: *Terapeuten* med följande underkategorier; Träning. Automatisera. Mod. Att ta ställning och tro på förändring.

### **Vad är fokus och hur skapas det?**

**Funderingar kring fokus.** Några informanter hade inte funderat på begreppet fokus tidigare. Den här informanten upplever sig inte ha någon egentlig teoretisk förberedelse. Det är ett nytt begrepp för hen.

Jag har inte tänkt jättemycket innan faktiskt. Jag tycker det är en intressant fråga, fokus. Jag har ingen egentlig teoretisk förberedelse utifrån vad folk eventuellt har skrivit kring fokus eller vad det finns för teorier om begreppet fokus. Jag vet faktiskt ingenting. Det är ett nytt begrepp för mig. Spontant så tänker jag problem, patientens problem. Vad formulerar patienten som sitt problem och att det blir ett inre känslomässigt problem.

**Fokus på att få kontakt.** Informanterna poängterade att det allra viktigaste när de träffade en patient första gången var att känna in kontakten. Och att det aktiverade något hos patienten som behövde tas om hand. En informant uttrycker det så här:



Och ska man riktigt skära ner det till det här med grundläggande principer så handlar det om att fokusera på att skapa kontakt med den personen jag har framför mig. Det är egentligen det ... det är det första jag tänker på när personen kommer in liksom, så ... hur känns vår kontakt här? Vad händer nu? Och bara vi försöker få kontakt så kommer saker aktiveras, och då kan vi börja fokusera på det som aktiverar sig. Så egentligen är ... är det, det som är lurigt också med ISTDP, att det är enkla principer, men som blir väldigt svåra i praktiken. Att vi försöker få kontakt och sen försöker vi ta hand om det som kommer i vägen.

**Fokus att nå affekterna.** En annan informant beskrev att fokus i ISTDP är att uppleva sina affekter så djupt som möjligt, att låta dem flöda genom kroppen.

Precis, affekterna bakom någonting, vad man känner. Det baseras på en upplevelseteori, att man upplever någonting och att man låter de här affekterna gå genom kroppen utan organ. Som att de inte ska fastna i organen utan affekterna ska bara få strömma, flöda rakt igenom kroppen. Och komma till sin upplevelsehorisont där de kopplar ihop mig med det jag har varit med om, så det blir som en horisont ut av upplevelser som fyller upp det här pusslet och lägger det här pusslet för mig. Och där jag kan se hur det har blivit för mig, varför det har blivit som det har blivit genom upplevelserna. Och inte bara tankemässigt, utan upplevelsemässigt och förstå någonting om det och sen reflektera kring det. Och att kunna uppleva så mycket som möjligt, att det ökar min upplevelsevärld, det är det som ISTDP har fokus på. Så att man inte gör sig av med affekterna, kastar ut dem, utan man kan ha dem inom sig. Så att de blir som rika beståndsdelar i ett liv.

**Rikta uppmärksamhet på det som är angeläget.** Informanterna poängterade också att fokus är att arbeta med det som är angeläget för patienten, som oftast är smärtsamt och som patienten vill undvika. Det gäller då för terapeuten att inte ge vika utan hålla kvar fokus på det smärtsamma.

Att jobba fokuserat handlar om att rikta uppmärksamheten på det som är angeläget för patienten. Det som patienten vill ha hjälp med. Och vi vet samtidigt att om vi närmar oss sånt som är smärtsamt, jobbigt, men samtidigt angeläget, så har vi en tendens att vilja undvika det. Och om vi inte hjälper patienten att hålla fokus, hålla

uppmärksamheten på det som är angeläget och viktigt, så går vi med i mer anti-terapeutiska uppgifter eller vad jag ska säga. Motståndets uppgift, att undvika det som behöver bearbetas. Så fokus handlar om att...och framför allt att hålla fokus, handlar om att rikta in vår gemensamma uppmärksamhet på det som är smärtsamt. Och viktigt. Lite så. Och det är lite annat än den här problemformuleringen.

**Problemformulering.** Informanterna beskrev hur de hjälper patienterna formulera ett inre känslomässigt problem, ett inre fokus.

Ett inre känslomässigt problem. Det skiljer ut sig fokus, genom att tala om hur verkligheten ser ut för att komma till ett inre fokus. Något man kan jobba med i rummet. Ett ihärdigt påpekande, 'men hur blir det ett problem för dig på insidan. Vad kan vi göra här.' Man flyttar t.ex. fokus från patientens mamma till patienten.

**Kärnkonflikten.** Terapeuten beskrev hur hen håller fokus genom att stegvis arbeta sig fram till kärnkonflikten.

T.ex. förstasamtalen, där är ju mitt första fokus att höra hur patienten formulerar problemet. Och tills det är klart så är det fokus, tills vi har kommit fram till vad problemet är egentligen. Och att, ja, att klargöra att det är ett inre problem och allt det här. Och sen, så blir nästa fokus att fråga om det är patientens vilja att jobba på det här tillsammans med mig. Och det kan gå ganska fort. Och deklarerar patienten sin vilja så blir nästa fokus 'kan du ge ett exempel'. Och sen när exemplet kommer så börjar man ju lyssna efter hur patienten hanterar sina känslor där då. Och det är där man kan börja pressa för känslor och se vad patienten gör för någonting. Och kommer man sen till break through så då kommer ju ofta kärnkonflikten upp. Och den bildar en annan typ av fokus, att jag hör patientens mönster. Hur patienten har hanterat sig själv och sina känslor då, genom livet.

**Skapa samförstånd.** Flera informanter poängterade vikten av att terapeut och patient är överens om vad för problem de tillsammans ska arbeta med.

Den konflikten (problemformuleringen), den är ju mer teoretisk eller vad man säger, den baseras sig mer teoretiskt. Men den innebär också ett fokus, och det säger man ju till patienten också, "så är det det här vi skulle kunna arbeta med", så att vi får ett

samförstånd kring det.

**Flera nivåer av fokus.** Terapeuterna hjälper patienten att formulera det inre problemet och till stöd har de Malans trianglar. Men att hålla fokus innebär också att lyssna fokuserat.

Det är kanske det som man mest traditionellt tänker på som fokus, alltså problemformulering eller konceptualisering, patientkonceptualisering. Att tillsammans med patienten komma överens om ett fokus att jobba med, utifrån Malans trianglar. Det är det vi använder i ISTDP liksom. Men det andra som jag egentligen tror är mycket viktigare. Det är ju...eller mycket viktigare...jo, men på ett sätt viktigare. Det är den fokuserade aktiviteten i rummet. Alltså att vi lyssnar fokuserat. Vi ska ha en medveten överenskommelse. Men det här andra fokuset, det är mer en aktivitet. Något man försöker göra hela tiden. Att vi tillsammans har en gemensam uppmärksamhet på någonting som personen vill ha hjälp med. Ytterligare en sak som är fokus, är ju....vad jag fokuserar på i rummet med patienten. Alltså patientens responser. Ibland på mina egna reaktioner, min egen motöverföring också. Och det kan skifta så att det är....fokus på tre olika nivåer på något sätt. Det är en sån här övergripande fokusformulering, den gemensamma det vi fokuserar på tillsammans här idag och sen är det någon slags mikronivå. Där jag kan ibland behöva skifta mellan olika fokus kontinuerligt. Men jag måste göra alla tre samtidigt.

En informant lyssnade efter vad patienten upplever som sitt problem, undersökte under tiden patientens ångestnivå, hur den kanaliseras, samtidigt som hen undersökte patientens försvar.

....vad patienten upplever som sitt problem. Och under tiden man undersöker det med patienten, så, samtidigt så undersöker jag hur patienten, hur ångesten kommer, hur den kanaliseras, alltså, vilken grad av ångest den har. Vilka försvar som är patientens.....huvudförsvaren. Och utifrån hela det, alltså, utifrån hela den konflikttriangeln ... ja, och persontriangeln också, den kommer också in, då, i vilken relation man pratar om. I allt detta här så får jag en bild av var patienten befinner sig.

En annan informant uttryckte det som att terapeuten även behöver ha koll på

psykodiagnostiken.

Men sen finns det ett annat fokus som man hela tiden måste kolla. Det är ju psykodiagnostiken.

### **Upprätthålla fokus**

Nedan följer några exempel på interventioner för att upprätthålla fokus.

**Moment to moment.** En informant beskrev att fokus förflyttas och hur hen behövde följa fokus ögonblick för ögonblick.

Fokus, det förflyttar sig hela tiden. Det är liksom, fokus på patientens inre, för att hitta var problematiken är och vad vill de fokusera på. Det är den dynamiska hypotesen i ISTDP. Man behöver ha fokus på alltihopa. Alltihopa. Men följa från stund till stund, vad som är i fokus just nu. För det ändrar sig från ögonblick till ögonblick.

**Fronten och tajming.** Informanten höll fokus utifrån vad patienten visade upp för front och försökte tajma in interventioner utifrån fronten. Det kunde vara att blockera försvar mot närhet, för att sedan övergå till persontriangeln, överföringen mellan patienten och terapeuten. Informanten beskriver hur hen försöker tajma in sina interventioner utifrån försvar och överföringen.

Ja, jo, men det är tajming, det är tajming (att upprätthålla fokus). Det är en tajming mellan alla de här systemen som patienten kommer med och de här i persontriangeln som man har och roterar. Det är olika fronter i det. Så dels den tajmingen, vad som pågår hos patienten, dels är det den egna tajmingen, hur väl man lyckas komma in och hur ... jag menar, om vi kommer till försvar till exempel så finns det de här taktiska försvaren som är mer av att blockera närheten till mig. Och då kommer man över på den andra triangeln, i persontriangeln istället och då kommer T:et upp som i therapeuthörnet. ...så fort man inte vet så kan man ta det till T, till therapeuthörnet. Så då kan man sätta fokus på 'kan du märka någonting här mot mig, kan du uppleva någon form av känsla här nu mot mig'. Så då kan man alltid ta det tillbaka till att det pågår någonting mellan oss...

**Fronten och utan mina begär.** Informanterna betonade vikten av att vara öppen

inför patientens reaktioner och responser.

Jag kan inte veta i förväg, vilken reaktion patienten kommer ha. Patienten kanske får för hög ångest, de kanske kommer använda samma försvar igen, de kanske kommer använda ett annat försvar. De kanske kommer göra något annat som är helt oväntat för mig. Så där gäller det att inte låsa sig, så där måste jag vara utan mina begär, inför varje respons. Men samtidigt så är jag fokuserad, på metanivå kring vad det är vi undersöker, vad vi har kommit överens om att vi ska undersöka just nu.

Informanten beskrev hur hen försökte vara fokuserad genom att försöka släppa på förteorier och vara fokuserad på patientens front och anpassa sig efter patientens responser.

Jag kan känna att jag blir mer fokuserad eller mer närvarande, om jag försöker släppa, försöker släppa alla förteorier, eller så där. Men är jag däremot fokuserad när personen kommer, okej, så vad är fronten just nu? Okej, så hur kan jag va... jag menar, är det några barriärer här, eller ... okej, ska vi titta ... har personen ett problem som hon eller han vill jobba med? Kan jag titta på någon specifik situation? Så jag blir fokuserad, men det blir oftast bäst om jag inte är så övertaggad, om man får kalla det. Det är en träningssak. Ja, men precis som när Mats Wilander börjar spela tennis liksom, då måste han tänka på forehand, backhand, han får feedbacks av sin tränare hur han ska hålla eller så där. Men sen när han spela match, då måste han vara in the moment, han kan inte hålla på att tänka på det där. Utan han måste anpassa sig till den returen han får liksom.

**Fronten, sammanfattningar, moment to moment.** En informant beskrev hur hen använde flera tekniker samtidigt för att upprätthålla fokus.

Det jag mer tänker på är ... okej, så kommer personen in, vad ser jag för signaler, vad verkar vara i fronten? Är det försvar eller är det ångest, eller är det någon barriär av något slag. Okej, så hur kan jag testa det? Okej, vad får jag för respons, okej, ingenting, nähä. Okej, så jag kanske behöver observera lite grann, vad är det nu. Testa det, och sen se om vi kan få systemet att röra sig lite grann. Och sen kommer ofta de där, mer sammanfattningarna och så..., kan vi komma tillbaka till, eller de ploppar upp i huvudet när de behövs, höll jag på att säga. Så det är framför allt den där moment-to-moment-fokuseringen som är ... jag tänker på i vardagligt, arbete.

**Fronten och att gå tillbaka till fokus.** Informanterna betonade vikten av att inte glömma att gå tillbaka till det problem som terapeut och patient kom överens om att undersöka.

Jag får hålla reda på hela tiden, var är jag i mina steg, va. Så det är det som är fokus från början. Och sen i ISTDP så är det ju så då att patienten kan svara hela tiden. Antingen svara på min fråga eller kommer det ångest eller kommer det försvar. Och beroende på vilket som kommer så kan jag få börja hantera någonting utav det. Så är jag på problem och patienten går till försvar så kan jag gå vidare till försvaret för att gå tillbaka till problemet. Jag får hålla reda på att det är det som är mitt fokus just nu.

**Sammanfatta och bygga kapacitet.** Ytterligare en informant beskrev hur sammanfattningar bidrar till att bygga kapacitet hos patienten att härbärgera affekter bättre. Och att det kan leda till genombrott som leder till koppling till det omedvetna, som har med traumat att göra.

Hela tiden, att hela tiden sammanfatta och bygga kapacitet för fokusarbetet. För att det saknas ju ... patienten kommer oftast för att de själva saknar kapacitet för att göra förändringen själva, det är därför. Så att då är en del i det att bygga kapacitet kring det och det kan man göra genom att sammanfatta det. Så kapaciteten handlar om att på något sätt härbärgera dessa affekter i kroppen och kunna få tid på sig att fundera på vad det är som händer. Och att känna efter, uppleva de känslorna. Och då kanske, om man har tur då, kan komma till någon form av genombrott då i det arbetet när man stannar upp där. För då dyker kanske någonting annat upp som är viktigt för dem, som de ... ja, inte har tänkt på men som blir då den här omedvetna kopplingen till någonting annat som har med traumat att göra eller något liknande då.

**Press.** Att pressa är en av de vanligaste interventionerna i ISTDP. Den här informanten använder press för att hjälpa patienten hålla kvar fokus.

...och då kräver aktiviteten att det hela tiden är ett tryck (press) på systemet, på patientens system. Så att så fort jag släpper det trycket så glider det iväg. Så man måste upprätthålla det här trycket till att börja med på patientens system. Och det är ett arbete och det krävs väldigt mycket av terapeuten för att upprätthålla det här

trycket hela tiden.

En informant beskrev hur press leder till att patientens motstånd kommer fram och då vet terapeuten att hen håller fokus.

Man är hela tiden väldigt inriktad på press och att gå dit där motståndet är och att det ska..., resistance, kommer upp liksom. Det är det som händer och då är vi på rätt plats. Så det kan man också säga att som ett tecken att vi har ett fokus att det blir motstånd. Man kan säga att press, att kunna göra press liksom, det är att också att hålla fokus. För press kan ju vara att vara tyst på rätt ställe, är en form av press. Att inte intellektualisera som terapeut när du inte behöver det för du har en patient som är medelresistent.

**Press, utmana, CDS, Malans trianglar.** En informant beskrev hur allt handlar om att hålla fokus och hur flera tekniker bidrar till det. Informanten fördjupade sig i tekniken challenge som bidrar till att utmana patienten att titta på vad som sker om hen inte distanserar sig.

Ja, ISTDP, men när vi pratar om det så blir det väldigt tydligt för mig att allt handlar egentligen om fokus. Och att man får ha fokus, man har verktyg för alla de här teknikerna. Man har central dynamic sequence som hjälper en till fokus. Man har konfliktriangel och man har specifika tekniker som pressure då, press. Och man har challenge, att om du inte gör ditt, alltså den kommer senare när patienten har vänt sig mot sina försvar ....., så kan du använda den tekniken. Challenge är att säga till patienten att - 'du säger att du ser det här, att du distanserar dig och det är som muren kommer upp här men ska vi se vad som blir om du inte distanserar dig'.

**Kameran.** Ett sätt för informanterna att få hjälp att hålla fokus var att titta på de inspelade sessionerna. Informanterna använde sig av filmerna när de kom på villovägar i sessionerna men även för att påminnas om vad som sagts.

Men vi har ju kameran till hjälp sen, så när man känner att man har kommit på villovägar eller det kan väl vara så att en session öppnar upp med var hamnade vi i, eller varför blev det så här? Men då är det väl att gå tillbaks och titta på filmen och någonstans påminnas vad är det vi har sagt...

**Titta på kroppen.** Informanterna beskrev hur de upprätthöll fokus genom att titta på kroppens reaktioner och att taktiska försvar pekades ut och blockerades.

...alltså, du använder kroppen egentligen för att också få in konflikten i rummet.

Många blir frustrerade när jag säger 'ja, men nu tittar du bort, och nu sjunker du ihop, vad händer i dig, vad är det som pågår i dig, vad är det som händer här? Din röst blir annorlunda här'. Alltså, många blir frustrerade över att alla försvar pekas ut på något sätt. För då skapas ju en ... Alltså, man säger det inte dumt, utan verkligen bara beskriver vad som händer, 'kan du se att du plötsligt hänger med armen? Vad är det som händer i dig här? Du säger att du är arg, men du sitter så här.' Det skapar ju en dynamik.

En informant beskrev hur hen tog hjälp av att titta på kroppen om hen tappade bort sig. Det bidrog till att fokus hölls på känslor och därigenom fördjupades det terapeutiska arbetet.

Och för mig har det nog mer varit att det är en så komplicerad metod så att när jag inte riktigt vet var jag ska, så tittar jag på kroppen och tänker "okej". Och när man också börjar titta på ansiktet... kunna se att där är någonting som man kan känna igen, när det är ledsamhet på väg, eller när det är en ilska på väg. Man kan börja se de här sakerna och det är också intressant att vara uppmärksam på och säga det. 'Att märker du att det händer någonting', oavsett vad de egentligen pratar om. Och det tänker jag ju är sättet att komma djupare, att inte gå till alla de här sakerna, berättelserna, eller försvaren, utan hela tiden bara gräva djupare.

### **Den terapeutiska relationen och allians.**

**Det terapeutiska mötet.** Informanterna upplevde att mötet med patienterna var relationella och att de ledde till intersubjektiva möten mellan två personer.

Mötet mellan patient och terapeut i ISTDP som jag uppfattar det, upplever det, så är det en relation i alla dessa aktiviteter och interventioner som man gör och tekniker som man tillämpar. Så är de relationella i sig, så att det blir ju att bygga upp någonting i det här som är det intersubjektiva mötet mellan två.



En annan informant beskrev hur hen fick bra kontakt med patienterna så att de förstod sig själva, genom att terapeuten följde metoden renlärligt.

...var är patienten i trianglarna, vilka försvar och hur kanaliseras ångesten och arbeta med det. Så renlärligt som möjligt, va. Jag har det sättet att förstå människor på och att kommunicera med patienter, så att de känner sig väldigt sedda och får aha-upplevelser, känslomässiga. Så jag kan väldigt snabbt skapa en allians, vilket gör att patienter gärna vill gå hos mig. Det låter ju som skryt, men så är det. Ja de känner att jag är där och lyssnar in dem. Jag kan också hjälpa dem att förklara när de inte själva förstår. De förstår på mitt sätt att förklara.... Jag har blivit mycket mer psykoedukativ också. Jag förklarar vad jag gör väldigt mycket. Så de förstår sig själva på mitt sätt att förklara. Och det är också så att patienter i psykiatrin ofta också behöver mycket mer mentalisering och förstå sammanhanget samtidigt som man reglerar ångest och beskriver och ökar kapacitet.

**Hålla kvar.** Informanten nedan betonade alliansarbetet genom att hålla kvar patientens känsla, vilket gjorde patienten intresserad av att förstå tillsammans med terapeuten.

Jag märker mer och mer hur hjälpsamt det är att hålla kvar. Ja, det kan jag säga. Jag har en patient som sa att 'kan vi inte se filmen, en av filmerna.' Man utvecklas hela tiden och att man ser filmen tillsammans med sina patienter. Och så sa hon (patienten) 'jag vill veta hur det ser ut när jag är arg. För du säger att du ser när jag är arg, ... men jag kan inte riktigt känna det själv. Jag vet inte riktigt hur jag ser ut själv då.' Så vi bokade en session, och sen så satt vi tillsammans och tittade. Jag hade plockat ut någon sekvens. Jag frågade henne: 'Vad hade du behövt för att du verkligen ska bli arg? Riktigt arg.' Och då så sa hon 'att du skulle fortsatt fråga, trycka på.' Och det var så underbart.

En informant beskrev hur terapeuten höll kvar patienten i att inte undvika fokus, undvika relationen med terapeuten och undvika sina egna känslor.

Och den (problemformuleringen) återkommer hela tiden och den blir en påminnelse också hela tiden om vårt fokus. Så att ibland kan man säga 'men det där var inte det vi kom överens om att vi skulle ha vårt fokus på. Kan du bara beskriva hur det hänger

ihop, för där hänger jag inte med riktigt. Nej, men det gör det inte' kanske de säger då, 'inte vad jag kan se just nu.' Och då ... ja, så då är vi lite grann utanför fokus då, så hur kommer det sig att vi hamnar utanför fokus här nu då? Nej, men jag bara drog iväg". Så kan det vara ett sätt för dig då att undvika vårt fokus och undvika vår relation här och undvika dina känslor som kan finnas kopplat till det som vi egentligen borde prata om.' Så det är hela tiden då tillbaka. Vad är vårt fokus och sen vara trogen sitt fokus.

**Överföringsrelationen.** Informanterna beskrev att det bästa fokuset var när patient och terapeut arbetade i överföringsrelationen som beskrevs utifrån Malans trianglar.

Konflikttriangeln är fokuset, vad händer inne i dig. Och persontriangeln är egentligen ett sätt att fokusera på specifika situationer, där det här aktiveras. Och det kan vara ... det spelar egentligen inte så stor roll var. Förr eller senare behöver vi oftast ta det i överföringen, att det aktiveras här och nu. Och det är oftast det bästa fokuset. För då kan vi verkligen studera i detalj, vad som händer.

En informant uttryckte hur patienterna själva ville gå in och undersöka sina känslor i överföringsrelationen. Och att det ledde till en fördjupad förståelse i hur patienternas mönster upprepades i olika relationer. Men också att patienterna själva förstod att förändringsarbetet kunde göras tillsammans med terapeuten.

Patienterna vill gå in i T (T i persontriangeln) och det lustiga är, ju mer jag har hållit på, desto mer börjar jag se det så också. Det är som att det finns någon del i patienterna som vill jobba här och nu, i terapirelationen. '... okej, så vill du att vi tittar lite mer på varför du känner så här med mig?'. Och sen kom vi till en situation där han kände mer känslor mot mig, och mindes en situation med sin mamma, som var väldigt viktig för honom att förstå. Att det är det som händer i andra situationer. Sen så att ... nej, det är fascinerande, det är jättefascinerande, hur ... När man börjar få igång den omedvetna alliansen så är det som att ... de hajar liksom, vi kan göra det här jobbet här, tillsammans. Så att det är häftigt liksom.

En informant beskrev hur patienter själva kunde ta upp sitt missnöje med terapin (och terapeuten) när fokus inte hölls.

...working through kan vara rätt så svår. Där är det jätteviktigt med fokus på att göra arbetet som vi bestämt oss för. Det är rätt så svårt. Det gäller verkligen att hålla sig själv medveten, men oftast så tycker jag att många patienter själva för in det på olika sätt genom att blir missnöjda. De säger att de inte riktigt kommer någon vart. Och där blir det ju två saker att jobba med. Både att det väcker känslor gentemot mig, att jag som terapeut inte gör det som de hade gått med på, samtidigt som att det ju inte är jag som ska göra deras jobb. Så att det finns både att jobba med den konflikten (mot terapeuten) men samtidigt också bli medveten om att ja, är vi ”on course.

En informant beskrev hur den omedvetna terapeutiska alliansen växte genom att terapeuten erbjöd sig själv i relationen till patienten. Genom terapeuten kunde patienten göra en förändring. Och därigenom var det som en viskning till det omedvetna. Här finns någon (terapeuten) som erbjuder sig.

Att viska till det omedvetna. Och att bli trovärdig med det så att man verkligen själv också tror på den kraften och att vara avgjord där. Det är ju ett fokus för mig också, i mig att vara avgjord i att jag... och det personligen har varit väldigt stort för mig, att få börja se vilken kraft det är i den omedvetna terapeutiska alliansen. Den här som växer fram, att jag erbjuder mig verkligen, en relationship for change liksom och patienten vill det.

## **Terapeuten**

**Träning.** Informanterna hade olika uppfattningar om terapeuten behöver ha särskilda egenskaper för att arbeta med fokus ISTD. Den här informanten trodde inte egenskaper var det viktiga, utan att alla som tränade kunde bli hyggliga tennisspelare (terapeuter).

Jag tror inte det är så mycket egenskaper. En del kanske har lättare för träningen. Jag menar, det är precis som, kan alla bli träningsproffs? Nej, du måste ha både goda förutsättningar, men sen måste du träna som ett djur liksom. Men kan alla bli en hygglig tennisspelare, så jag kan spela hyggliga gårdsgårdsmatcher i föreningen? Ja, det kan de flesta, med lite träning och lite övning och lite fokuserad träning, så .....

**Automatisera.** Informanterna betonade att träning, genom att titta på sina filmer, bidrog till att lära sig metoden. De behövde då inte tänka efter vad nästa steg skulle vara,

utan kunde släppa det. De höll fokus bättre och blev mer känslomässigt närvarande.

Men målet är att det där ska bara bli automatiserat, så man verkligen kan vara känslomässigt närvarande. Och det som jag tycker att jag upplever, det är att jag får mer tillgång till andra signaler också, mer inifrån mig själv, inte minst. Alltså att jag kan vara mer uppmärksam på motöverföringsreaktionen och så där, ju mer jag har hållit på med det. För jag blir inte så medvetet upptagen av ”vad ska jag göra”, utan kan släppa det mer. Men det blir ... Ser man det utifrån så tror man förmodligen inte det, för jag tror att jag har blivit mer specifik. Och håller fokus bättre, än vad jag gjorde när jag började. Men det har blivit mer automatiserat då.

**Mod.** Mod och en aktiv terapeut nämndes som viktiga aspekter hos ISTDP-terapeuter. Att terapeuten vågade prova nya sätt och att de vågade stå på sig.

Att man måste vara modig och kunna göra någonting som man inte brukar göra och testa hur det går. Man tar en risk när man gör någonting som inte är hur man brukar göra.

En informant berättade att det krävdes mod att hålla kvar vid det svåra och att hen visste att patienten behövde det.

Ja, och att det är rätt så jobbigt att sitta kvar. Att som kvinna och ha manliga patienter, alltså, jag har haft en del patienter med sexuell vrede som kommer upp gentemot mig. Och att stanna kvar i det är ju ... Det kräver ju verkligen mod, men jag vet ju vad syftet är. Det kräver att man kan vara kvar, och inte heller ge vika för patientens motstånd. Alltså, man pressar på ett bra sätt. Att utmana patienten, för att man förstår att patienten behöver det här.

En informant betonade skillnaden mot hur hen arbetade tidigare och att ISTDP har ett annat förhållningssätt.

Ja, men det skiljer sig nog lite mer i att vi är inte vana vid att uttrycka oss på det sättet, va. Och jag är inte heller van vid att jobba med människor på det sättet, för det är inte vad jag har sysslat med tidigare. Då är det ju ett annat förhållningssätt som man har (i ISTDP). Så att jag tror både det har att göra med någonting som är personligt, att det gäller liksom att ta tjuren vid hornen och verkligen fortsätta. Man

får inte ge sig, liksom, när man får det här motståndet liksom.

En informant uttryckte att ISTDP-terapeuten behöver ha mod att exponera sig. Det ingår i metoden att filma sina terapier och visa dem i handledningssituationer och för sig själv.

Det är svårt att gömma sig i ISTDP som terapeut. Vi videofilmar, handledning och så, som sker utifrån video, vi måste exponera vårt arbete både för våra kollegor och för oss själva. Så att ett visst mått av mod att våga ge sig in i någonting som är svårt och läskigt och ... i alla fall exponerande och skammen det väcker.

**Att ta ställning och tro på förändring.** Informanterna betonade att i ISTDP måste terapeuten vara beredd att arbeta aktivt och ta ställning (för det friska i patienten mot försvaren).

Men det är, du frågar om egenskaper som terapeut, så tror jag att det är någonting med det där mötet liksom, verkligen, att vi kan gör väldigt mycket för varandra. Det går att förändra. Ta ställning och den tron att jag måste ha avgjort själv i det att det går (att hjälpa). Det är många gånger att ha den där järnhanden intakt bakom sammetshandsken, ”the tough love”. Och man måste kunna göra det på sitt sätt. Det finns inget annat sätt.

## Diskussion

### Metoddiskussion

**Deltagarna.** Det finns inte många psykoterapeuter som arbetar med ISTDP i Sverige varför tillgången till informanter är begränsad. Det innebär också att författaren känner till flera av informanterna från olika sammanhang. Av de nio förfrågningar som skickades ut var det två terapeuter som inte svarade. Det var förvånande då båda terapeuterna arbetar utifrån ISTDP varför det fanns en förväntan hos författaren att terapeuterna just därför skulle vara intresserade och vilja delta, åtminstone att besvara förfrågan. Författaren kontrollerade noga att förfrågan skickats till rätt mailadress.

**Instrument.** Den semistrukturerade intervjun är bäst lämpad vid kvalitativ intervju för att inhämta tillförlitliga och innehållsrika svar (Robson, 2002). Intervjuguiden lades upp utifrån frågeställningarna: Vad är fokus för dig? Hur skapar och upprätthåller du fokus? Vilken betydelse har fokus i ditt vardagliga arbete? Finns det egenskaper hos terapeuten som

påverkar fokus? För att undersöka om syftet med uppsatsen kunde vara av intresse och om frågorna och funderingarna gick att svara på, gjordes en provintervju med en legitimerad psykoterapeut med god kännedom om ISTDP-metoden. Efter provintervjun, som blev ganska rörig eller snarare ostrukturerad, lades frågeställning nummer två till: Hur skapar och upprätthåller du fokus? Detta utifrån att författaren ville ha förtydligat om det finns någon skillnad i hur fokus formuleras inledningsvis och hur det upprätthålls i den terapeutiska processen.

En metodologisk begränsning är om sju intervjuer ger tillräckligt med data för att besvara uppsatsens syfte. Efter konsultation med uppsatshandledaren kom man fram till att underlaget är tillräckligt. Det visade sig att samma svar på frågorna ofta återkom under intervjuerna vilket antyder mättnad i materialet.

**Procedur.** Eftersom forskarens inställning och bakgrund påverkar intervjusituationen (Bernard, 2002), funderade författaren, inför mötet, noga igenom hur författaren skulle presentera sig själv och frågorna. Författaren var tydlig med sin förförståelse och även att författaren skriver i egenintresse. Författarens bakgrund inom ISTDP påverkade informanterna så till vida att de utgick ifrån att författaren kände till begrepp och hur olika processer, t.ex. försvarsarbete går till. Oftast ombads informanterna berätta med egna ord för att undvika eventuella missförstånd som kunde påverka resultaten. Under arbetets gång, i studien, har författaren eftersträvat att så tydligt som möjligt beskriva det metodologiska tillvägagångssättet och i detalj beskriva begränsningarna, för att visa på uppsatsens styrkor och svagheter.

**Dataanalys.** Intervjuerna transkriberades av ett transkriberingsföretag. För att säkerställa att intervjuerna transkriberades korrekt lyssnade författaren igenom samtliga intervjuer samtidigt som det utskrivna materialet lästes igenom, vid flera tillfällen. En metodologisk begränsning är att författaren ensam utfört dataanalysen varför den till stor del återspeglar författarens tolkningar. Det i sin tur kan ifrågasätta pålitligheten i svaren. För att säkerställa tillförlitligheten fördes regelbundet en dialog med uppsatshandledaren under analysprocessen som också fick möjlighet att studera en av intervjuerna. Det visar sig att både författaren och uppsatshandledaren i mycket hög utsträckning hade markerat samma citat. Det antyder att författaren hade valt ut relevant material till det studien beskriver. Författaren funderar också på om det finns en risk som påverkar tillförlitligheten; att fokus läses in i större utsträckning än vad som är rimligt, eftersom författaren har fokus för ögonen.

Främst avser det begreppen i avsnittet ”Tekniker och interventioner i ISTDP” som författaren inte uppfattar är uttalade fokusbegrepp i litteraturen, men tillvägagångssättet leder till att terapeuten håller fokus. En annan begränsning är att det som ensam författare är svårt att föra diskussioner kring analysarbetet och vilka teman som är relevanta. Framför allt är det svårt att begränsa omfattningen av beskrivningarna. Författaren valde att ha med flera citat under varje tema med flera underkategorier för att underlätta för läsaren och för att berika och utveckla beskrivningarna. För att öka tillförlitligheten beskrivs noga hur texterna tematiskt analyserats enligt Graneheim & Lundman (2004).

Slutligen har det varit en process hur introduktionen skulle struktureras och vilken text som passade under vilken rubriknivå. Vid flera tillfällen under skrivandets gång prövade författaren och handledaren sig fram, vilket ökar pålitligheten i studien.

**Överförbarhet.** Kvalitativ forskning är inte generaliserbar utan man talar om överförbarhet (Kvale & Brinkmann, 2009). Genom att ge rika beskrivningar där informanternas tankar, erfarenheter och upplevelser kommer fram och blir begripliga kan andra terapeuter känna igen sig i berättelserna och själva avgöra nyttan av informationen och kunskapen. På så sätt kan den kvalitativa studien vara överförbar (ibid.).

**Terapeutens egenskaper.** En annan begränsning i studien är att författaren inte fördjupat sig teoretiskt kring terapeutens egenskaper. Det har helt enkelt inte funnits tid till det då arbetet med studien varit mer omfattande än författaren förstått från början. Författaren hade förmodligen avstått från att fördjupa sig i frågan på grund av dess omfattning. Dock menar författaren att frågan är intressant och viktig.

**Forskarens roll.** Bernard (2002) anför att forskarens inställning och bakgrund påverkar intervjusituationen, varför forskaren dels måste ha tänkt igenom hur hen presenterar sig och sina frågor dels måste fundera kring hur frågorna ställs och hur de kan uppfattas (ibid.). Det kan ju diskuteras om det är en begränsning eller nackdel att författaren är så pass insatt i metoden. Sannolikt hade andra aspekter eller detaljer kommit fram om en intervjuare som inte arbetar efter metoden ställt frågorna.

I den kvalitativa metoden är intervjuarens förförståelse och delaktighet som egen person viktigt att ta hänsyn till och för författaren att reflektera kring. Det är förstås omöjligt att förhålla sig helt neutralt eftersom intervjun i sig är en interaktion mellan författaren och informanten. Dessutom skriver författaren om ett ämne utifrån egenintresse och behöver därför vara uppmärksam på att inte styra informanterna utifrån det, utan vara öppen för att

den andres historia, erfarenheter och upplevelser inte behöver stämma överens med författarens (Kvale & Brinkman, 2009). Författaren valde att vara tydlig med att hen själv arbetar utifrån ISTDP-metoden, vilket de flesta redan kände till. Författaren var också tydlig med att hen är i en lärandeprocess och att det utgjorde grunden till denna uppsats. Författaren och informanterna fick bra kontakt och kunde börja ”jobba” direkt och ha bra samtal kring hur metoden fungerar i relation till fokus. Här kan tilläggas att det kan uppfattas som en nackdel, att introduktionen är lång och omfattande. Det kan förklaras med att författaren är i en lärandeprocess. Det är svårt att göra begränsningar eftersom ISTDP-metoden verkar enkel, men är komplicerad att arbeta med. Författaren ville även ge läsaren möjlighet att förstå hur författaren tolkat materialet. Det i sig kan öka tillförlitligheten i studien.

### **Resultatdiskussion**

Syftet med uppsatsen är att beskriva hur psykoterapeuter i ISTDP förhåller sig till fokus i den psykoterapeutiska processen. Frågeställningarna är: Vad är fokus för dig? Hur skapar och upprätthåller du fokus? Vilken betydelse har fokus i ditt vardagliga arbete? Finns det egenskaper hos terapeuter som påverkar fokus?

**Vad är fokus i ISTDP?** Det som framkommer i studien är att det finns en spänning mellan terapeuterna. Från att inte ha funderat på begreppet fokus ”det är ett nytt begrepp för mig” till att ha väldigt specifika och ha flera funderingar kring fokus på olika nivåer.

Informanterna beskriver fokus som att få kontakt med patienten, att rikta uppmärksamhet på det som är angeläget och smärtsamt. Att ha fokus på försvar och affekter och formulera ett inre känslomässigt problem. Att nå patienten bakom försvaren och att nå affekterna. Vidare menar informanterna att fokus är att stegvis nå kärnkonflikten och att ha samförstånd kring problemet. Informanterna är noga med att terapeut och patient gemensamt ska komma överens om och förstå patientens problem, som ett sätt att skapa fokus.

Informanterna beskriver fokusarbetet som en gemensam aktivitet, vilket enligt Davanloo (1978) ökar patientens motivation att samarbeta med terapeuten kring sitt problem (ibid.). I Malans trianglar (1981) beskrivs hur fokus på affekter nås genom att identifiera och undanröja försvar (ibid.). Det gemensamma arbetet att förstå patienten utifrån konflikttriangeln (fig 1) som innebär att blockera försvar och reglera ångest samt visa på hur ångesten uppkommer, ökar patientens förmåga att observera sig själv. Frederickson (2013) menar att det väcker en nyfikenhet hos patienten att förstå sig själv. Detta öppna systematiska arbetet väcker den medvetna terapeutiska alliansen eftersom patienten känner



sig förstådd och sedd. En informant säger "...så att de (patienterna) känner sig väldigt sedda och får aha-upplevelser, känslomässiga. Så jag kan väldigt snabbt skapa en allians...". Informanternas beskrivning av vad fokus är känns även igen i den så kallade provintervjun i CDS där terapeut och patient stegvis arbetar för att nå kärnkonflikten (Coughlin, 2017; Davanloo, 1999 & Malan & Coughlin Della Selva, 2007). Summers et al. (2013) anför att ett centralt psykodynamiskt problem, är ett särskilt användbart fokus eftersom det kan diskuteras på ett öppet och genomskinligt sätt tillsammans med patienten, vilket underlättar terapeutisk allians och ger bättre resultatutfall. Författaren tänker också att den fokuserade aktiviteten i att gemensamt förstå patienten är en beskrivning av hur man skapar ett intersubjektivt möte och som innebär arbete med våra medfödda intersubjektiva behov. Stern (2005) menar att intersubjektivitet är ett medfött primärt motivationssystem, av samma vikt som anknytning. Han skriver att intersubjektivitet är en av de främsta drivkrafterna i psykoterapi (ibid.). I samma anda anför Malan (1981) att processen med att förstå patientens problem utifrån konflikt-och persontriangeln ökar den medvetna terapeutiska alliansen (ibid.), vilket författaren tänker kan möjliggöra det intersubjektiva mötet.

Studien visar att fokus i ISTDP förekommer samtidigt på olika nivåer. Förutom det uppenbara fokuset det vill säga problemformuleringen som terapeuten hjälper patienten formulera inledningsvis, är fokus också det patienten önskar ta upp i sessionen för dagen, och därefter är fokus också på patientens reaktioner och responser. Alla tre nivåer behöver terapeuten ha koll på under timmen. Ett sätt för terapeuten att hantera och hålla fokus på alla dessa nivåer är utifrån vad Abbass (2015) kallar fronten. Alltså det patienten visar just nu, tas om hand först (ibid.). Patientens responser bedöms ögonblick för ögonblick utifrån vilken front som visas upp (Abbas, 2015 & Frederickson, 2013). Fronten beskrivs av en informant som att terapeuten i förväg inte kan veta vilken reaktion patienten kommer visa upp:

Jag kan inte veta i förväg, vilken reaktion patienten kommer ha. Patienten kanske får för hög ångest, de kanske kommer använda samma försvar igen, de kanske kommer använda ett annat försvar. De kanske kommer göra något annat som är helt oväntat för mig. Så där gäller att inte låsa sig, så där måste jag vara utan mina begär, inför varje respons. Men samtidigt så är jag fokuserad, på metanivå kring vad det är vi undersöker, vad vi har kommit överens om att vi ska undersöka just nu.

Det gäller alltså att vara beredd på vilken front patienten kommer att visa upp och

inte tappa fokus från det terapeut och patient håller på att undersöka Frederickson (2013). Ett annat sätt informanterna har för att hålla fokus, är att de undersöker vilka försvar patienten använder och att göra psykodiagnostiska bedömningar utifrån hur patientens ångest visar sig/kanaliseras. Coughlin Della Selva (2004) anför att det har stor diagnostisk betydelse att förstå patientens ångest, och vilka vägar den tar, för att kunna intervensera och hjälpa patienten reglera ångesten för att nå känslor (ibid.). Frederickson (2013) betonar att terapeuten bedömer patientens förändringar allt eftersom, beroende på hur försvar rekonstrueras och hur ångesten kan regleras och kanaliseras på ett hälsosammare sätt (ibid.).

Informanternas beskrivning av vad fokus är initialt i terapin, tänker författaren påminner om Levensons (2010) beskrivning av problemformulering och mikrofokus. Även hos DeLACOUR (1986) beskrivs att terapeutens primära uppgift är att tillsammans med patienten hitta ett fokus kring patientens konflikt (ibid.).

**Upprätthålla fokus.** I studien framgår, som metoden förespråkar, att informanterna använder olika typer av terapeutiska tekniker och interventioner som terapeuten har till sin hjälp för att upprätthålla fokus. Informanterna beskriver hur fokus kan förflytta sig beroende på hur patienten svarar. Det gäller då för terapeuten att följa patientens responser ögonblick för ögonblick utifrån vilken front (t.ex. känsla) som visas upp. En informant beskriver när fronten är att hålla terapeuten på avstånd. Genom att tajma blockering av de taktiska försvarerna, som oftast är omedvetna för patienten, till att medvetandegöra patientens agerande för att undersöka om det finns känslor gentemot terapeuten. Detta är en av de fyra fronter som enligt Abbass (2015) kan visas upp i rummet. Terapeuten visar på konsekvensen av försvaret för att hjälpa patienten ta avstånd (vända sig bort) från försvaret för att kunna närma sig och fördjupa sina känslor och förhoppningsvis nå genombrott i det omedvetna (Abbas, 2015; Frederickson, 2013 & Coughlin, 2017). Genom att använda interventionen press kommer patientens motstånd upp. En informant uttrycker: ”Man är hela tiden väldigt inriktad på press och gå dit där motståndet är och att det ska...., resistance kommer upp liksom. Det är det som händer och då är vi på rätt plats.” Genom att ställa frågor kring hur patienten upplever sitt problem känslomässigt, innebär det att press används som intervention. Davanloo (1999) skriver att press, under central dynamic sequense, ger direkt tillgång till det omedvetna (ibid.).

Vidare använder sig terapeuterna av sammanfattningar (klarifikation) för att bygga kapacitet att härbärgera affekter som i sin tur kan leda till genombrott. En informant

uttrycker:

Som att de inte ska fastna i organen utan affekterna ska bara få strömma, flöda rakt igenom kroppen. Och komma till sin upplevelsehorisont där de kopplar ihop mig med det jag har varit med om, så det blir som en horisont utav upplevelser som fyller upp det här pusslet och lägger det här pusslet för mig.

Informanterna använder tekniken utmana för att blockera försvar mot närhet så att patienten inte distanserar sig och kommer längre bort från den känsla som väcks under sessionen. Abbass (2016) anför att med hjälp av olika tillvägagångssätt, som press, klarifikation, utmana försvar och sammanstötning, underlättar det för terapeuten att nå de hälsosamma aspekterna hos patienten, som försöker sträva efter att hitta lösningar på sina problem. Interventionerna i ISTDP syftar till att komma förbi motstånd och se till de egentliga drivkrafterna i psykopatologin (ibid.).

Informanterna beskriver att de fokuserar på kroppens signaler för att hålla fokus på känslor. Författaren kan inte i någon annan dynamisk korttidsterapi förutom ISTDP, hitta detta systematiska sätt att arbeta och uppleva affekter via kognitiv, fysiologisk och motorisk nivå i kroppen.

Denna studie visar att informanterna, genom att använda sig av olika tekniker och interventioner, kroppens signaler och videoinspelningar, når känslor och affekter. Diener & Pierson (2013) visar i sin metaanalys att fokus på affekter ger positiva behandlingsresultat. Författarna talar om terapeutisk omedelbarhet som innebär att ha fokus på känslor i relationen här och nu. I meta-analysen framkommer att arbete med fokus på känslor stärker alliansen och att en vidareutveckling är att utforma specifika interventioner för detta, som man nu vet har goda behandlingsresultat (ibid.). Författaren tänker att det informanterna talar om som aktivitet ”...och då kräver aktiviteten att det hela tiden är ett tryck (pressure) på systemet, på patientens system”, kan liknas vid terapeutisk direkthet. Det är just ett sätt att hjälpa patienten hålla kvar och uppleva sina känslor. Flera av de interventioner, t.ex. press, utmana, sammanstötning, som presenterats uppfattar författaren som specifika för att hålla fokus på affekter. Genom att även hjälpa patienterna uppleva sina känslor motoriskt i kroppen, så fördjupas upplevelsen av affekter som underlättar/leder till genombrott i det omedvetna.

Att hålla fokus verkar patienterna också tycka är viktigt. En informant beskriver hur

patienter själva kan ta upp sitt missnöje med terapin (och terapeuten) när fokus inte hålls:

Det är rätt så svårt. Det gäller verkligen att hålla sig själv medveten, men oftast så tycker jag att många patienter själva för in det på olika sätt genom att blir missnöjda. De säger att de inte riktigt kommer någon vart.

De interventioner informanterna använder bidrar till att hålla fokus. Det i sin tur minskar ”risken” att hamna i överföringsneuros, som författaren inledningsvis beskriver är ett problem. Davanloo (1986) menar att faran med detta är att det leder till en passiv hållning som i sin tur leder till regression, ett beroende av terapeuten och oändliga terapier. Istället för att låta patienten associera fritt (vara i sina försvar), menar han att det är terapeutens uppgift att direkt rikta uppmärksamhet till ett specifikt problem och göra det till ett fokus i terapin (ibid.). Abbass (2016) skriver att det är en utmaning för terapeuten att inte låta sig dras in i överföringsneuros. Om de känslor patienten känner mot terapeuten i överföringen inte får upplevas, resulterar de i repression (bortträngning) av ytterligare ilska och skuld gentemot terapeuten, vilket ökar patientens börda av skuld och behovet att skada sig själv (ökning av symptom). Därför tillåter metoden inte att överföringsneuros utvecklas. Så fort patienten är kapabel, så uppmuntras upplevande av de komplexa känslorna gentemot terapeuten, som i ISTDP uppfattas vara inkörsporren till det omedvetna (ibid.). Att dras in i överföringsneuros är att tappa fokus i ISTDP. Tappar terapeuten fokus så ökar avståndet i relationen.

**Den terapeutiska relationen, allians och överföringsrelationen.** Samtliga informanter beskriver hur de får god allians med patienterna genom att använda sig av Malans trianglar som förklaringsmodell till hur patientens problem uppstår och hur problemen påverkar patienten i olika relationer. Det väcker en nyfikenhet hos patienterna att fortsätta förstå hur de fungerar (Malan, 1981 & Malan & Coughlin Della Selva, 2007). Framförallt fördjupas den medvetna terapeutiska alliansen när informanterna visar på hur känsla, ångest, försvar hänger ihop och samtidigt hjälper patienten reglera ångest, vilket bidrar till ett ökat självobserverande hos patienten (Abbass, 2015; Coughlin, 2017 & Frederickson, 2013). Informanterna upplever att patienterna efterhand vill arbeta i överföringsrelationen, jämfört med överföringsneuros, mellan terapeut och patient, det vill säga utforska de känslor som väcks i relation till terapeuten ”Det är som att det finns någon del i patienterna som vill jobba här och nu, i terapirelationen”. Det är berörande att läsa informanternas beskrivningar av hur fokus påverkar överföringsrelationen. Författaren slås

också av hur terapeuterna själva blir berörda av relationen till sina patienter ”Jag frågade henne: ’Vad hade du behövt för att du verkligen ska bli arg? Riktigt arg.’ Och då sa hon ’att du skulle fortsatt fråga, trycka på.’ Och det var så underbart.” Patienterna vill och förstår att de kan jobba tillsammans med terapeuten. Patienterna känner sig sedda och förstådda, och blir därmed högt motiverade (Davanloo, 1986 & Davanloo, 1978). Det finns vetenskapligt stöd för att fokus kan främja förbättrat behandlingsresultat och terapeutiska allians. Summers et. al (2013) hänvisar i sin metaanalys att de fann samband mellan patientnöjdhet och att sätta mål och fokus i terapin (Hoyt, 1980 & Hoyt, Xenakis, Marmar och Horowitz, 1983, referat i Summers et al.).

Informanterna talar om att de genom träning och att kunna sin metod, ”målet är att det där ska bara bli automatiserat, så man verkligen kan vara känslomässigt närvarande”, desto mer spontan blir tillämpningen av metoden, så att de kan möta patienten utan sina egna begär (utan egen önskan). Ju mindre terapeuten behöver tänka på metodens tillämpning, desto mer öppen är hen att ta emot det patienten kommer med, patientens front. Metoden är ingen manual som följs mekaniskt, utan den bidrar till att terapeuten är känslomässigt närvarande för att knyta an till patienten. Att vara känslomässigt närvarande, att hålla fokus, som terapeut bidrar till att väcka känslor hos patienten som kan delas i rummet. Detta bidrar till en nära relation där känslor får möjlighet att upplevas i överföringen, vilket möjliggör öppning av det omedvetna där minnen och annan information kastar ljus över de dynamiska faktorer som ligger till grund för patientens symtom och karaktärsstörning (Town, Abbass & Bernier, 2013).

**Terapeuten.** Informanterna har olika uppfattning om det finns särskilda egenskaper hos terapeuten som är viktiga för att jobba med fokus utifrån ISTDP. Det framkommer att informanterna följer metoden renlärt. Samtidigt bekräftar de författarens bild i hur svår metoden är att följa. Det kräver mycket träning ”...men sen så måste du träna som ett djur liksom” att lära sig metoden och använda de tekniker och interventioner som stunden, ögonblick för ögonblick, kräver. Informanterna tränar genom att titta på de videoinspelade sessionerna både för sig själva och tillsammans med kollegor och handledare. Egenskaper hos terapeuter som framkommer kan benämnas som mod, att vara aktiv, att stanna kvar och att exponera sig:

”Det är svårt att gömma sig i ISTDP som terapeut. Vi videofilmar, handledning och så, som sker utifrån video. Vi måste exponera vårt arbete för våra kollegor och för

oss själva. Så att ett visst mått av mod att våga ge sig in i någonting som är svårt och läskigt och...i alla fall exponerande och skammen det väcker”.

Även ord som hängivenhet, ställningstagande, teoriförtrogenhet och följsamhet nämns, som hjälp för terapeuten att formulera och upprätthålla fokus, trots patientens motstånd. Fokus är ju en gemensam överenskommelse och som författaren påvisat en viktig motiverande faktor. Att inte följa fokus kan uppfattas som en upplevelse av separation och bristande tillit i härbärgerande. Terapeuten behöver besitta egenskaper som hjälper hen att vara bekväm i intimitet i att överskrida vedertagna kulturella sociala regler kring vad patienten får tala om. Författaren funderar över hur terapeuter kan utveckla denna förmåga till mod och intresse för den andres dilemma och lidande. Summers et al. (2013) anför olika förutsättningar hos studenter, för att undervisa dem i hur de kan lära sig formulera fokus som: att studenten är kunnig, är naturligt begåvad att känna empati, har förmåga att kommunicera effektivt med patienten och har utbildning i hur fokus formuleras, enligt den metod man använder. Vidare anför Summers et al. (2013) att kunskaper i hur kärnkonflikten yttrar sig och hur man formulerar kärnkonflikten är en förutsättning för att lära sig identifiera och arbeta fokuserat. Det finns olika sätt att förstå psykopatologi utifrån psykodynamiskt tänkande för att arbeta med fokus. Men det verkar vara bättre att ha en modell för fokusarbete, än ingen modell alls att arbeta efter. Närvaron eller frånvaron av fokusarbete är viktigare än skillnaden mellan modeller för att arbeta med fokus. Man behöver på olika sätt träna sig i att formulera fokus.Handledning handlar om att inspirera och stödja snarare än att dirigera. Summers et al. (2013) skriver vidare att det är viktigt för studenter att lära sig fokusera behandlingen, eftersom det ger studenten/terapeuten en klarare och mer sammanhängande förståelse av psykopatologin och psykoterapin, vilket ger bättre utfall för patienterna.(ibid.).

### **Slutsatser**

Syftet med studien är att beskriva hur psykoterapeuter i ISTDP förhåller sig till fokus i den terapeutiska processen. Frågeställningarna är: Vad är fokus för dig? Hur skapar och upprätthåller du fokus? Vilken betydelse har fokus i ditt vardagliga arbete? Finns det egenskaper hos terapeuten som påverkar fokusarbetet?

Informanterna har beskrivit hur de förstår och upprätthåller fokus i sitt arbete. Deras uppfattning är samstämmig, det vill säga att fokus är att inledningsvis få en kontakt med

patienten för att sedan hjälpa patienten formulera sitt presenterade problem som ett inre känslomässigt problem, som i sin tur bearbetas genom Malans trianglar för att förstå hur patientens kärnkonflikt uppstår.

Fokus beskrivs även som en fokuserad aktivitet i rummet där patient och terapeut tillsammans har en gemensam uppmärksamhet på patientens problem. Fokus hålls på flera olika nivåer under en och samma terapisession. Terapeuten håller fokus på den överenskomna problemformuleringen, samtidigt som fokus hålls på det problem patienten presenterar i den aktuella sessionen, för att samtidigt hålla fokus på och ta hand om de reaktioner och responser som visar sig i rummet.

Informanterna beskriver att de upprätthåller fokus genom att systematiskt följa ISTDP-metoden, genom att bemöta patientens reaktioner med hjälp av olika terapeutiska interventioner som moment to moment, fronten, press med flera. De tittar även på kroppens signaler och använder sig av de videoinspelade sessionerna. Informanterna beskriver, hur att hålla fokus påverkar överföringsrelationen genom att hålla kvar patienten i till exempel en känsla.

Informanterna beskriver hur de påverkas av arbetet i relationen och vad som krävs av dem för att hålla fokus. De anför bland annat att terapeuten behöver träna på metoden, vara modig och aktiv och exponera sitt arbete både för sig själva, kollegor och handledare, samt ta ställning i att hjälpa sina patienter att tro på att förändring är möjlig.

Genom studien har författaren alltmer förstått att arbete med fokus och hur man upprätthåller fokus som övergripande syfte, handlar om att etablera och bibehålla känslomässig kontakt. Att arbeta med fokus för att få känslomässig kontakt är att arbeta med och i relationen. Arbete med fokus innebär att den känslomässiga kontakten blir intensiv och påtaglig. Detta leder till att patienten får kontakt med sitt omedvetna och syftet med det är att nå sin fulla potential.

### **Avslutningsvis**

De aspekter som tas upp av informanterna utifrån frågeställningarna, kan ses i en process enligt följande:

Informanterna försöker få kontakt med sin patient och riktar uppmärksamhet mot det smärtsamma,

som leder till fokus på samarbete kring problemformuleringen,

som leder till fokus på konflikttriangeln,

som leder till fokus på eventuell ångest(reglering),  
som leder till fokus på försvar,  
som leder till fokus på känsla,  
som leder till fokus på persontriangeln,  
som leder till fokus på komplexa känslor i relationen här och nu med terapeuten,  
som leder till genombrott av minnen,  
som i sin tur möjliggör arbete med kärnkonflikten, att pusselbitarna hamnar på plats,  
att patienten bakom kommer fram, en evidensupplevelse (en känsla av att det här är sant) och konsolidering.

Konsolideringen och evidensupplevelsen leder till en känsla av sanning, känsla av närvaro, självkänsla, agens. Det är även en beskrivning som stämmer väl överens med central dynamic sequence (Coughlin, 2017; Davanloo, 1999).

### **Kliniska implikationer**

Författaren har fått flera rika och nyanserade beskrivningar i att arbeta med fokus i ISTDP. Det gäller att lära sig metoden, förstå teorin, träna genom att titta på de videoinspelade sessionerna på egen hand och tillsammans med handledare och kollegor, men framförallt se till att hålla kontakten med patienten.

### **Framtida forskning**

Det hade varit intressant att utforska vidare kring vilka terapeuter som väljer att vidareutbilda sig i ISTDP- metoden. Författarens intryck är att ISTDP- terapeuter anger hög förmåga till omsorg, empati och ställningstagandet i att tro på förändring. Det hade varit intressant att fördjupa förståelsen för terapeutens egenskaper.

Författaren funderar vidare över vad det är som gör det svårt att hålla fokus ibland. Är det motöverföring, i vid mening, som skapar motstånd hos terapeuten? Patienter vill ha hjälp men undviker smärta, motivation och motstånd. Kan man se motsvarande dynamik hos terapeuten? Att fördjupa undersöka terapeutens svårigheter och framförallt motstånd mot att hålla fokus, arbeta fokuserat. Är det ett motstånd hos terapeuten?

Stämmer det att metoden inbjuder till upplevelse av känslomässigt möte, intersubjektivitet och upplevelse av mening? Om man kan undersöka det, är det ett stöd för det personliga mötet? Om det visar sig att mötet skapar mening, ett affektivt möte som är meningsfullt för båda, när man då kärnan till varaktig förändring? Hur undersöker man att



metoden är verksam därför att den inbjuder till känslomässigt möte, intersubjektivitet, mening och kan man utarbeta en modell för denna undersökning?

I effektstudier gällande ISTDP- terapier skulle utvärderingar av psykoterapiresultatet väga in betydelsen av fokus som faktor. Det hade varit intressant att utforma en forskningsdesign för att förstå hur terapeuter upprätthåller fokus. Vilka frågor behöver man ställa och hur formulerar man dem till terapeuten respektive patienten?

## Referenser

- Abbass, A. (2015). *Reaching through Resistance. Advanced psychotherapy techniques*. Seven leaves press.
- Abbass, A. (2016). The Emergence of Psychodynamic Psychotherapy for Treatment. Resistant Patients: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 44, No. 2, pp. 245-280
- Bernard, R. (2002). *Research Methods In Anthropology. Qualitative and Quantitative Methods*. AltaMira press.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3: 77-101
- Coughlin Della Selva, P. (2001). Dynamic Assessment of Ego Functioning in Davanloo's ISTDP. I J. ten Have-de-Labija (Red.), *The Working Alliance in Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy*. Amsterdam: The Netherlands Foundation for Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy.
- Coughlin Della Selva, P. (2004). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Theory and Technique* (reprinted). London: Karnac Books.
- Coughlin, P. (2017). *Maximizing Effectiveness in dynamic psychotherapy*. Routledge.
- Davanloo, H. (1978). *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*. Spectrum Publications, INC.
- Davanloo, H. (1986). Intensive short-term psychotherapy with highly resistant patients. I. Handling resistance. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, Vol. 1 107-133
- Davanloo, H. (1999). Intensive short-term dynamic psychotherapy - Central dynamic sequence: Phase of pressure. *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, Vol 13, 211-236
- Davanloo, H. (1999). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy Central Dynamic Sequence: Phase of Challenge. *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 13, 237-262
- Davanloo, H. (1999). Intensive short-term dynamic psychotherapy - Central dynamic sequence: Head-on collision with resistance. *International journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 13 Issue: 4 p 263-282
- DeLaCOUR, A. T. (1986). Use of the fokus in brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*,

- Diener, M. J., & Pierson, M. M. (2013). Technique and therapeutic process from a supportive-expressive relational psychodynamic approach. *Psychotherapy, Vol. 50*, No. 3, 424 - 427
- Driessen, E., Henricus, L. V., Frank, J. D., Peen, J., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M., Schoevers, R. A., Cuijpers, P., Twisk, J. W. R., & Dekker, J. J. M. (2013). The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy in the Outpatient Treatment of Major Depression: A Randomized Clinical Trial. *American Journal of Psychiatry, 170*(9): 1041-1050
- Frederickson, J. (2013). *Co-Creating Change. Effective Dynamic Therapy Techniques*. Seven Leaves Press, LLC.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*, 105-112.
- ISTDPsweden.se Svenska föreningen för ISTDP (n.d). Hämtat 17 april 2018 från ISTDPsweden.se Svenska föreningen för ISTDP:  
[http://istdpsweden.se/?page\\_id=17](http://istdpsweden.se/?page_id=17)
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund Studentlitteratur.
- Levenson, H. (2010). *Brief Dynamic Therapy*. American Psychological Association.
- Malan, D. (1981). *Psykotterapi och psykodynamisk vetenskap*. Natur och kultur.
- Malan, D., & Coughlin Della Selva, P. (2007). *Transformed lives. A revolutionary Method of Dynamic Psychotherapy*. (rev. ed.). Karnac books.
- Mohr, C. D. (1995). Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*(1):1-27
- Robson, C. (2002). *Real world research*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Solbakken, O., & Abbass, A. (2014). Implementation of an intensive short-term dynamic treatment program for patients with treatment-resistant disorders in residential care, *BMC Psychiatry Vol. 14*
- Smith, J. (2006). Form and forming a focus: In brief dynamic therapy. *Psychodynamic Practice, 12*(3): 261-279
- Stern, D. N. (2005). *Ögonblickets psykologi. Om tid och förändring i psykotterapi och*

*vardagsliv*. Natur och kultur.

- Summers, R. F., Xuan, Y., Tavakoli, D. N. (2013). Teaching focus in Psychotherapy: A Training Essential. *Psychodynamic Psychiatry*, 41 (1) 91-110.
- Town J. M., Abbass, A., & Bernier, D. (2013). Effectiveness and cost effectiveness of Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy: does unlocking the unconscious make a difference? *American journal of psychotherapy*, Vol. 67 (1), pp. 89-108;
- Utbildningsdepartementet (2003) Lag om etikprövning av forskning som avser människor (Statens offentliga utredningar, 2003:460). Hämtar från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)
- Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet: Elanders Gotab.

## Bilaga 1

Hej.

Mitt namn är Déspina Katsianikou Benér och jag studerar sista året på psykoterapeutprogrammet vid Lunds universitet. Inför mitt uppsatsarbete vill jag beskriva begreppet FOKUS och jag söker därför kontakt med psykoterapeuter som arbetar med fokus utifrån ISTDP. Jag har själv många funderingar kring fokus och tycker det kan vara knepigt att både skapa, upprätthålla och skifta fokus. Därför vill jag beskriva hur andra ISTDP psykoterapeuter hanterar fokus.

Några frågor och funderingar som jag vill samtala/intervjua kring är tex.: Vad är fokus för dig? Hur skapar och upprätthåller du fokus? Vilken betydelse har fokus i ditt vardagliga arbete? Finns det egenskaper hos terapeuten som påverkar fokusarbetet?

Uppsatsen har en kvalitativ ansats där syftet är att lyfta fram den intervjuades personliga beskrivningar och upplevelser av fokus.

Intervjun beräknas ta ca en timme där vi träffas på en plats som passar dig bäst.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan. Dina svar bearbetas konfidentiellt och den inspelade intervjun raderas efter att uppsatsen blivit godkänd. Dina svar märks med antingen nummer eller informant. Du kommer få underteckna en samtyckesblankett i samband med intervjutillfället.

Forskning kring upplevelse av fokus och hur man arbetar med det som psykoterapeut är begränsat. Din medverkan är viktig då den bidrar till ökad kunskap och förståelse och förhoppningsvis bättre terapier. Jag hoppas att jag väckt intresse och att du vill delta i ett samtal kring fokus i psykoterapi. Tacksam för svar inom en vecka och gärna att vi träffas under oktober månad. Om du har några frågor får du gärna kontakta mig.

Med vänliga hälsningar

Déspina Katsianikou Benér  
[despikat@hotmail.com](mailto:despikat@hotmail.com)  
0708-83 33 01

## **Bilaga 2**

### **Intervjuguide**

1. Vad är fokus för dig?
2. Hur skapar och upprätthåller du fokus?
3. Vilken betydelse har fokus i ditt vardagliga arbete?
4. Finns det egenskaper hos terapeuten som påverkar fokusarbetet?

## Bilaga 3

### Informerat Samtycke

Mitt namn är Déspina Katsianikou Benér och jag studerar sista året på psykoterapeutprogrammet vid Lunds universitet. För närvarande arbetar jag med min uppsats. Syftet med uppsatsen är att beskriva hur psykoterapeuter upplever och förstår fokus i den psykoterapeutiska processen och om terapeutens egenskaper spelar någon roll. Uppsatsen har en kvalitativ ansats vilket innebär att jag vill lyfta fram dina personliga beskrivningar och upplevelser av fokus.

Intervjun beräknas ta ca en timme där vi träffas på en plats som passar dig bäst.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan. Dina svar bearbetas konfidentiellt och den inspelade intervjun raderas efter att uppsatsen blivit godkänd. Dina svar märks med antingen nummer eller informant.

Om du har några frågor får du gärna kontakta mig eller min handledare.

Med vänliga hälsningar

Déspina Katsianikou Benér  
[despikat@hotmail.com](mailto:despikat@hotmail.com)  
0708-833 301

Handledare: Jan-Åke Jansson  
[jan-ake.jansson@psy.lu.se](mailto:jan-ake.jansson@psy.lu.se)  
072-302 76 82

---

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att medverka i studien.

Ort och datum

Namnsteckning