



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Vad gör vi med varandra?

**Metakommunikation i mentaliseringsbaserad terapi – en
kvalitativ studie**

Författare: Elin Björkstam

Psykoterapeutexamensuppsats. 2018.

Handledare: Gudrun Olsson
Examinator: Jan-Åke Jansson

Abstract

The purpose of this qualitative study was to explore the nature of meta-communication between therapist and patient in Mentalization Based Therapy (MBT). The study applied a phenomenological method with attempts to hermeneutic interpretation and understanding. Video sequences of MBT individual therapy sessions were collected from all patient and therapist dyads who consented to participate in the study during the period of material collection. Relevant sequences were then chosen and analyzed using IPA. The main themes of meta-communication found concerned *negotiation*, *exploration of the relationship* and *regulation of emotional closeness and distance*. Both therapists and patients seem to struggle in making themselves understood. Patients' ability to make use of metacommunication seemed to depend on degree of epistemic trust. Important factors increasing epistemic trust seemed to be for the patient to feel validated and genuinely cared for by the therapist. Therapist's ability to access their empathy and put their own perspective aside in order to validate the patient differed over time and might increase with the possibility of reflection and support between sessions. Based on these findings the responsibility of the organization in facilitating therapists' access to their empathy and mentalizing is discussed.

Keywords: psychotherapeutic relationship, meta-communication, mentalization, MBT, epistemic trust, qualitative method

Sammanfattning

Syftet med denna kvalitativa studie var att utforska hur metakommunikation mellan patient och terapeut i mentaliseringsbaserad terapi gestaltar sig. Studien är fenomenologisk med hermeneutisk ansats till tolkning och förståelse. Videosekvenser av individualterapi-sessioner i MBT samlades in från alla patient- och terapeutdyader som samtyckte till att delta i studien under perioden för materialinsamling. Relevanta sekvenser valdes sedan ut och analyserades med hjälp av IPA. De huvudteman av metakommunikation som upptäcktes i studien var *förhandling, utforskande av relationen* och *reglering av närhet och distans*. Både terapeuter och patienter tycktes upptagna av strävan efter att göra sig förstådda. Patientens förmåga att dra nytta av metakommunikation tycktes relaterad till graden av epistemisk tillit. Graden av epistemisk tillit påverkades av i hur hög grad patienten kände förståelse och genuin omsorg från sin terapeut. Terapeuternas tillgång till sin empati och mentaliseringsförmåga skiftade över tid och tycktes förbättras genom möjlighet till reflektion och stöd mellan sessioner. Organisationens ansvar och möjlighet att påverka terapeuternas tillgång till sin empati och mentaliseringsförmåga diskuteras utifrån studiens fynd.

Nyckelord: Psykoterapeutisk relation, metakommunikation, mentalisering, MBT, epistemisk tillit, kvalitativ metod.

Tack!

Ett stort tack riktas till alla patienter och terapeuter som valt att delta i studien och gjort min undersökning möjlig. Jag vill också tacka min handledare Gudrun Olsson som hjälpt mig balansera mellan kreativitet och vetenskapligt förhållningssätt.

Innehåll

Introduktion.....	7
Inledning.....	7
Kort om MBT.....	8
Teoretiska utgångspunkter.....	8
Tidigare forskning.....	10
Syfte.....	11
Metod.....	12
Deltagare.....	12
Instrument.....	12
Design.....	12
Procedur.....	12
Dataanalys.....	13
Etiska överväganden.....	14
Resultat.....	15
Tema 1: Förhandlingen.....	16
Förhandlingen om arbetet.....	16
Förhandlingen om verkligheten.....	20
Den uteblivna förhandlingen.....	24
Sammanfattning av tema 1: Förhandlingen.....	27
Tema 2: Utforskande av relationen.....	27
Utforskande av vad relationen håller för.....	27
Överraskningen.....	34
Utforskande av varandras olika inre världar.....	39
Sammanfattning av tema 2: Utforskande av relationen.....	46
Tema 3: Reglering av närhet och distans.....	46
Explicit reglering.....	46
Implicit reglering.....	47
Sammanfattning av tema 3: Reglering av närhet och distans.....	53
Diskussion.....	54
Resultatdiskussion.....	54
Förhandlingen.....	54
Utforskande av relationen.....	56
Reglering av närhet och distans.....	58

Organisationen och mentaliseringen.....	59
Metoddiskussion.....	60
Kliniska implikationer.....	62
Förslag till fortsatt forskning.....	62
Referenser.....	63
Bilaga 1.....	66
Bilaga 2.....	67

Introduktion

Inledning

Under mina år i ett MBT-team har jag både förundrats och förtvivlat över arbetets oförutsägbarhet. I litteraturen är metoden tydligt definierad men i verkligheten får ofta intuition och empati företräde framför manualens interventionsstege. Kommunikationen sker i trevande balans och hisnande fall ner i outhärdliga känslövärldar. Efter månader utan synbar utveckling i en terapi lossnar plötsligt något och vi förstår varandra. I de ögonblicken har jag ofta undrat vad som händer. Vad är det vi gör med varandra, terapeuter och patienter i mentaliseringsbaserad terapi, när vi arbetar i relationen? I mitt uppsatsarbete ville jag gå bakom de instrumentella metodbegreppen och försöka ta reda på vad som händer mellan terapeut och patient i terapirummet under de stunder då vi pratar om vad som händer mellan oss. Efter att ha arbetat med metoden i flera år går jag in i uppsatsarbetet med förförståelsen att metoden är till god hjälp för många av våra patienter och att den öppenhet och ärlighet som metoden medger ofta räddar terapeutiska relationer som med ett mindre rakt förhållningssätt kanske skulle bryta samman. Samtidigt är det min erfarenhet att det är just i stunderna då vi öppet pratar om relationen i terapin som relationen ställs på sin spets och vi som terapeuter blir sårbara och oroade precis som våra patienter. Jag ville utforska metakommunikation i mentaliseringsbaserad terapi för att få möjligheten att på djupet studera dessa tillfällen som tycks innehålla potential för både positiv förändring och relationssammanbrott. I min studie använder jag begreppet metakommunikation på samma sätt som Safran och Muran (2000) använder begreppet, nämligen som en benämning för att öppet kommunicera om kommunikationen eller relationen och göra det som utspelar sig mellan terapeut och patient till det gemensamma objektet för utforskande. Jag har valt att analysera filmsekvenser av inspelade terapier från det MBT-team som är min arbetsplats. Alla terapisekvenser som analyserades i min studie var brottstycken av mentaliseringsbaserad terapi som grundar sig på psykodynamisk teori och modern forskning om mentalisering och epistemisk tillit. De behandlingstekniska konsekvenserna av dessa senare teorier är att mötet mellan terapeutens inre värld och patientens inre värld inte bara kan ske implicit medan parterna diskuterar andra saker utan också är patientens viktigaste verktyg för att öka sin förståelse för sin egen och andras inre värld. Patienten behöver få låna terapeutens inre värld för att tolka och förstå sig själv och händelser i sitt liv, men patienten behöver också få tillgång till terapeutens inre värld som ett annat perspektiv för att i jämförelsen göra sitt eget perspektiv synligt (Bateman &

Fonagy, 2016). Mentalisering av överföringen eller mentalisering av relationen i MBT innebär att terapeut och patient tillsammans försöker förstå vad som händer mellan dem (Rydén & Wallroth, 2008). Att utforska vad som händer mellan patient och terapeut i samband med en konflikt, ett missförstånd eller bara av intresse är något som ingår i metoden som en önskvärd och terapeutiskt verksam händelse om förutsättningarna är de rätta. I min analys gjorde jag ingen skillnad på metakommunikation som tycktes ha uppstått på grund av terapeutens metodtekniska val eller på grund av kris eller nödvändighet.

Kort om MBT

Mentaliseringsbaserad terapi (MBT) är en behandlingsmetod som utvecklats av bland andra Anthony Bateman och Peter Fonagy ur den psykodynamiska traditionen, med syfte att tillhandahålla verksam behandling för patienter med borderline personlighetsyndrom. Behandlingen består av individualterapi, gruppterapi och psykoedukativ grupp. Syftet är att stärka mentaliseringsförmågan hos patienterna genom att i en förtroendefull relation validera och reglera känslor, utforska patientens egen och andras inre värld samt att patienten får träna på att flytta fokus mellan sig själv och andra, mellan yttre och inre faktorer och mellan tankar och känslor (Ryden & Wallroth, 2008). I det MBT-team där studien genomförts är behandlingstiden 18 månader exklusive utredning och uppföljning.

Teoretiska utgångspunkter

Relationen mellan terapeut och patient i psykodynamisk terapi som både potentiellt verksam och hindrande faktor för det terapeutiska arbetet har diskuterats sedan begreppet överföring dök upp i Freuds uppsatser under tidigt 1900-tal (Parth, Datz, Seidman & Löffler-Stastka 2017). I den tidiga psykodynamiska litteraturen diskuteras överföring som patientens överföring av tidigare relationserfarenheter och inre konflikter på terapeuten, vilken ger möjligheten att upprepa och göra om centrala konflikter och nå en mer tillfredsställande lösning. Terapeutens reaktioner på denna överföring kallades av Freud för motöverföring och uppfattades under de första årtiondena främst som ett hinder för terapin (Gabbard, Littowitz & Williams, 2012).

Från den initiala upptäckten att läkning kan uppstå i mötet mellan terapeut och patient, då patienten får möjlighet att överföra sina inre konflikter och sin relationshistoria på en neutral terapeut som reflekterar projektionerna tillbaka till patienten och gör det möjligt för denne att se sig själv, har många olika förståelser av relationens betydelse utvecklats, kombinerats, ibland övergivits och senare återfunnits och vidareutvecklats. Senare

psykodynamiker har lagt emfas vid den verkliga relationen, där känslor i terapirummet uppstår mellan terapeut och patient som två människor, inte som ett resultat av överföring. Relationen med terapeuten ses då som en korrektiv relationell erfarenhet (Gabbard et al. 2012). Intersubjektivitet i terapisituationen diskuteras utifrån parternas respektive unika universum och det i sin tur unika som uppstår i mötet mellan dem (Gabbard et al. 2012). Den terapeutiska alliansen i form av både överenskommelsen om det gemensamma arbetets mål och tillvägagångssätt och patientens tillit till terapeuten som person tillmäts stor betydelse för terapins utfall (Safran & Muran, 2000) och många teorier växer fram kring vad som är av betydelse i byggandet av en god allians. Att samtala om relationen i relationen, så kallad metakommunikation, lyfts fram som ett bärande terapeutiskt redskap och ett sätt att bygga och återupprätta den terapeutiska alliansen (Safran & Muran, 2000). Mentalisering syftar på den mänskliga förmågan att förstå att både man själv och andra har en inre värld av känslor, tankar, erfarenheter och intentioner som inte alltid är uppenbar för andra eller en själv och som kan vara komplex, motsägelsefull och skiftande (Wennerberg, 2010). En bärande teori bakom mentaliseringsbaserad terapi är att barnet inte bara själv lär sig om världen genom att utforska den, utan att barnet också behöver låna andras inre världar för att lära sig tolka och värdera omvärlden och sin egen inre värld (Gabbard et al. 2012).

Epistemisk tillit är ett begrepp som får allt mer betydelse i modern forskning om psykoterapeutisk behandling av personlighetssyndrom. Med epistemisk tillit menas i terapisanhang patientens tillit till att det terapeuten har att säga är personligen relevant, menat att hjälpa och av intresse för patienten och att patienten därför är öppen för att försöka ta till sig den nya information som terapeuten försöker förmedla (Fonagy, Campbell, Bateman 2016, Fonagy, Allison 2014, Sharp, Fonagy 2008). Epistemisk tillit uppfattas som en naturlig mänsklig egenskap som uppstår i relationen mellan barn och vårdare. Förmågan till epistemisk tillit kan försvagas om de tidiga erfarenheterna av lärande i en nära relation har varit skrämmande eller plågsamma och patienten kan då uppfattas som otillgänglig för terapeuten (Fonagy, Campbell & Bateman, 2016; Fonagy & Allison, 2014; Sharp & Fonagy, 2008). Enligt teorin om epistemisk tillit kan allt arbete med att bygga upp en allians ses som ett upprättande av epistemisk tillit hos patienten till den aktuella terapeuten. Fonagy och Allison (2014) går så långt som att föreslå att återupprättandet av patientens förmåga till epistemisk tillit utgör själva behandlingseffekten i en lyckad psykoterapi då förmågan till epistemisk tillit möjliggör fortsatt socialt lärande i framtida relationer. Medan Schechter och Goldblatt (2011) menar att terapeutens genuina relaterande och försök att sätta sig in i patientens subjektiva upplevelse främst ökar patientens tolerans för outhärdliga känslor,

menar forskarna inom epistemisk tillit att samma terapeutbeteende främst syftar till att öka patientens epistemiska tillit (Fonagy et al. 2016; Fonagy & Allison 2014; Sharp & Fonagy, 2008).

Fonagy och Bateman (2016) skriver angående terapeutens förhållningssätt i MBT att terapeuten behöver vara genuin, direkt och närvarande för att skapa en ärlig relation med patienten, men också att terapeuten på olika sätt måste reglera närheten till patienten under terapitimmen för att därigenom reglera patientens känslomässiga intensitet. Närhet till terapeuten kan väcka patientens anknytningssystem vilket kan försätta patienten i outhärdligt starka känslor som omöjliggör mentalisering. För att reglera ner anknytningskänslorna rör sig terapeuten känslomässigt bort från patienten exempelvis genom att fokusera på tankar istället för på känslor eller på någon annans inre värld istället för patientens. På motsvarande sätt kan terapeuten öka närheten och den känslomässiga styrkan hos patienten genom att fokusera på känslor, på patientens inre eller på det som i nuet utspelar sig mellan patient och terapeut (Bateman & Fonagy, 2016).

Tidigare forskning

Flera försök har gjorts att kvantitativt studera relationen mellan patient och terapeut och dess inverkan på behandlingsresultaten. Vikten av genuint relaterande mellan terapeut och patient och betydelsen av terapeutens förmåga till empati och icke dömande validering av patientens känslomässiga upplevelse lyfts fram av Schechter och Goldblatt (2011) och Kivlighan, Hill, Gelso och Bauman (2016). Dessa faktorer ses också som centrala inom forskning kring mentalisering och epistemisk tillit (Fonagy et al. 2016; Fonagy & Allison 2014; Sharp & Fonagy 2008). Hersoug, Ulberg och Höglend (2014) har i en kvantitativ studie delat in 100 patienter i två grupper som fick psykodynamisk terapi under ett år, den ena gruppen med överföringsarbete och den andra gruppen utan. Man fann att båda behandlingarna var lika effektiva, men att patienter med personlighetsyndrom eller objektrelationer av låg kvalitet visade särskilt god effekt av överföringsarbete. Ytterligare en kvantitativ studie (Pinto-Coelho, Hill & Kivlighan, 2016) handlar om effekten av terapeutens öppenhet med information om sig själv (therapist self disclosure, förkortat till TSD). I denna studie skiljer författarna på olika typer av TSD där vissa har mer terapeutisk effekt och andra mindre. Författarna har studerat och graderat ett stort antal terapeutiska interventioner innehållande TSD. TSD av hög kvalitet uppges vara information om terapeutens insikter, tankar och känslor. TSD av låg kvalitet kan vara faktauppgifter. Enligt studien är den bästa formen av TSD när terapeuten ger patienten information om sig själv som är av hög kvalitet,

lagom intim och har direkt relevans för något som är viktigt för patienten. Därutöver har TSD bäst effekt när terapeuten snabbt går från informationen om sig själv tillbaka till att fokusera på patienten.

Även kvalitativ forskning bidrar till bilden av att relationen mellan patient och terapeut har stor betydelse för behandlingens utfall. En fallstudie (Kramer, Pascual-Leone, Despland & De Roten, 2014) och en intervjustudie (Haskayne, Larkin & Hirschfeld, 2014) visar på terapeutiska effekter av att lösa problem och reda ut missförstånd som uppstår i terapirelationen. Resultaten antyder att metakommunikation i långa terapeutiska relationer har en terapeutisk effekt och att terapeuters förmåga att hantera denna metakommunikation har betydelse för behandlingsutfallet.

Flera studier på senare tid har visat på samband mellan terapeuters personliga egenskaper och behandlingsresultatet. Dessa studier försöker på olika sätt klarlägga vilka terapeutegenskaper som har betydelse samt hur denna kunskap ska appliceras på utbildning och kliniskt arbete (Nissen-Lie, Havik, Höglend, Rønnestad & Monsen, 2015; Duan & Kivlighan, 2002; Nissen-Lie, Monsen, Ulleberg & Rønnestad, 2013; Cologon, Schweitzer, King & Nolte, 2017; Ensink, Maheux, Normandin, Sabourin, Diguier, Berthelot & Parent, 2013). Avgörande faktorer som återkommer i dessa studier är terapeuters förmåga att känna och visa genuin empati med patienten, att kunna släppa sitt eget perspektiv för att helt sätta sig in i patientens situation och förmågan att behålla eller återhämta sin mentaliseringsförmåga även i pressade situationer i terapirummet. Två studier visar på ett tydligt samband mellan terapeuters mentaliseringsförmåga och behandlingsresultaten för dessa terapeuters patienter (Ensink et al. 2013; Cologon et al. 2017). Enligt dessa studier tycks god mentaliseringsförmåga hos terapeuten vara viktigare för behandlingens utfall än terapeuters egen anknytningsstil, teoretiska kunskaper om den diagnos som behandlas och teoretiska kunskaper om relationer. Andra faktorer som i kvantitativa studier funnits påverka terapeuters effektivitet är terapeuters känsloläge innan session som i sin tur tycks påverka terapeuters empatiska förmåga (Duan & Kivlighan, 2002) samt terapeuters känslomässiga reaktioner på patienten under terapitimen (Nissen-Lie et al. 2015)

Syfte

Syftet med studien är att ge en fördjupad bild av hur metakommunikation mellan patient och terapeut i mentaliseringsbaserad terapi gestaltar sig.

Metod

Deltagare

Alla terapeuter och patienter som var aktiva i individualterapi under perioden för materialinsamling tillfrågades om deltagande. Jag samlade in transkriberade videofilmade sekvenser från individualterapi under perioden april till juli 2017. Av fyra terapeuter och 24 patienter valde samtliga terapeuter och 15 patienter att delta i studien. Tre av terapeuterna var psykologer och den fjärde var jag som är socionom med grundläggande psykodynamisk psykoterapiutbildning. Terapeuternas erfarenhet av MBT varierade från att nyligen ha börjat till ca sex års erfarenhet. Alla utom en hade högskoleutbildning i MBT. Patienterna hade alla genomgått utredning där de erhållit diagnosen borderline personlighetssyndrom enligt DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). De hade också genomgått psykoedukativ grupp om 12 träffar i MBT-teamets regi. De gick alla i gruppterapi utöver individualterapin. Tiden i behandlingen varierade från att nyligen ha börjat till att vara i avslutsskede.

Instrument

För materialinsamlingen använde jag videofilmning med stillastående kamera där bilden visade både terapeut och patient. Kameran hanterades av den aktuella terapeuten.

Design

För att utforska hur metakommunikation mellan patient och terapeut i mentaliseringsbaserad terapi gestaltar sig valde jag en induktiv kvalitativ metod med fenomenologisk utgångspunkt. Fenomenologin syftar till att studera fenomenets inneboende mening, vad fenomenet innebär (Olsson, 2008) och i hela utformningen av studien var denna öppna, frågande inställning vägledande. Min forskningsansats var hermeneutisk då jag strävade efter att tolka och förstå mitt insamlade material.

Procedur

De deltagande terapeuterna lämnade löpande in inspelningar av sina individualterapi där de själva ansåg att relationen diskuterades och där patienten samtyckt till att delta i studien. Jag tittade sedan på filmerna och transkriberade de avsnitt som jag bedömde innehöll metakommunikation enligt Safran och Murans (2000) definition av begreppet. Av ca 180 genomförda individualterapisamtal under perioden för materialinsamling med de patienter och terapeuter som samtyckt till att delta i studien fick jag in 19 relevanta sekvenser från fyra

individuella terapeuter och nio individuella patienter. Längden på sekvenserna varierade från ca en minut till ca 20 minuter. Samma terapisesion kunde innehålla flera relevanta sekvenser med irrelevanta sekvenser emellan. Jag försökte efter bästa förmåga att avgränsa transkriberingen till de relevanta sekvenserna. Camic, Rhodes och Yardley (2003) skriver om att analysera data i form av videoinspelningar och tar upp att processen att välja ut relevanta sekvenser ur ett stort material är en del av analysprocessen. Teamets terapeuter var därmed både deltagare i studien och medverkade i urvalsprocessen. Jag själv genomförde det slutliga urvalet.

Dataanalys

Att analysera inspelade videosekvenser blir en form av observation. Eftersom jag själv deltog som terapeut i vissa delar av det inspelade materialet och var involverad som medterapeut eller kollega för samtliga deltagare blev min studie en deltagande observation (Willig, 2013). Forskarblicken kom inte utifrån, utan jag som terapeut och kollega försökte i analysarbetet kliva ut ur den miljö jag varit djupt involverad i de senaste sex åren och inta ett betraktande perspektiv. Min avsikt var att störa terapiarbetet så lite som möjligt och jag ägnade mig därför inte åt analys under terapitimmarna. Istället delade jag in arbetet i en materialinsamlingsfas då jag löpande tittade på filmer, valde ut sekvenser, transkriberade och gjorde en första preliminär analys. Därefter fick materialet vila ett par månader och analyserades sedan utifrån en strukturerad metod. Detta tillvägagångssätt ligger nära det som Carla Willig (2013) kallar deltagande observation med datainsamlingsfas och analysfas.

Jag ville beskriva händelserna i terapirummet så som de gestaltade sig på inspelningarna men också göra en ansats att tolka och försöka förstå vad deltagarna försökte uppnå med sina kommunikationsförsök och hur deras olika val av ageranden påverkade relationen. I analysen utgick jag enbart från det transkriberade materialet. Det som analyserades blev därför ett nedslag på några minuter i en relation som kunde ha pågått i över ett år. Att på detta sätt reducera det material som studeras var nödvändigt för att inte avledas från uppsatsens frågeställning och liknade det Rennstam och Wästerfors (2015) kallar *critical incident technique*.

Jag valde att analysera mitt material utifrån Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), en metod för kvalitativ analys utvecklad av Jonathan Smith, som innebär att det transkriberade materialet djupanalyseras i sökande efter mönster som senare sorteras i teman och underteman (Willig, 2013). Jag genomförde analysen i flera steg. Efter transkribering och en första analys lät jag materialet vila under några månader för att underlätta för mig själv att

distansera mig från mitt perspektiv som terapeut och kollega och istället kliva in i forskarrollen. Därefter läste jag materialet i sin helhet flera gånger som en text. Jag reflekterade över mina egna reaktioner och försökte göra mig uppmärksam på min förförsåelse under läsningen för att öppna mig för ytterligare tolkningsmöjligheter. Därefter identifierade jag ett stort antal teman som jag tyckte mig kunna urskilja och gick sedan tillbaka till att fördjupa mig i de enskilda styckena i intensiv närläsning. Efter hand utkristalliserade sig ett flertal teman som jag uppfattade som återkommande i materialet och relevanta för min frågeställning. Dessa kunde jag så småningom sortera in i tre huvudteman: Förhandlingen, utforskande av relationen och reglering av närhet och distans. Litteratur och tidigare forskning valdes därefter utifrån dessa teman. En del av den litteratur jag valt behandlar mentaliseringsbaserad terapi men den övervägande delen behandlar psykodynamisk terapi i allmänhet. Då mentaliseringsbaserad terapi vuxit fram ur den psykodynamiska traditionen och då likheterna är större än skillnaderna mellan MBT och andra psykodynamiska terapiformer avseende förhållningssättet till relationen mellan terapeut och patient bedömer jag den valda litteraturen som relevant för min frågeställning även då den behandlar andra psykodynamiska terapiformer än MBT.

Etiska överväganden

Innan samtyckesblanketter lämnades ut inhämtade jag godkännande från verksamhetschef att genomföra studien på min arbetsplats samt dela ut de bifogade samtyckesblanketterna. Samtliga deltagare informerades om syfte och mål med studien när de fick frågan om att delta. Information lämnades skriftligen och muntligen och möjlighet fanns att ställa frågor innan samtycke lämnades. Så väl terapeuter som patienter informerades om rätten att tacka nej, rätten att hoppa av samt försäkrades om att beslut om deltagande inte skulle påverka arbetssituation eller behandling. Då antalet terapeuter och patienter vid MBT-teamet var litet vidtog jag särskilda åtgärder i transkribering, analys och presentation av materialet för att säkerställa att ingen terapeut eller patient kunde identifieras. En sådan åtgärd var att inte presentera deltagarna med bakgrundsinformation utan låta materialet bestå av de korta transkriberade sekvenserna mellan ”patienten” (”P”) och ”terapeuten” (”T”). Uttalanden knöts inte till en specifik person utan till ”terapeuten” och ”patienten” i det specifika ögonblick som analyserades. En annan åtgärd var att inte presentera deltagare med kön utan referera till både ”patienten” och ”terapeuten” som hen, liksom eventuella andra som omnämns i materialet. Vidare uteslöt eller ändrade jag alla uppgifter som kunde möjliggöra identifiering, såsom platser och relationer. Dessa ändringar gjordes redan vid transkribering.

Det inspelade materialet var MBT-teamets ordinarie inspelningar avsedda för handledning. Filmningen utgjorde därmed ingen extra belastning för deltagarna. Relevanta stycken transkriberades i direkt anslutning till att filmen lämnades till mig och filmen raderades sedan i enlighet med teamets ordinarie rutiner. Samtliga transkript kommer att makuleras då uppsatsen är framlagd och godkänd.

När det gäller eventuella negativa konsekvenser för deltagarna i studien övervägde jag risken att terapin eller arbetssituationen skulle påverkas negativt av parternas vetskap om att vara föremål för en studie. Camic et al. (2003) skriver om hur kameran kan påverka de som studeras till att förändra sitt beteende. En risk jag identifierade var att deltagarna skulle kunna bete sig annorlunda i terapisisituationen på grund av vetskapen om att de kunde komma att analyseras och citeras i en uppsats, och att detta skulle kunna försämra kvaliteten på patienternas terapi eller försvåra terapeuternas arbetssituation. Några sådana effekter kunde jag inte se i mitt insamlade material. Eventuellt minskade effekten av att vara studerad då videoinspelning var en del av vardagen sedan tidigare i MBT-teamet och kameran således inte var något nytt.

En annan risk var obehag och känslomässiga reaktioner som kan uppstå om någon deltagare läser den färdiga uppsatsen och känner igen sitt eget uttalande men inte håller med om den tolkning som gjorts. McLeod (2011) diskuterar riskerna för patienter och terapeuter i samband med fallstudier och tar då bland annat upp påverkan på terapiprocessen, skam och skuld över eget agerande i processen, rädsla för andras fördömande, risken att bli igenkänd trots aidentifiering samt för patienterna chockeffekten i att läsa om sig själv som ett ”fall” och att se terapeuten resonera kring ”fallet” med en helt annan röst än i terapisisituationen. Jag tog dessa risker i övervägande vid presentationen av analysen och gjorde mitt bästa för att skildra såväl terapeuter som patienter med hänsyn och respekt. Jag valde också att presentera materialet utifrån mina teman och valde då stycken ur olika terapisekvenser för att belysa ett tema, istället för att presentera en längre sammanhängande terapisekvens. I vissa fall avstod jag från att använda en särskild sekvens i presentationen då den sekvensen framstod som särskilt känslig för de inblandade eller på annat sätt etiskt olämplig att ta med.

Resultat

Jag har valt ut tre teman att analysera materialet utifrån. Dessa tre teman är vanligt förekommande i materialet och intressanta att fundera över utifrån min önskan om att uppsatsen ska ha ett värde för kollegor och patienter i MBT-behandling, inte bara som kuriosa eller akademiskt intresse utan för att ge en fördjupad bild av hur metakommunikationen

gestaltar sig. De teman jag valt att fokusera på är förhandlingen, utforskande av relationen samt reglering av närhet och distans.

Tema 1: Förhandlingen

I materialet förekommer många situationer där relationen mellan patient och terapeut diskuteras utifrån att de båda inte är överens om hur terapin ska gå till, vad var och en ska göra i terapirummet, vad som är hjälpsamt i terapin och vad som inte är det, vad man ska fokusera på i samtalen och hur kontakten mellan terapeutterna ska se ut. Det uppstår en förhandling mellan parterna om deras samarbete. Ibland rör förhandlingen rent praktiska saker. Ibland rör förhandlingen mer abstrakta frågor som hur en viss situation egentligen gått till eller vem som har tolkningsföreträde till patientens eller terapeutens beteende och inre värld. Jag har valt att dela in kategorin förhandlingen i tre underkategorier: Förhandlingen om arbetet, förhandlingen om verkligheten och den uteblivna förhandlingen.

Förhandlingen om arbetet. I många av de transkriberade samtalen förekommer förhandling om vad terapeut och patient ska göra. Förhandlingen kan utgöra hela samtalet om relationen eller vara en liten del av ett samtal som till största delen handlar om något annat. Förhandlingen om vad som ska hända i terapirummet kan initieras av terapeuten som i nedanstående exempel. Patienten i exemplet uttrycker stark frustration över att ha önskan om att dö men inte få lov att agera på denna önskan. Hen uttrycker också en känsla av att inte få vara sig själv som kommer av att behöva förneka den starka önskan om att dö och låtsas att den inte finns:

Terapeuten initierar förhandling

P: Alltså det kan jag ju inte vara någonstans [sig själv, min anm] för jag får ju inte agera på det. Jag tillåter inte mig själv det.

T: Nej, frågan är... för så är det ju att du inte kan agera på det.

P: Nej.

T: Men frågan är om det finns något sätt för dig att låta de känslorna, den sidan av dig, de känslorna ta plats här tillsammans med mig genom att prata om det, alltså säga det eller uttrycka det... för det blir liksom antingen eller, antingen måste du stänga in alltihop och det får inte finnas eller så tar du livet av dig, och jag tänker att vi är, vi kanske kan hitta en mellanväg tillsammans.

Den kan också initieras av patienten i form av en fråga eller, som här nedan, i form av uttryckt frustration över situationen i behandlingen:

Patienten initierar förhandling

P: Jag känner att jag bara sitter här och gissar.

T: Ja nu kom det en annan känsla.

P: Ja jag blev arg.

T: Du blev arg.

P: Ja för jag känner att ibland känns det som att den här terapin är bara humbug, som att vi sitter här och drar fram och skapar något som inte fanns för, i andra känslor kan jag känna vad jag känner och, och jag vet varför men här känner jag bara att jag vet inte vad det är för något, det blir bara, ja vad är det här för något, hitta en känsla, du måste hitta en känsla...

I de båda ovanstående exemplen är det uppenbart att parterna inledningsvis inte har samma inställning till vad som ska göras i terapirummet. I det första exemplet ser patienten ingen möjlighet att låta sina svåra känslor ta plats i terapin och ser kanske ingen möjlighet att få hjälp med dessa i terapirelationen. Terapeuten initierar ett samtal om hur terapin kan gå till för att hjälpa patienten med detta. Förhandlingen fortsätter sedan i form av att patienten uttrycker försiktigt hopp om att kunna göra detta men också rädsla för att bli överväldigad. Parterna utforskar gemensamt hur de ska ge utrymme för respektive avleda patientens känslostormar för att kännandet ska bli terapeutiskt och inte överväldigande. I det andra exemplet är patienten frustrerad över terapeutens fokus på känslor och ifrågasätter värdet av att söka efter sina känslor. Patienten uttrycker öppen kritik mot terapeut och hela behandlingen men i kritiken finns också en inbjudan till samtal om vad detta känslufokus ska vara bra för och hur patient och terapeut ska kunna samarbeta på ett sätt som blir mindre frustrerande för patienten. De möts i en gemensam formulering kring arbetet efter en förhandling som varar hela terapitimmen.

Förhandlingen kan också vara känslomässigt sval och mer ha karaktären av en affärsmässig uppgörelse:

Ett affärsmässigt avtal.

T: Jag tänkte bara återvända till, för du och [namn på psykologkandidat] pratade om vad vi ska göra här... du hade lite tankar kring det också?

P: Mm, att vi ska checka av vad vi...

T: Vad vi jobbar med?

P: Ja och var vi ligger gällande målet.

T: Mm...

P: Som vi jobbar mot.

T: Mm. Hur tänker du, liksom utifrån vad ni pratade om kring vår kontakt här?

P: Hmm, nej egentligen mest vad vi ska, om vi tänker så här, är det någonting vi kan gå vidare med förutom att kolla av mina mål och hur det går, det var, att man någon gång i alla sessioner kollar av det, målen.

Här framstår förhandlingen mer som en rutinmässig del i behandlingen där parterna tillsammans följer upp patientens utveckling utifrån i förväg bestämda mål. Relationen framstår inte som personlig eller känslös utan behandlas av båda parter snarare som en arbetsrelation. I skarp kontrast till detta finns tillfällen då patienten tar initiativet till metakommunikation utifrån ett behov av att prata om något som hänt i den personliga relationen mellan P och T. Samtalet nedan inleds med att P berättar om flera olika situationer som varit besvärliga under veckan och som gör att hen idag är stressad och mår dåligt:

Ett personligt relationsproblem mellan P och T.

T: Är det något av detta du vill fokusera på idag?

P: Nej alltså jag vill prata om det som hände förra gången. Jag tyckte det var jättekonstigt, alltså jag kände mig väldigt dömd.

T: Mm

P: Och attackerad, alltså när jag gick hem alltså vad fan hände liksom. Och jag vill liksom förklara mig lite. För det känns som att jag tänkte att du har nog inte fått liksom hela bilden av mig liksom. Om jag får förklara mig?

T: Ja men absolut, absolut, jag kan säga att jag tänkte också på det i efterhand och där de sista fem minuterna av samtalet kan jag säga, tänkte jag också att det kändes som att jag tappade mentaliseringsförmågan där nånstans i mitten och liksom tappade fokus på dig eller vad man ska säga, att jag slutade lyssna, att jag själv hamnade i nånting, så jag pratar också jättegärna om det, så jag vill gärna höra vad du tänker.

Här är fokus tydligt på den personliga relationen mellan patient och terapeut. Det är viktigt för patienten hur hen blir tolkad och förstådd av terapeuten. Något har hänt föregående samtal som fått patienten att känna sig feltolkad och attackerad. Patienten uttrycker starka känslor. Att vara attackerad, känna sig dömd, undra vad fan som hände. Av patientens känsloladdade uttryck framstår relationen mellan patient och terapeut som viktig och känsloladdad men också kanske hotfull för patienten som gått hem med starka negativa känslor efter föregående samtal och nu har stort behov av att göra sig förstådd och återupprätta den goda kontakten med terapeuten. Det blir tydligt att även terapeuten uppfattar relationen som viktig och känsloladdad och att även terapeuten bryr sig om hur relationen blir

och tänker på patienten mellan träffarna när det inte känts bra. Förhandlingen om vad parterna ska göra i terapirummet blir således snabbt avklarad då de är överens om att relationen är viktig, att något inte blev bra förra gången och att dagens samtal ska handla om det. Istället inträder förhandlingen om verkligheten – vad hände egentligen förra gången?

Alla de ovan givna exemplen visar öppna förhandlingar där antingen patient eller terapeut lyfter en fråga om relationen eller uttalar frustration på ett sådant sätt att det blir uppenbart för parterna att relationen behöver diskuteras utifrån att de inte är överens. Men alla förhandlingar är inte öppna. Det förekommer också förhandlingar som sker med dolda medel, där den ena parten eller båda försöker styra vad som ska göras i terapirummet genom att byta ämne, undvika att svara på frågor eller vagt avvisa förslag utan att meddela några direkta känslor eller önskemål. I exemplet nedan har patienten lyft kritik mot terapeuten. Samtalet handlar sedan om att patienten har skuld-känslor över att ha lyft kritik medan terapeuten försöker fortsätta samtalet om relationen. Parterna drar åt olika håll i samtalet utan att öppet besluta vad de ska prata om eller i vilket syfte.

Dragkamp

T: Jag tänker att du blir väldigt ensam i en jättejobbig upplevelse då, av att du har gjort fel eller att du inte skulle ha tagit upp det...

P: Ja, alltså, och vid tillfällena så har ju det blivit ett problem till slut eftersom jag inte, personen har försökt övertyga mig men det är inte så, det är ok och så är jag fortfarande fast i det liksom.

T: Ah, ja...

P: Så där har jag haft väldigt mycket problem.

T: Ja, men hur blir det för dig nu till exempel, att sitta själv i det, att du kan inte ta in det här som jag säger, hur blir det för dig att vara där?

P: Jag försöker bara uthärda det.

T: Så det är en väldigt jobbig plats. Går det att förklara, beskriva hur den känns? Det här du uthärdar?

P: Ungefär som att jag sitter och väntar på att vi ska byta ämne.

T: Ok så det är väldigt jobbigt att vara i det. Är det ok att stanna i det lite till, just för att undersöka, så får du säga till så fort du faktiskt på allvar känner att nu är gränsen nådd, nu byter vi. Skulle det gå bra?

P: Ja det bara känns som att det finns liksom inget mer att diskutera för att jag är där jag är.

T: Mm... kanske kunde vi se om vi kunde, om du kunde sätta ord på och beskriva hur det är att vara där du är, hur är den känslan som du sitter med?

*P: *suckar**

T: Om det känns ok för dig att beskriva den?

P: Alltså jag har inga ord för den.

T: Nej...

P: Det bara, det bara är så.

I samtalet syns hur terapeuten försöker utforska hur det känns för patienten att ha lyft kritik medan patienten på olika sätt försöker undvika samtalsämnet. Terapeuten framhärdat i sina frågor om patientens känslor trots patientens tydliga motstånd och patienten framhärdat i att ömsom avleda genom att prata generellt om detta problem i olika relationer och ömsom att avvisa med korta svar, suckar och uttryck för frustration. Samtalet fortsätter på detta sätt under lång tid och parterna tycks inte kunna nå konsensus i frågan om vad dagens samtal ska handla om.

Förhandlingen om verkligheten. I en del samtal uppstår förhandlingen utifrån att parterna upptäcker att de inte är överens om något som den ena eller båda anser vara viktigt. De har olika uppfattning om vad som hänt i en viss situation, vad som sagts och gjorts, vilka känslor den ena eller den andra haft. Här handlar förhandlingen om att reda ut faktauppgifter om vad som har hänt men det kan också bli en förhandling om tolkningsföreträde. Vems minne av vad som hände förra gången har företräde? Vems tolkning av patientens respektive terapeutens inre värld ges företräde? Här uppstår situationer där parterna behöver konfronteras med varandras olika verklighetsuppfattning och ibland låta sig påverkas och komma till en kompromiss, ibland stå ut med att leva i delvis olika världar.

Nedan följer fortsättningen på den förhandling som patienten inledde genom att berätta att hen känt sig dömd och attackerad vid föregående tillfälle. När parterna enats om att fokusera på det som hände förra gången följer utredningen av vad som egentligen hände förra gången. Båda parter engagerar sig i detta arbete:

Förhandling om vad som hänt.

P: Ja alltså för att bilden som jag fick av dig var att du liksom tänkte att min anmälan var ett impulsivt beslut, men för mig var det liksom inte det utan jag hade gått och tänkt på det här flera veckor innan liksom...

T: Jaha mm...

P: Och när jag sen träffade [annan T] så blev det lite som ett kvitto på mina misstankar liksom, och sen så satt jag hela kvällen och pratade med en kompis som

liksom kan mentalisering och mentaliserade, så vi pratade ganska länge om det här och sen efter det så bestämde jag mig att nej, jag ringer och berättar för chefen vad som hänt och sen får liksom hen, jag lägger mig inte i liksom...

T: Ja så lägger du ansvaret...

P: Ja så lägger jag det på hen och jag sa till hen också att du får göra vad du vill med den här informationen, jag vill bara säga vad som har hänt liksom. Så för mig så kändes det inte som ett impulsivt beslut liksom.

T: Nej, mm...

P: Men när jag pratade om det med dig så kändes det som att du hade den bilden av att jag liksom gjorde något utan att tänka för att jag ville bli av med känslor vilket jag kände att nej, det var faktiskt genomtänkt det här...

T: Ja...

P: Beslutet liksom.

T: Ja du har rätt i det, det var så jag tänkte, det var min första tanke och där kanske jag gick direkt på den istället för att utforska ordentligt hur du hade kommit fram till det och hur du hade tänkt och så. Det tror jag. Och du märkte det på mig att det, det blev inte riktigt, att vi pratade om två olika situationer kan man säga då nästan, jag tänkte det var impulsivt men från din sida var det inte det.

P: Nej precis. Det är ju vad jag har tänkt i efterhand, vad hände här nu liksom. För jag var ju ganska klar med det när jag kom hit, alltså jag var ju fortfarande arg liksom men jag tänkte att det får jag vara. Så jag var ganska chockad att du liksom drev på att nu måste vi prata om det... alltså det kändes som att kanske du hade mer behov av att prata om det.

Förhandlingen om verkligheten innehåller här flera viktiga frågor som parterna behöver reda ut. Har patienten agerat impulsivt eller inte? Är [annan T] en inkompetent terapeut vars beteende motiverar patientens telefonsamtal till chefen? Har terapeuten misstolkat patientens beteende? Har terapeuten styrt samtalet utifrån sitt eget behov av att skydda sin kollega snarare än utifrån patientens behov? Dessa frågor diskuteras öppet under större delen av samtalet. Både terapeut och patient reflekterar över hur de tänkt, känt och agerat föregående tillfälle, hur de tolkat varandra och på vilka sätt deras verklighetsuppfattning skiljer sig åt. Samtalet är starkt känsloladdat men präglas av båda parter ansträngningar att återupprätta förtroendet i relationen. Båda parter försöker stundtals övertyga varandra om sin verklighetsuppfattning men båda parter tycks också ha en önskan om att förstå och ta in varandras perspektiv. Förhandlingen om verkligheten mynnar ut i att

terapeuten föreslår att det är svårt för dem båda att stå ut med att de har olika uppfattning i en viktig fråga, och att samtalet kanske bör fokusera på hur det känns för patienten när de inte är överens. Patienten accepterar förslaget och samtalet övergår till att utforska relationen.

I exemplet nedan förhandlar parterna kring tolkningsföreträdet för både patientens och terapeutens inre. Terapeuten har försökt utforska patientens känslor. Patienten ifrågasätter både vikten och förekomsten av känslor inom sig själv och förmedlar dessutom sin bild av terapeutens inre:

Förhandling om tolkningsföreträde

P: Jag tycker att det känns som om jag fattar grejen men så kommer jag och så känns det som att jag sitter med... jag förstår inte vad du vill att jag ska fatta. Och jag känner att jag får inte kommunikation i vad det är mer jag ska, hur jag ska göra...

T: Mm...

P: Och ja, och så känns det som att du blir bekymrad och som att mm, nu känner hon inte...

T: Tänker du att jag är bekymrad nu här?

*P: Ja den här *drar luft genom näsan och suckar**

T: Ja vänta lite, ska vi stanna lite, du har ju en bild här att jag ser ut på ett visst sätt...

P: Jag tittar inte, jag bara lyssnar.

T: Ja. Och vad är det du tänker, du tänker att jag är bekymrad?

*P: Ja och som att du också är uppgiven över det här att vad *suckar* ja...*

T: Att jag också blir uppgiven?

P: Att jag vet inte om jag tycker, om vi tycker likadant om det.

T: Nej. Just det för man kan ju fråga mig här då, är du uppgiven [T's namn], är du, vad pågår i dig när du sitter och suckar och verkar lite bekymrad...

*P: Ja jag förstår inte, jag gör inte det *skrattar uppgivet*.*

T: Nej... nej... ehm, vill du att jag ska svara [P's namn], vad jag tänker, vad som händer i mig?

P: Ja.

Här hävdar patienten sin rätt till tolkningsföreträde för sitt eget inre. Patienten känner inga känslor och är inte heller säker på att det är viktigt att känna känslor eller att det finns känslor att känna. Även terapeuten hävdar sitt tolkningsföreträde till sitt inre när hen föreslår möjligheten att fråga istället för att dra slutsatsen att hen är bekymrad. Patienten accepterar förslaget och samtalet fortsätter i att terapeuten berättar öppet om sina tankar och känslor. Flera liknande interaktioner följer där en förhandling uppstår om vad som händer eller bör

hända i patienten, vad som händer i terapeuten och vems tolkning som ska ha företräde. Samtalet framstår som känsloladdat och mödosamt för båda parter men under samtalets gång uppstår allt mer öppenhet och tolerans för det skrämmande i att inte veta vad som händer i en annan människa.

Förhandlingen om verkligheten kan också handla om värderingar. Är det patienten gjort oförlåtligt? Är en viss händelse förståelig eller fullständigt oacceptabel, är ett hinder överkomligt eller oöverkomligt? Är en viss uppgift fakta eller en åsikt? Är patienten, terapeuten eller någon annan viktig person en bra eller dålig människa? Nedan följer en förhandling där värderingar står i fokus. Patienten menar att hen har betett sig illa mot terapeuten medan terapeuten menar att så inte är fallet:

Förhandling om rätt och fel

P: Ja men alltså det blir ju liksom att, du försöker övertyga mig om att det jag har sagt är ok, men jag tycker inte att det jag har sagt är ok.

T: Mm, mm...

P: Även fast du har sagt att det är ok...

T: Så hjälper inte det, på det sättet...

P: Nej och så kan inte jag ge något svar på varför jag inte kan, kan ändra åsikt.

T: Nej.

P: Och då är jag fel för att jag kan inte ge något.

T: Ah, och då blir det ännu värre?

P: För att jag vet å ena sidan liksom att säger någon så och har liksom en övertygande ton så borde jag, just borde, borde jag kunna ta emot det och låta det vara men eh, det går inte.

Patienten hävdar sitt tolkningsföreträde till situationen (att patienten betett sig illa) och avfärdar terapeutens avvikande åsikt. Parterna hamnar i en långdragen förhandling om verkligheten som kommer att involvera många frågor där de inte är överens. Har patienten betett sig illa? Vem avgör om terapeuten blivit sårad eller inte av patientens beteende? Har det någon betydelse om terapeuten blivit sårad för frågan om patienten betett sig illa? Har patienten haft goda eller onda avsikter med sitt beteende? Har avsikterna betydelse, har resultatet betydelse eller har inget av detta betydelse i frågan om patienten betett sig illa? Parterna kommer inte till något konsensus och tycks inte med intresse kunna utforska varandras olika perspektiv. Istället tycks de hamna i en dragkamp där patienten med fler och fler självanklagelser hävdar sitt tolkningsföreträde till sig själv som en dålig människa som betett sig illa oavsett vad terapeuten känner och tycker medan terapeuten med fler och fler

valideringar, empatiska tolkningar och öppenhet om sina egna tankar och känslor hävdar tolkningsföreträdare till patienten som en god människa som gör sitt bästa och inte betett sig illa och till sina egna känslor av att inte ha blivit sårad.

Den uteblivna förhandlingen. Vid en del tillfällen uppstår interaktioner där parterna pratar om olika saker, till synes utan att märka att så är fallet. Här föreligger ingen förhandling utan samtalet fortgår men utan att parterna når någon förståelse eller närmare kontakt eftersom de trots att de inte pratar om det inte är överens om vad samtalet ska handla om. I samtalet nedan gör terapeuten ständiga försök att vända fokus mot patientens inre liv. Patienten å sin sida berättar om anhöriga och deras beteende och krav på patienten. Trots att terapeuten öppet föreslår att fokus riktas mot patientens inre liv och patienten till synes samtycker till detta möts de inte:

Kontaktförsök och undanmanövrar

P: Det känns som om enda gången jag kan andas är när jag är på jobb för då är det verkligen, då gör jag inget annat utan jag gör mitt jobb och så är det liksom över natten, jag vet inte, alla sover.

T: Ja. Så det funkar, det här jobbet, på natten?

P: Ja. Det är enda gången det funkar, det blir frid i mitt huvud för jag kommer ifrån mitt eget liv...

T: Mm...

P: Och kan fokusera på annat.

T: Ja. Men frågan är om vi kan försöka åtminstone här när du sitter tillsammans med mig, och ge lite utrymme till det som finns i ditt huvud...

P: Mm...

T: Istället för det som finns i alla andras som trycker på?

P: Men det är svårt för jag vet inte längre vad som finns i mitt eget huvud.

T: Nej.

P: Det har blivit så mycket så att jag tror jag typ, jag har trängt ner det så djupt så jag vet inte själv vad som är där.

T: Ja... jag tror det är det absolut viktigaste. Att du får, att vi får leta efter det tillsammans...

P: Mm...

T: Att du får den platsen.

P: Mm

T: Mm

P: Alltså jag vet inte hur jag ska hitta till mina egna tankar när alla andra styr.

T: Mm.

P: Varje dag är liksom en kamp, det känns som man måste försvara sig, man måste...

T: Ja...

P: Alltså det ena, det andra man måste stå ut med från [namn på partner] där hemma så att det inte går åt helvete och sen måste man liksom alla ska vara nöjda och så liksom man får ett sms nej men hur går det nu med [partner] och man bara...

suckar

T: Mm.

P: Mm, typ, så att, men jag försöker att inte prata om det.

T: Nej

P: Men sen så klämmer de ändå fram det på något sätt, alltså vissa saker, och då blir det jobbigt. Och om jag berättar för [namn på syskon] så berättar hen för alla andra liksom så att det blir ändå, alla vet...

Samtalet fortsätter på liknande sätt. Terapeuten ställer frågor kring patientens känslor och tankar och validerar och sammanfattar med fokus på patientens inre liv. Patienten å sin sida svarar med att berätta om hur andras beteenden påverkar hen. Terapeuten insisterar på att det viktigaste i terapin är att ge utrymme för patientens egna känslor och tankar. Patienten håller med om att detta vore önskvärt men vidhåller att det är omöjligt eftersom andra tar så stor plats i hens liv. Efter ett samtal som präglas av denna förhandling som aldrig riktigt kommer till stånd kommer patienten i kontakt först med en plågsam inre tomhet och därefter med känslor som finns i denna tomhet. Dessa känslor blir snabbt överväldigande för patienten som önskar byta samtalsämne vilket terapeuten hjälper till med, nu i en öppen förhandling. Kanske är det dessa överväldigande känslor som fått patienten att undvika att svara på terapeutens frågor om inre tillstånd trots att hen ser meningen med dessa frågor. Kanske är undvikandet ett adekvat skyddsbeetende i en situation som patienten är rädd ska bli överväldigande och skadlig. Möjligen hade en öppen förhandling där terapeuten visat en större beredskap att respektera patientens eventuella behov av att skydda sig genom att prata om andra istället för om sig själv kunnat underlätta för parterna att närma sig de starka känslorna i ett tempo som patienten klarat av.

I exemplet nedan försöker patienten framföra kritik mot behandlingen och mot terapeuten medan terapeuten försöker rikta fokus mot att öppet utforska patientens känslor i stunden:

Maskerade attacker och försvar.

T: Ska vi stanna lite [P's namn] för nu blir det mycket jag undrar vad du hamnar i för situation här att du behöver förklara för mig väldigt länge hur du gör med dina känslor...

P: Ja för jag upplever att du tycker att jag upplever inte mina känslor, du känner inte dina känslor...

T: Ja för jag undrar hur det blir för dig att hamna i den här situationen och nästan sitta som att hålla ett försvarstal och lite...

P: Ja för att jag tycker att du säger att jag känner fel.

T: Ja men lite vad blir det för känslor också, är det så här att du vill visa jag kan själv liksom, jag kan, jag klarar detta?

P: Ja... typ som att du minimerar... mitt... vad heter det... mitt... som autonom varelse, att jag kan.

T: Mm ok.

P: Jag kan faktiskt, jag vill visa att jag har mer koll än du, än jag uppfattar att du målar upp mig för att ha.

T: Mm, och vad blir det för känsla när man, när du får den upplevelsen av mig?

P: Det påverkar ju hur jag... vad jag gör av terapitiden.

T: Ja.

P: Vad jag tar till mig.

T: Ja.

P: Jag stänger fler dörrar för att ta till mig vad du säger.

T: Ja... ja just det.

P: Mm så det påverkar så.

Terapeuten tycks anse att patientens känslor är det viktigaste i situationen och att det är dessa som ska vara föremål för bådats intresse. Patienten tycks anse att relationen mellan patienten och terapeuten är det viktigaste i situationen och det som orsakar hans känslor. Terapeuten frågar om detaljer i det patienten känner och patienten svarar på frågorna men på ett sådant sätt att svaren innehåller kritik mot terapeuten och terapin. Stämningen präglas av kontaktlöshet och irritation. Efter en längre stund av liknande interaktion där parterna pratar förbi varandra ger terapeuten tillfälligtvis upp sin ambition att fokusera på patientens känslor och engagerar sig istället i att utforska vad som händer i relationen. Efter att ha blivit hörd i sin upplevelse av terapeuten, terapin och relationen öppnar patienten för att visa mer sårbarhet och bjuder in terapeuten till att utforska hans känslor. I de båda exemplen på utebliven förhandling tycks patienterna med de medel de har tillgång till försöka förmedla sina behov

till terapeuterna som inte uppfattar eller tar på allvar dessa behov utan istället insisterar på att följa sin egen agenda, det vill säga att utforska patientens inre värld.

Sammanfattning av Tema 1: Förhandlingen. Många terapisekvenser har karaktären av en förhandling. Förhandlingen kan initieras av terapeuten eller av patienten och den part som inte initierar förhandlingen kan vara motsträvig eller entusiastisk i att delta. Förhandlingen kan vara en öppen diskussion eller en dold dragkamp. Förhandlingar kan bland annat röra det praktiska samarbetet, tolkningsföreträdet gällande verkligheten och tolkningsföreträdet gällande varandras inre tillstånd. När parterna inte är överens om något av ovanstående men en förhandling inte kommer till stånd riskerar de att prata förbi varandra och kontakt och förståelse uteblir. En förhandling där parterna kan mötas och förstå varandras olika ståndpunkter kan leda till en förbättrad arbetsrelation och ibland till en korrektiv emotionell erfarenhet för patienten. För att en förhandling ska komma till stånd och parterna kunna mötas krävs oftast att terapeuten kan överge sitt eget perspektiv tillräckligt länge för att sätta sig in i och validera patientens upplevelse på ett sätt som patienten uppfattar som genuint.

Tema 2: Utforskande av relationen

Nästa stora tema i materialet utgörs av att terapeut och patient utforskar varandras inre världar, relationen dem emellan och vad de kan förvänta sig från varandra. Utforskandet kan innehålla frågor om tillit: Vad tycker du om mig, bryr du dig om mig, vem är jag för dig, vad orkar du, kan jag lita på vad du säger, vågar du visa mig sårbarhet, klarar du av att jag utmanar dig. Utforskandet kan också handla om en nyfikenhet i mötet med en annan människas inre värld som är olik den egna. Här kan ibland en överraskning dyka upp, där någon av parterna konfronteras med något i den andras inre som var så oväntat att hela bilden av personen och relationen förändras. Jag presenterar utforskande av relationen utifrån tre underteman: Utforskande av vad relationen håller för, överraskningen samt utforskande av varandras olika inre världar.

Utforskande av vad relationen håller för. En situation som återkommer ofta är patientens och terapeutens gemensamma utforskande av hur mycket av patientens känslor som de båda tillsammans i terapirummet kan bära. I exemplet nedan diskuteras i efterhand terapeutens och patientens upplevelse av hur det blev när patientens starka raseri fick finnas och märkas i terapirummet:

Relationen håller för patientens känslostormar

P: [...] Och jag vill inte läggas in igen.

T: Nej.

P: Jag vill inte det ska gå åt det hållet.

T: Nej jag tänker att vi ska ta det väldigt försiktigt, så som vi gjorde idag.

P: Mm.

T: En liten liten liksom...

P: Det var jätteskönt.

T: Det var det alltså?

P: Alltså, hemskt. Men det är ju det jag känner.

T: Ja.

P: Och att få känna det liksom, eh, rätt så bra.

T: Ja.

P: Jo men som du säger, det är nog en bra grej att vi kör på det.

T: Du känner... alltså, är det någon lättnad i det eller vad är det du känner när du får lov att känna det?

P: Ja att jag...

T: Sådär...

P: Ja att du också erkänner min känsla...

T: Javisst...

P: Eller bekräftar snarare...

T: Mm...

P: Att det faktiskt är så jag känner. Och det är skönt för att det är nog svårt för vänner och familj att, de vet ju att jag känner så.

T: Mm

P: Ehm, särskilt tror jag [nämner syskon och förälder]. Men det är nog svårt för dem att liksom, jag vet inte om de kan sätta sig in riktigt i hur det är, att ha med sig det dygnet runt hela tiden.

Denna interaktion har föregåtts av en förhandling kring om patientens känslor hör hemma i terapirummet eller inte vilken utmynnade i att patienten tillät sig att komma i kontakt med raseriet en kort stund för att sedan uttrycka behov av att samla sig och byta ämne vilket terapeuten genast hjälpte till med. En stund senare diskuteras alltså känsloupplevelsen. Både terapeut och patient har frågor att reda ut. Terapeuten är undrande kring om kännandet varit till hjälp för patienten, om det blivit för mycket eller för plågsamt. Terapeuten blir uppenbart glad och möjligen förvånad av att få veta att patienten upplevt lättnad och känt sig bekräftad. Patienten behöver försäkra sig om att terapeuten förstår hur viktigt det är att hen får avleda sig

och lugna sig när det blir för mycket. Kanske behöver patienten också bekräftelse på att terapeuten faktiskt har erkänt och förstått hans känsla på det viset som hen i stunden kände sig erkänd och förstådd. Både patient och terapeut tycks utforska hur starka känslor relationen håller för och de tycks enas om att den är trygg nog för att de ska våga fortsätta släppa fram patientens känslostormar.

I en liknande interaktion där parterna utforskar om terapirelationen håller för patientens starka känsloupplevelser tycks de enas om att relationen ännu inte håller för de starka känslorna:

Relationen håller inte för patientens känslostormar

P: Så att... alltså förra gången när vi börja rota i det så fick jag min första panikattack på jättelänge.

T: Mm.

P: Så att det var ju, det är något jag måste gå igenom.

T: Ja.

P: Men det var väldigt jobbigt för jag var ensam.

T: Ja.

P: Och även om jag inte hade varit ensam utan med min sambo så fattar ju inte hen så det är skit samma.

T: Ja.

P: Hen kan inte hjälpa mig.

T: Så det är riktigt tufft för dig?

P: Ja.

T: Och risken att det blir som det alltid har varit för dig på ett sätt också att du blir helt själv med dina känslor sedan?

P: Mm.

T: Att de kommer i efterhand?

P: Ja men...

T: När du är ensam?

P: Ja, det är ju det som händer.

T: Ja. Vill du berätta något om vad som hände med dig i den panikattacken, vad det var du tänkte på eller...

P: Nej men det var typ allt, alltså, det var väl, alltså, det var väldigt mycket rädsla och sådär som kom upp eftersom det är så mycket där som trycker.

T: Mm, ja...

P: Eller jag vet inte om jag känner mig riktigt redo att börja rota i det.

T: Nej.

P: För att det blir liksom, jag vet inte, det blir jättejobbigt. Jag kunde inte andas när jag kom hem, jag tyckte, men, eller det kom typ i omgångar så att jag kunde liksom prata mig själv igenom det...

T: Mm...

P: Att det var såhär, nej jag har inte tid med detta för det hade jag inte, jag skulle göra [ohörbart] Och sen har jag ingen att prata med så det är ingen att berätta för liksom...

T: Mm...

P: för att ingen förstår.

Här har patienten fått en panikattack i sin ensamhet efter en känslös terapi-session vilket terapeuten får information om vid dagens samtal. Patienten tycks inledningsvis ambivalent till frågan om relationen håller för de starka känslorna. Hen beskriver paniken som något hen måste gå igenom men också som jobbig för att hen var ensam när det hände. Frågan de båda tycks upptagna med är patientens ensamhet med sina känslor. Kan patienten dela sina känslor med terapeuten eller kommer patienten att drabbas av alla känslor i efterhand, i sin ensamhet när terapeuten inte är där? Sätter terapins ramar i form av terapeutens begränsade tillgänglighet gränser för hur starka känslor terapirelationen kan hålla? I detta samtal tycks patient och terapeut överens om att så är fallet. Terapeuten ställer någon följdfråga om patientens känslor men backar snabbt när patienten uttrycker tvekan till om hen är redo för att rota i det. Kanske känner terapeuten av att patienten inte är redo och väljer därför att inte utforska detta vidare. Kanske blev terapeuten skrämmd av informationen om att föregående samtal orsakat en panikattack och känner sig därför inte trygg nog i relationen för att utmana patienten. Parterna enas om att det är säkrast att vara försiktig med känslonärmandet i nuläget och väljer ett mindre känslösamt ämne att fokusera på.

I en annan interaktion är det patientens osäkerhet på vad terapeuten förstår som är i fokus:

Förstådd eller missförstådd?

T: Får du någon tanke om vad det var som gjorde dig ledsen här?

P: Jag försöker att förstå...

T: Vad jag säger?

P: Ja förstå vad jag blir ledsen över. Det är för att jag är obekvämt... eller är det för att jag blir frustrerad eller jag tänker så här att varför förstår du inte att det är, är det

så svårt att förstå att det är jobbigt eller att det upplevs konstigt att dela med sig till någon man inte är i nära förbindelse till?

T: Nej...

P: Alla andra jag pratar med förstår det.

T: Jaja, så det är lite nåt att det är nåt jag inte fattar här och för dig är det så...

P: Även om man kan liksom arbeta på det till att jag ska öppna det här...

T: Ja...

P: Så...

T: Ja men just det [P's namn], det blir så självklart, det är så självklart att du, att det är så starkt för dig så det blir lite frustrerande att jag inte fattar det då, att det här, att det är så...

P: Ja det känns som att det är så att du frågar att varför fixar du inte det att öppna upp, det är något konstigt, jag ser att du är typ sjuk för att du inte kan det hära...

T: Ja just det, ska vi stanna upp lite där för att det... då hade man ju kunnat tänka, du kan tänka att jag tänker att det är konstigt liksom...

P: Mm.

T: Och eh, hur känns det, att tänka att jag tänker det?

P: Jag vill inte sitta här och att du ska, att bli sedd på det sättet.

T: Att jag ser dig...

P: Som sjuk.

Här är det patienten som har frågor kring terapeutens förståelse av hen, hur terapeuten tolkar patients olika beteenden och utsagor. Blir patienten sedd och förstådd som en komplex människa eller reducerad till en diagnos? Patienten efterlyser förståelse för sin utsatta position, att det är svårt att dela med sig av sina innersta känslor till någon hen inte står nära. Kanske innehåller patientens utsagor också en fråga om hur mycket terapeuten kan förstå av hens inre värld, kanske en oro för att terapeuten tolkar patientens svårighet att visa känslor som en inneboende (och sjuk) egenskap hos patienten medan patienten själv tolkar denna svårighet som en effekt av att hen inte känner sig tillräckligt trygg med terapeuten. Terapeuten å sin sida tycks inte identifiera sig med bilden av att hen ser patienten som sjuk. Samtalet om tillit och förståelse övergår efter en stund i att parterna utforskar varandras olika sätt att tänka och se på varandra, på känslor och på psykiatriska diagnoser.

I en annan interaktion tar terapeuten upp frågan om hur patienten uppfattar att samarbetet fungerar då patienten fått byta från en annan terapeut till denna. Frågan kan komma av rutin, det är naturligt för en terapeut att ställa frågan efter en kort tids samarbete

med en patient, men utifrån terapeutens formulering verkar det troligt att en misstanke finns hos terapeuten om att patienten inte är nöjd med samarbetet:

När något blir svårt i kontakten.

T: Och hur har det blivit för dig sen? Nu liksom? Jag kan tänka mig att det inte är helt lätt. Att prata med en ny plötsligt. Eller jag vet inte, hur har det varit för dig?

P: Så jag vet inte, jag tycker det är jobbigt.

T: Mm.

P: Jag hade väl intalat mig själv att det skulle bli bra, att det skulle gå lätt och sådär men sedan blev det inte det och så blev det bara fel.

T: Mm. På vilket sätt blev det inte lätt och hur blev det fel?

[lång tystnad]

P: Känns konstigt att prata om.

T: Ja, alltså nu när jag ställer sådana frågor...

P: Ja, till dig.

T: Mm.

P: För att för mig så är det precis som att jag ger taskig kritik till dig men och det är liksom precis som att säga vad man tycker och tänker...

T: Mm...

P: När det liksom inte är bra grejer, det känns precis som att det bör man bara hålla för sig själv för att det nyttjar ingen liksom.

T: Hm, mm... Jag tänker att det kan vara något viktigt i det du tänker och känner där, även om det är kritiska grejer mot mig, att det kan vara viktigt för att vi ska hitta fram till något bra, att du får berätta om de sakerna.

P: Alltså problemet ligger nog mer hos mig egentligen och mina tidigare erfarenheter, för att så det är liksom, det är en specifik grej som du gör som en annan, min första, allra första psykolog gjorde...

Det är terapeuten som driver samtalet framåt och ställer frågor kring hur det har varit för patienten att prata med hen. Terapeuten insisterar också med följdfrågor, uppmuntran och validering när patienten ger vaga och motvilliga svar, dock med tydlig information om att hen inte upplever att kontakten fungerar bra. Här verkar det som om frågorna om vad relationen håller för främst kommer från terapeuten. Hur är det för dig att prata med mig? Vad är det som inte fungerar? Kanske undrar terapeuten också om patienten är ärlig, om patienten klarar av att ge rak kritik och om det finns något sätt att få alliansen dem emellan att bli bättre. Patienten svarar men i svaren tycks inte finnas några frågor. Patienten kan säga att det inte

fungerar bra i terapirelationen men vill helst inte berätta på vilket sätt. Är patienten i detta exempel så missnöjd att hen inte ser någon väg till att förbättra relationen? Eller är hen så övertygad om sin bild av relationen att hen inte kommer på tanken att utforska? Kanske får patienten så starkt obehag av att framföra kritik och riskera konflikt att hen hellre sitter av timmar i en överksam och frustrerande terapi än pratar om problemet. Samtalet utmynnar i att patienten framför sin kritik på ett tydligt sätt vilket hen i efterhand ångrar.

I nedanstående samtal utforskar parterna hur relationen och patientens känslor påverkats av en konflikt de nyss haft och rätt ut. Efter en stunds samtal om andra relationer återför terapeuten samtalet till den konflikt de nyss haft:

En ny relationell erfarenhet.

T: Mm... Jag tänker att det som hände mellan oss idag var ju ändå nånstans att du hade rätt mycket känslor efter förra gången men du kom hit och du försökte reda ut och då upptäckte du lite överraskande att jag hade tänkt på det och reagerade annorlunda på att du ville prata om det än du hade förväntat dig att jag skulle göra.

P: [Gråtande] Men alltså det där finns liksom inte i min värld att folk tänker på oj nu kanske det... jag vet inte, jag utgår från att folk inte kommer tänka på det liksom.

T: Mm. Att du behöver göra hela jobbet? Jag tänker att nånstans är det kanske en del i, att du fick en glimt eller så en känsla av att jag också är en människa, att det ingår på nåt sätt i det. Att jag tänker också och det innebär så klart att jag kan tänka fel och jag tänker och ibland tänker jag om när jag får lite tid och utrymme.

P: Alltså jag trodde faktiskt att du skulle såhär nej nu vill inte jag ha hen som patient längre.

T: Mm...

P: Hen är för störig liksom.

T: Mm... Så du måste ha varit jätteoroad när du kom hit...

Terapeuten inleder med en tolkning av vad som hänt mellan dem och hur det har påverkat patienten. Patienten bejakar att det var en ny erfarenhet att terapeuten ansträngt sig mellan gångerna och försökt förstå vad som gick fel men kommer också med ny information om sina känslor, nämligen att hen trott att terapeuten inte skulle vilja fortsätta samarbetet. Här dyker det upp en ny fråga som vi kan anta har varit central för patienten under själva konflikten, nämligen den om huruvida terapeuten står ut med att bli ifrågasatt och bli föremål för patientens ilska och sårade känslor. När patienten nu tar upp denna fråga har den redan fått sitt svar men att denna fråga varit aktuell för patienten gör att den tidigare konflikten kan ses i ett nytt ljus. Förhandling och förståelse var centralt i den konflikt som utspelade sig men

kanske var frågan om terapeutens kapacitet för att hantera patientens negativa känslor när de riktas mot terapeuten den viktigaste frågan, och svaret den fick avgörande för hur båda parter uppfattar relationens hållbarhet därefter.

Överraskningen. Då och då händer det att någon av parterna visar eller berättar något om sitt inre som för den andra är helt oväntat och förändrar bilden av personen och kanske också av relationen. Detta är ofta ett kort ögonblick i en förhandling eller ett utforskande där ett uttalande leder till förvåning. Samtalet stannar upp och tar efter detta en ny vändning, ofta med ett nytt känsloläge. I exemplet nedan har patient och terapeut diskuterat om patientens svårighet att komma i kontakt med känslor beror på patienten eller på relationen till terapeuten. Terapeuten insisterar på att försöka utforska patientens inre och patienten ger då ett svar som överraskar terapeuten.

Att se den andra med den andras ögon.

T: Och då undrar jag lite så här, är det för att det är lite obehagligt för dig att rikta blicken inåt i sig själv, är det lite obehagligt för dig att rikta blicken inåt när det är lite otydligt vad som händer?

P: Alltså för mig är det som att kolla på en tavla som bara är lila och sen står du där och beskriver jättefint om allt den här tavlan ger dig intryck om och för mig så är det bara det är en fucking lila tavla...

T: Ok, ok...

P: Och därför känner jag mig avig för det är lite såhär, jag bara ser inte det här, jag fattar inte...

T: Nej ok... och vilken fin bild [P's namn], även om den är lite sorglig för oss då för att den är på ett sätt att vi hittar inte rätt här men fin bild ändå.

Bilden av den lila tavlan som metafor för patientens inre värld tycks drabba terapeuten och ge hen en ny förståelse för hur patienten känner sig. Samtalet blir efter detta mindre konfliktfyllt och de båda förenas i att utforska patientens upplevelse av sin inre värld med bilden av den lila tavlan som grund. Lite senare återför de samtalet till relationen:

Att se sig själv med den andras ögon

T: Men om vi behåller bilden här så kan man tänka att jag kan uppfattas som en pretentiös snobbig konstkritiker...

P: [Fnissar]

T: Och den kan man bli irriterad på för man kan tänka att hen snackar goja och är liksom bara intresserad av att visa sig smart liksom så det är inte så relevant för oss det här hen upptäcker utan det är bara att hen vill showa liksom, är du med?

P: Mm.

T: Så kan man bli frustrerad på hen eller så kan man också bli frustrerad för att man tänker att hen verkligen ser något och så kommer man i mer kontakt med...

P: Jag är väldigt tvådelad i det för jag kan känna både ock. Ibland kan jag känna såhär att du letar efter nånting som fyller din terapeutroll eller något sådant, eller min borderline, det har vi pratat om också att det kan jag känna, om jag ska tänka efter så är det det, men sen kan jag också bli, att det blir som att jag får en känsla av att jag känner mig svag i situationen och känner mig dum och avig och då kan jag känna att det är väl nånting jag inte fattar, jag är väl typ retarded eller nånting då.

T: Men jättefin... för verkligen det kan vara både ock ja. Det kan finnas stunder när man bara...

P: Och det är det här att inte veta om det är det ena eller det andra och så blir jag sådär typ bara [suckar]

T: Ja. Men det låter för mig då [P's namn] som att det kan vara svårt att lita på mig. I stunden här.

P: Ja för jag ser inte vad du ser.

Terapeuten försöker förmedla sin nya förståelse för patientens inre värld och den gissningsvis (utifrån patientens förtjusta fnissande) träffande bilden av terapeuten sedd med patientens ögon tycks överraska patienten. Istället för ifrågasättanden och kritik kommer ny och nyanserad information om patientens inre värld. Patienten avslöjar en sårbarhet i situationen av att inte veta om terapeuten ser något som finns och som patienten inte själv ser eller om terapeuten ser vad hen letar efter. Denna nya information och sårbarhet tycks liksom liknelsen med tavlan drabba terapeuten och förändra hans bild av patientens inre värld. Något som tidigare var svårt för terapeuten att förstå, att patienten inte litade på hen, blir plötsligt begripligt. I detta samtal har både patient och terapeut lyckats förmedla något av sin inre värld till varandra och i detta låtit bilderna av varandra förändras. Det låsta läget de hamnat i mjukas upp efter denna interaktion. Återstoden av samtalet har en varm och förtroendefull ton trots att patientens känslor fortfarande är utom räckhåll.

I nästa exempel har patienten mellan två terapiesessioner varit ledsen och arg, känt sig dömd och missförstådd och oroad för att bli utkastad ur terapin. Patienten har tagit hjälp av en vän för att mentalisera sin terapeut som för patienten betar sig obegripligt och skrämmande:

Att upptäcka att terapeuten är en människa.

T: Mm är det det ledsenheten handlar om att det är jobbigt för dig att bli dömd? Jag funderade på för det tänker jag att det gör och att det är jobbigt för alla men det är

jobbigt för dig, men jag funderade på om det finns en del av det som handlar om att du har sett en annan sida av mig som du kanske inte har sett så mycket av innan, att jag kan tappa mentaliseringsförmågan, att jag kan sluta lyssna och inte riktigt höra dig...

P: Jo det har ju att göra med det...

T: Ja..

P: Att jag blev chockad liksom.

T: Mm.

P: Sen tänkte jag också på när jag kom hem och det sa jag till [namn på vän] för vi pratade om det förra veckan, jag bara att jag har nog inte sett T, jag har inte sett dig som en människa liksom, jag har sett dig som en terapeut som ska kunna hantera allting liksom.

T: Mm. Så det gör något med dig när du upptäcker att jag också kan ha påverkats av information, ha egna svagheter, missa saker, påverkas av mina känslor...

P: Alltså det är väl mer att jag går in i katastroftänket att ah, nej, nu kommer det vara så här liksom.

T: Mm. Att om jag är människa med alla de svagheter det innebär så innebär det att jag kommer sluta lyssna på dig

P: Ja

T: Att jag kommer sätta mina egna känslor och behov före att lyssna på dig.

P [Nickar gråtande]

T: Ja. Jag förstår att det är en skrämmande tanke.

P [Gråter tyst några sekunder]

T: Mm, vill du berätta vad du tänker?

P: Alltså det är ju så jag ofta känner med människor liksom, att blir jag dömd en gång då är jag liksom dömd för alltid.

T: Mm

P: Och om någon missförstår mig kommer jag aldrig få en chans att liksom förklara eller bli hörd.

Patienten har uppehållit sig en stund vid förhandlingen om verkligheten. Hen har försökt göra sig förstådd genom att förklara hur hen ser på det som hänt och hur ont det gör att känna sig dömd och missförstådd. Terapeuten föreslår att rädslan kanske inte enbart handlar om det obehagliga i att bli dömd och missförstådd, utan också om något som händer i den specifika relationen mellan terapeuten och patienten där patienten är van vid att terapeuten är

stödande och förstående men nu plötsligt konfronteras med en sida av terapeuten som hittills inte syns i terapin. Den sida av terapeuten som handlar om terapeutens egna känslor och behov, andra relationer än den till patienten, terapeutens egna känslomässiga reaktioner som kan påverka mentaliseringsförmågan. Patienten bejakar att just detta har blivit en chock. Överraskningen i det här exemplet är i första hand obehaglig för patienten. Terapeuten är en människa med fel och brister, vilket patienten tidigare inte haft en tanke på. Efter den initiala skrämmande chockeffekten öppnar dock denna överraskning för en närmare och mer verklig relation mellan patient och terapeut, där patienten kan relatera till terapeuten som människa och inte bara som funktion. I exemplet ovan leder denna överraskningserfarenhet till att patienten vänder uppmärksamheten mot sin egen generaliserade rädsla för att bli dömd eller missförstådd och sedan aldrig mer bli hörd. Den obehagliga överraskningen blir, när parterna kunnat förstå varandras känslor i situationen, en korrektiv relationell erfarenhet som ger patienten utrymme att se sina egna relationsmönster.

En liknande effekt får den behagliga överraskningen nedan. Patienten har liksom i exemplet ovan blivit orolig för vad terapeuten tänker och tycker om hen mellan två sessioner. Här har patienten ringt och parterna har pratat i telefon om det som hänt föregående session. Nedan diskuteras hur det blev för patienten i detta telefonsamtal:

Att oväntat bli hörd.

P: Alltså att eh... jag blev nog lite chockad liksom efter att vi hade pratat i telefon.

För jag har märkt att jag går liksom in med inställningen att ok nu kommer vi att ha en argumentation och jag kommer inte att bli hörd.

T: Mm.

P: Och sen när det liksom känns att du lyssnar på mig så blir jag såhär, nej, det, såhär skulle det ju inte vara liksom. Alltså jag vet inte, jag förväntar mig typ att jag inte kommer bli lyssnad på.

T: Mm

P: Alltså... så jag tror att efter att vi pratade så kändes det faktiskt bättre. Som att nej, men T lyssnar ändå och tar in min synpunkt liksom, eh, och jag tror att det är väldigt konstigt för mig. Och jag tror också att det är den inställningen som gör att jag, att det blir jobbigt för mig.

T: Ja.

P: Alltså med människor. Alltså det är det som gör att jag hela tiden känner mig så otrygg.

Chocken här handlar om att bli lyssnad på i en situation där patienten inte förväntar sig det. Överraskningen är redan från början positiv. Patienten överraskas av att terapeuten tänker, känner och betar sig på ett helt annat sätt än hen förväntat sig. Denna överraskning bidrar till en tryggare relation mellan patient och terapeut men framför allt möjliggör den för patienten att vända intresset mot sina egna förväntningar på andra människor och hur denna förväntan bidrar till hens känsla av otrygghet i världen.

I det sista exemplet är det terapeuten som drabbas av överraskningseffekten. Samtalet har varit långt och mödosamt, präglad av tystnader och vaga svar från patientens sida. Trots terapeutens försök att förstå vad som händer inom patienten tycks parterna inte mötas. Patienten lyckas inte förmedla sin inre värld till terapeuten och terapeuten lyckas inte förstå. Patienten upprepar gång på gång att det inte är lönt, att det inte kommer att gå och att hen inte vill men säger samtidigt att allt är möjligt och att allt egentligen är bra. Patienten uttrycker irritation gentemot närstående som inte förstår utan istället försöker trösta och uppmuntra men säger samtidigt att dessa närstående har rätt i det de säger. Terapeuten frågar gång på gång hur patienten menar och ger exempel på vad hen tror att patienten försöker förmedla vilka avvisas av patienten. När tiden nästan är slut utspelar sig följande dialog:

När det motsägelsefulla blir begripligt.

P: Mm. Nej och typ om jag vill något blir det ändå såhär, jag vet inte, det känns som om jag ändå hamnar på samma ställe alltid, att jag liksom inte... ah men det spelar liksom ingen roll.

T: Vad menar du, att du vill men sedan tappar viljan eller? Vad menade du?

P: Ja... ja men typ... jag tänker bara såhär, alltså stora typ livsgrejer vad jag ska bli eller allt sånt, att jag tänker att allt ska bli asbra och så provar jag och så blir det alltid, eller jag tror inte det spelar någon roll vad jag gör eller var jag befinner mig, om jag har asmycket pengar eller inga pengar alls, det känns som att det spelar ingen roll.

T: Mm, du mår likadant ändå?

P: Ja.

T: Är det det du menar?

P: Ja... det är såhär, ja eller om jag har asbra kompisar för jag kommer ändå såhär tröttna på dem och bara, att det känns som att inte, att det inte har med något att göra, saker bara är liksom.

T: Ja och då är det ju inte så konstigt, då blir det ju plötsligt mycket mer begripligt för mig den här känslan av att du inte vill nånting, om du, om det är din livserfarenhet att

det är såhär det blir varje gång. Även om du förändrar saker, du flyttar, du byter inriktning, du skaffar jobb och så vidare, du skaffar vänner, men du landar ändå på samma ställe?

P: Mm.

T: Mår lika dåligt oavsett fast varje gång kanske du har tänkt såhär att om jag gör såhär så blir det bättre, nu har jag en plan, nu ska det bli bättre, så blir det inte det?

P: Mm.

T: Det är ju inte konstigt att du bara inte vill.

P: Nej.

T: Vad tänker du?

P: Nej jag, ja, jag vet inte, att det är så, ja, och... ja, jag vet inte vad jag ska göra åt det liksom, för att, ja...

Överraskningen kommer när terapeuten plötsligt förstår något om patientens inre värld som ändrar hela bilden av patientens känslomässiga situation. Det som tidigare varit obegripligt och motstridigt blir plötsligt begripligt och terapeuten kan validera känslan som patienten befinner sig i. Den frustration och kontaktlöshet som trots bådas ansträngningar präglat samtalet tidigare förvandlas nu till lättnad och ett ögonblick av förståelse och kontakt. Patienten har lyckats förmedla något av sin inre värld som tidigare varit obegripligt och motsägelsefullt för dem båda. Terapeuten kan till sist få grepp om materialet och tolka det i ett sammanhang av sin helhetsbild av patienten och patientens livssituation och ge tillbaka denna tolkning till patienten i form av en validering som patienten tar emot. Patienten kan sedan vända sin uppmärksamhet mot sitt eget agentskap och sitt sätt att förhålla sig till sitt liv istället för att irritera sig på omvärldens oförståelse.

Utforskandet av varandras olika inre världar. Ny förståelse för varandras inre världar kan komma genom en chockartad upplevelse eller oväntad överraskning som ovan, men den kan också vara resultatet av ett långsamt och medvetet utforskande i en lugn och trygg situation. I det avslutande samtalet nedan träffas patient och terapeut för att tillsammans tänka kring hur kontakten har varit och hur det känns nu när den är slut:

Vad relationen har betytt

T: Jag tänker det kommer bli, du har kommit hit, det är två år som du och jag har träffats.

P: Mm.

T: Ganska länge.

P: Mm.

T: Du sa att det blir som att det vi har pratat om inte har hänt.

P: Ja, en form av osäkerhet, att eh, det är mycket lättare att snacka här än annars.

T: Vad är det som gör det lättare här?

P: Mm kanske en känsla av att bli lyssnad på och tagen på allvar... Jag försöker komma ur det här låtsastillståndet även om det är, det är inte lätt, jag vet inte vad som har hänt egentligen men det är i alla fall någon, någon eh annorlunda sätt att förhålla... förhålla mig till mig själv.

T: Mm.

P: Att liksom försöka luckra, komma ur, komma på vad det är som händer.

T: Det är en skillnad som du märker?

P: Kanske att det är skillnad att det är så det är här och skillnad från när jag pratar om andra.

T: Kan du plocka med dig det vi pratar om här ut till andra relationer, att du kan bli lite mer uppmärksam på dig själv, jag tänker, vad andra kan ge, vad som är bra, vad som är dåligt?

P: Mm... men jag är rädd för att jag inte ska bry mig. Att jag ska gå in i mig själv och att det bara blir meningslöst.

T: I kontakten med andra?

P: Mm.

T: Jag tänkte det du sa som hade varit annorlunda här är att du har blivit lyssnad på och tagen på allvar.

P: Mm.

T: Ehm, hur skulle du märka det hos någon annan om de lyssnade på dig? Du sa det, du går in i dig själv?

Här inleder terapeuten med att försöka utforska patientens inre värld utifrån vad patienten tar med sig från terapin. I terapeutens frågor anas en oro för att det gemensamma arbetet ska omintetgöras, eventuellt väckt av att patienten tidigare sagt att det känns som om det som de pratat om inte hänt. Terapeuten försöker få reda på vad detta uttalande betyder men patienten har svårt att svara på det. Istället berättar hen vad som varit bra och speciellt med terapin och som hen nu är ledsen och orolig inför att förlora. Terapeuten försöker utforska vad terapin, relationen och avslutet gör med patientens inre värld men tycks också ha ett behov av att lindra den oro och ensamhet som patienten ger uttryck för genom att flytta fokus till andra relationer som eventuellt kan kompensera för den förlorade relationen med terapeuten.

Senare i samtalet återvänder terapeuten till frågan om vad som blir kvar av kontakten när terapin är slut. Här utvecklas samtalet till ett öppet utforskande där patient och terapeut båda delar med sig av hur de upplever kontakten när de ses, när de inte ses och när de avslutar. Skillnaderna i upplevelsen av varandra när de inte ses är slående och ger dem båda möjligheten att förstå varandras vitt skilda inre världar:

Att ha olika upplevelser av relationen

T: Jag tänkte också på det du sa precis här i början med vår kontakt, jag tänkte att när du inte, när du slutar här nu så blir det som att det vi har pratat om inte har, har hänt.

P: Mm.

T: Blir det svårt att behålla lite, hålla det levande i huvudet?

P: Mm.

T: Hur blir det mellan gångerna du är här? Är jag någonstans med dig så att säga?

P: Eh...

T: Inte hela tiden men vid vissa tillfällen, är det levande hela tiden eller är det lösryckt såhär?

P: Ja, ja men jag vet att det händer... Eftersom jag har erfarit det här att det har hjälpt. Allt från det här när det var så illa, ja men det här du kommer hit nästa vecka om du lever nästa vecka och att jag lovade att jag inte skulle göra något, bara den att jag lovar... eh... och att det kommer ordna sig, att du har sagt det, det har ju poppat upp.

T: Det har du kunnat ta med dig när du inte har varit här rent fysiskt?

P: Ja.

T: Blir det en obehaglig tanke det här med att detta inte har, detta kommer försvinna så att säga att detta har, inte bara att vi faktiskt inte kommer att ses utan att det blir som att de här två åren inte har varit?

P: Mm... jag vet inte hur jag ska förklara det här det är som ett vacuum i huvudet [gråter] Det kommer inte fram något.

T: Nej.

P: Så vad jag än gör så kommer det vara det här, nånting.

T: Men jag tänker ju inte att det är försvunnet. För jag tänker, när jag tänker på det, vad man ska komma ihåg när man anstränger sig så blir det lite som när man har pluggat till ett prov och plötsligt så blir man helt blank, jag tänker att man anstränger sig så mycket så att man inte kommer ihåg nånting, det blir lite den känslan att det

blir en stress att, vi ska avsluta här, att det blir ett avsked, det blir den här paniken att vad har jag med mig. Det blir inte så konkret. Eller missuppfattar jag dig?

P: Ja... men det är återigen det här, jag letar efter sätt att reagera. Jag går emot mig själv lite, jag kanske känner att jag är jätteledsen eller ehm... att det är jättejobbigt men så, nej men så kan jag inte känna. Det här är något, såhär är det och då går jag vidare och då är det avslutat. Som en känsla att men då är det klart och så är jag nästan på noll igen.

T: Mm.

P: Så att det...

T: Varför skulle du inte få bli ledsen för att det är slut?

P: Eh... jag vet inte. Kanske att det är väl nånting som nån kan ta, eller, jag vet inte om det är viktigt eller vad det...

T: [Ohörbart] ...viktigt?

P: Nu känns det dumt att jag sa så för jag tror att jag vet att det är viktigt, alltså den här kontakten vi har haft och...

T: Jag tänker att jag tycker att den har varit viktig och jag vet att du tycker att den har varit viktig och jag tänker att det blir ett sätt för dig att hantera känslorna kring det, att om man försöker vara mer rationell så behöver det inte bli så jobbigt. För jag tänker jag känner, jag tycker det känns jättekonstigt att vi inte ska träffas. Även om det är mitt jobb så är du viktig för mig. Jag funderar på hur det ska bli för dig att vi inte ska träffas. Inte i alla fall här och i det här sammanhanget regelbundet. Vi kanske träffar på varandra i något sammanhang här om du ska utredas sen så då kommer du också komma hit men vi kommer inte ha den här regelbundna kontakten.

P: Nej.

T: Jag tycker också det känns sorgligt. Jag tänker också på vad, på vad du tar med dig och hoppas någonstans att du ska ha fått med dig något. Och det tänker jag att du har även om det inte går att lista i punktform.

Senare i samtalet berättar patienten hur det känns för hen att få tillgång till terapeutens inre liv och inre bild av patienten:

Hur verklig är relationen?

P: Nu när vi sitter här så kanske det är mer att, nej men tanken såhär att det bara stopp, att nu är det, att man är patient och att det blir väldigt såhär, om det blir kliniskt eller om, förstår du vad jag menar?

T: Inte riktigt

P: Jag kanske undrar lite hur det blir, alltså, som att det blir svårt att höra när du säger att du bryr dig, eh, undrar vad det betyder.

T: Ok, du blir lite undrande vad jag menar med det?

P: Mm.

T: Om jag kommer på något magiskt klockslag gå ur min roll och bli någon annan?

Patienten fortsätter med en allvarlig undran om hur terapeuten kan ha så många relationer och hålla dem levande inom sig:

Paniken i att finnas i någons inre värld:

P: Ja. Så är det så, jag undrar om man har, jag undrar om man har det jobbet som du har, jag förstår inte hur du kan ha en massa personer i ditt huvud [skrattar] som simmar omkring. Hur det, det är svårt att förstå det.

T: Mm.

P: Men så tänker jag att jag är en av dem. Det kan, det kan få mig att få lite panik ibland att det.

T: Att du simmar omkring i mitt huvud?

P: Ja.

[båda skrattar]

Stämningen i detta samtal är lugn och sorgsen men präglas också av stunder av kontakt och gemenskap. Tempot är långsamt och långa tystnader uppstår när patienten tänker och ibland tappar bort vad terapeuten frågat. I detta utbyte där de båda berättar för varandra hur deras inre bild av relationen och varandra ser ut tycks de komma till en känsla av värme och kontakt i den nya förståelsen men också ett sorgligt avstånd. Inte bara på grund av att kontakten avslutas utan också för att de tycks lägga märke till hur olika deras inre världar är och att denna olikhet inte har gått att överbrygga. Den inre stabila bild av patienten och relationen som terapeuten beskriver att hen har även när patienten inte är där är för patienten absurd och till och med skrämmande. Den är svår att tro på och ta in eftersom den är så olik patientens egen inre bild av andra människor. Terapeuten å sin sida tycks ha svårt att stå ut med att raderas ur patientens inre värld när kontakten är över, att reduceras till en terapeutfunktion och inte få finnas i patientens minne som en människa. Terapeuten ägnar en stund åt att förklara hur hen förhåller sig som både människa och terapeut. Under denna utläggning är patienten tyst och säger sedan att hen har tappat bort sig och att det blev för många ord. I detta öppna utforskande och ärliga möte tycks något hända som blir smärtsamt för både patient och terapeut. När kontakten är som närmast, öppnast och varmest blir också den kontaktlöshet som finns mellan dem tydlig och kanske outhärdlig för dem båda.

I nästa exempel kommer utforskandet av terapeutens inre som en nödvändig följd av att patienten gör en tolkning av terapeutens inre tillstånd som gör att patienten känner sig otrygg och kritiserad. Patientens frågor om vad terapeutens olika tonlägen och ansiktsuttryck betyder leder till att terapeuten gör ett försök att svara på dessa frågor:

Att tolka och förstå varandra utifrån yttre signaler

P: Sitter du alltid liksom och hmmm

T: Nej men vet du [P's namn] för jag tänker i början när vi träffades... nej förlåt nu svarade jag inte på din fråga. Men om jag sitter alltid...

P: Ja den hära, hmm, hmm och det med ögonbrynen.

T: Ja ok [skrattar] Ja. Men det där är nog att jag tänker många gånger

P: Jaja ok

T: Och liksom letar, så, hm. Men du jag tror en sak som jag har fått med mig från början när vi träffades också det var att jag upplevde, och jag tror att jag borde ha kollat det med dig, men jag tror att jag upplevde att du blev lite otrygg också när jag var lite tydligare. Du noterade någon gång att jag sa oj mycket.

P: Ja det var för att vad säger du oj för, vad betyder oj?

T: Jaha, ok ok ok ok...

P: Det är som att jag skulle säga oj, ser hen ut sådär, oj!

T: Jaha, och jag blir mer såhär oj för situationen, oj sa den här personen så, oj gjorde den så...

P: Jaha, jag hade nog behövt mer att oj sa den så, jaha gjorde den det. Som mer eh...

T: Ja.

P: Ja, mer.

T: Ja, mer, då har vi det med oss. För jag satt mer med att jag stör [P's namn] när jag visar vad jag känner, att jag stör dig i din berättelse. Och du har mer tänkt att vad menar hen. Så då ser vi att man verkligen behöver mentalisera, att jag har tänkt att jag stör och du har tänkt att oj, vad menar hen.

P: Ja.

T: Ja, du hade behövt mer tydlighet och jag tolkade det som att här får jag lämna lite space.

P: Ja.

[Gemensamt skratt]

Här kommer terapeuten på sig själv med att inte svara på patientens fråga utan vara på väg att avleda till något som hände i början då de träffades. Samtalet tar en ny vändning när

terapeuten tycks tolka patientens frågor som ärliga frågor som behöver svar snarare än som kritik mot hans utseende och beteende. Patienten tycks nöjd med svaret att terapeutens ansiktsuttryck betyder att hen tänker. Därefter utvecklas samtalet till att handla om hur de ska samarbeta i fortsättningen och vad patienten behöver för att känna sig trygg och förstådd, där terapeuten tycks ha fått en ny förståelse för patientens behov.

I samtalet nedan har något hänt mellan terapeut och patient som terapeuten inte vill kalla för konflikt. Att patienten framfört kritik är dock tydligt. Här försöker terapeuten inbjuda till ett utforskande av den egna inre världen som jämförelse med patientens inre värld:

När den andres inre värld saknar betydelse.

T: Men hur känns det om vi tar den konf... konflikten ska jag inte kalla det för det tycker jag inte att det är, men den konstruktiva kritiken som du lyfte här, blir det så nu även här, att det blir antingen eller? Hur tänker du kring det, om vi tar det exempel som vi har själva?

P: Nej men alltså jag är ju väldigt fast i tanken att det var fel av mig.

T: Att lyfta det?

P: Ja.

T: Berätta hur du tänker?

P: Nej men alltså det är det som jag har nämnt tidigare att eh, att det är inget som jag hade velat höra så därför hade ingen annan velat höra det heller.

T: Mm... går det på nåt sätt att alltså, det här som är svårt att ta in, när jag säger att det var inte så för mig.

P: Alltså det...

T: Går det att ta in, när du hör mig säga det vad känner du då?

P: Det är precis som om någon skulle liksom ge mig komplimang för att jag ser bra ut, eh, eller något man bara säger. Det går liksom inte att...

T: Ja... det blir svårt att ta in, att ta emot?

P: Ja.

T: Om vi säger, tycker du att det verkar som om jag ljugar när jag säger det, att jag hittar på?

P: Nej det är det som är grejen, det är precis som, det är bara ord. Det är varken eller.

Terapeuten försöker här erbjuda sin egen inre verklighet som jämförelse. Hen försöker på olika sätt engagera patienten i utforskandet av två olika tolkningar och uppfattningar av samma situation, nämligen patientens och terapeutens. I det här samtalet uppstår dock inget

sådant utforskande eftersom patienten avfärdar terapeutens upplevelse av situationen som irrelevant för den egna upplevelsen. Terapeuten lyckas inte förmedla sin inre värld till patienten. Terapeutens inre värld blir för patienten bara ord utan någon verklig mening. Terapeuten försöker här besvara frågor som patienten inte ställer.

Sammanfattning av tema 2: Utforskande av relationen. Ett öppet och medvetet utforskande av relationen kan komma till stånd när parterna är överens om att vilja göra detta. Utforskandet kan omfatta patientens inre värld, terapeutens inre värld eller bådas inre världar. Utforskandet kan ske långsamt och metodiskt eller plötsligt i samband med att någon av parterna får överraskande information om den andras inre. Det gemensamma utforskandet av varandras inre världar kan ge ny förståelse för varandra och skapa ökad närhet men det kan också bli skrämmande och invaderande eller överväldigande. Det gemensamma utforskandet kan underlättas av terapeutens öppenhet om sin egen inre värld under förutsättning att informationen uppfattas som relevant och lagom intim av patienten. Utforskandet kan bland annat leda till korrekta emotionella erfarenheter för patienten, utgöra en träning i mentalisering och öka kapaciteten för att förstå och acceptera olikheter i den egna och andras inre världar.

Tema 3: Reglering av närhet och distans

I princip hela materialet skulle kunna analyseras utifrån frågan hur parterna reglerar närhet och distans. Jag har dock valt ut några specifika interaktioner för att belysa olika sätt att reglera närhet och distans och effekterna av dessa sätt. I mentaliseringsbaserad terapi är regleringen av närhet en del av det arbete som ska möjliggöra mentalisering. Ett ökat känslomässigt avstånd mellan terapeut och patient kan ibland vara gynnsamt för att ge patienten utrymme att tänka istället för att överväldigas av känslor. Ökad närhet kan vid andra tillfällen vara gynnsamt för att hjälpa patienten att våga närma sig sina känslor tillsammans med en trygg och stödjande person. Flera av exemplen under rubriken förhandlingen kan läsas som en förhandling om närhet och distans. I exemplen på förhandling och utforskande kan vi se hur parterna inte alltid är överens om den önskade graden av närhet i samtalet. Jag presenterar reglering av närhet och distans utifrån två underkategorier: Explicit reglering och implicit reglering.

Explicit reglering. I det första exemplet diskuteras närheten explicit. Patient och terapeut diskuterar öppet hur känslomässigt nära de bör vara varandra i dagens samtal och hur starka känslor patienten mår bra av att få kontakt med. Parterna fattar ett gemensamt beslut som de sedan hjälps åt att verkställa:

Att prova sig fram tillsammans.

T: Ska vi prova och titta lite, se om vi kan hålla lite i de känslorna för dig idag, hur känns det för dig?

P: Jag känner mig ganska avstängd. Eller så, inte avstängd kanske men mer kontrollerad. Att jag känner de här jobbiga känslorna men jag har satt ett stopp någonstans.

T: Mm... känner du att det är något du behöver fortsätta med även om du är här eller vill du att vi testar lite?

P: Nej jag vill att vi testar för jag går ju i behandlingen för att bli behandlad så då får jag ju ge det... nånting, vad man ska kalla det...

T: Ja prova.

P: Ja, prova, precis.

Terapeuten inleder med att explicit fråga om patienten vill komma i kontakt med känslor. Patienten svarar först implicit avståndsreglerande genom att inte svara på frågan utan istället säga att hen känner sig avstängd. Terapeuten återför samtalen till den explicita nivån och ett gemensamt beslut fattas om att göra ett försök att närma sig känslorna.

Implicit reglering. Implicit reglering av närheten förekommer när patienten, terapeuten eller båda försöker reglera upp eller ner närheten utan att öppet prata om det. Detta kan ske genom att byta ämne, ställa närgångna frågor, svara undvikande, använda känslolösa ord etc. Interaktionen nedan är ett exempel på när terapeuten implicit försöker reglera upp närheten genom att använda känslolösa uttryck, validering, förmedlande av den egna upplevelsen av att vara med patienten och beskrivningar av hur känslor känns i kroppen:

Terapeuten reglerar upp, patienten tvekar.

P: Men samtidigt vill jag inte visa den sidan heller för då blir det ju, jag tror det blir så att släpper jag ut för mycket så blir det svårare att hålla tillbaka, svårare att inte göra något också.

T: Mm, så du blir lite rädd för det i dig själv att du ska tappa kontrollen?

P: Ja, oja, oja.

T: Mm.

P: Jätterädd.

T: Jag funderade på om du blev det förra gången, om du blev rädd för dig själv?

P: Ja lite.

T: För det var liksom en sån här känsla av ja men liksom det här raseriet...

P: Mm.

T: Och du pratade om frustration och sen så liksom det uttryckte sig nästan i kroppen så riktigt...

P: Ja det gjorde det.

T: Som såhär raseri sådär så man känner att man håller på att bli tokig i princip...

P: Ja.

T: Och sen så fick du ganska snabbt behovet av att bromsa det.

P: Mm.

T: Så jag funderar över om det blev att du blev lite rädd för dig själv där, om du inte känner dig trygg med att du kan bromsa?

P: Nej absolut. Jag känner mig inte alls trygg med det för jag vet att de här känslorna är så starka och de är så, det är en av mina grundkänslor liksom.

T: Ja.

P: Och låter jag det komma fram så, jag vet inte vad jag ska göra då riktigt.

Terapeutens försök tycks lyckas i att skapa en ökad närhet. Patienten får så småningom kontakt med starka känslor. Men med denna ökade närhet och kontakt med känslor kommer också en ökad rädsla för de starka känslorna och en rädsla för att tappa kontrollen som får patienten att öka avståndet genom att ställa frågor om praktiska saker. En stund senare kan dock patienten återvända till sina känslor och parterna diskuterar hur det var att få kontakt med dem:

Patienten reglerar ner och sedan upp, terapeuten följer med.

P: Nu stoppar jag mig själv jättemycket [skrattar].

T: Ja hur blir det för dig?

P: Därför jag vet inte var jag ska ta vägen annars.

T: Nej... vad var det för känslor du fick nu, när du började gråta, innan du stoppade dig själv?

*P: Nej men att jag får dela det, som du sa, att jag får dela det, att det kändes så...
[gråter]*

T: Mm, det känns som att det gör något med dig?

P: Jo men det är skönt att vara ärlig.

T: Ja.

P: Det är skönt att få visa hur det är.

T: Mm.

P: Eller så, prata om hur det är i alla fall.

T: Ja och visa också tänker jag att du på vissa sätt gör och lyckas göra på ett sätt... alltså du visar ju utan att skada dig.

P: Ja.

T: Men det märks i liksom hur du andas och ditt kroppsspråk och såhär det...

P: Ok.

T: Syns liksom. Ändå.

P: Jo.

T: Och jag tänker det när du gör, när du bromsar dig själv och som du gör att där visar du mig också något, alltså du visar mig hur rädd du är för de känslorna

P: Mm.

T: Och hur du har kämpat för att hålla dem tillbaka.

P: Ja.

T: Att det går så snabbt för dig.

P: Ja.

T: Den instinkten sitter liksom i.

P: Mm. Den är stark

T: Ja. Vad händer med känslorna nu?

P: Jag försöker tona ner det

Här har patienten först reglerat ner närheten implicit genom att stoppa sig men reglerar sedan upp den något genom att öppet berätta att hen har stoppat sig och således göra sitt bromsade känsloläge öppet för samtal. Terapeuten reglerar implicit upp närheten genom att fråga om känslor och upplevelser. Patienten svarar på detta. Parterna kommer till en stund av närhet där de båda är överens om att vara i känslorna och att känslan inte enbart är dålig. Det finns något skönt i närheten och känslorna och i att dela dem. Ganska snart reglerar dock patienten ner närheten igen genom att försöka tona ner sina känslor. Parterna tycks här engagerade i ett gemensamt utprovande av närhetsgrader där de tillsammans pendlar mellan att reglera upp närheten, reglera ner närheten och tillsammans diskutera hur det blev att vara närmare respektive på större avstånd.

I ett annat samtal tycks terapeuten implicit försöka inbjuda till ökad närhet genom att fråga om hur en viss händelse vid föregående terapi påverkade patienten. Terapeuten upprepar sin fråga flera gånger och signalerar att hen tänkt på patienten och att patientens känslomässiga upplevelse är viktig. Patienten svarar dock som om någon närhet mellan parterna aldrig funnits och som om relationen enbart är funktionell:

Terapeuten försöker reglera upp, patienten försöker reglera ner.

T: Jag funderade på hur det blev för dig förra gången?

P: Ja.

T: När vi avslutade tidigare.

P: Ja.

T: Jag funderade på hur det blev för dig när jag sa så att det går bra att gå?

P: Ja.

T: Hur upplevde du det?

P: Ehm, ja jag har funderat på det också och tänkt och... lite så, fram och tillbaka...

T: Ja.

P: Ett tag och eh, alltså jag, jag tycker inte att det, eh, att det känns så motiverat.

T: Nej.

P: Att gå här individuellt, den här tiden som är kvar.

T: Mm.

P: Jag tycker inte att det, ja, alltså, det känns inte som att det ger någonting.

T: Nej.

P: Om det är personkemin eller vad det är för någonting, det är ju ett rätt så otacksamt läge som du ju kommer in i efter [annan T] och det är bara ett antal eller ett fåtal gånger kvar.

T: Ja precis.

P: Då ju, så att jag, eh, ja... och det var inte något som, förra gången, eller det som var sist det bekräftade väl egentligen...

T: Det blev som en bekräftelse?

P: Bara det som jag känt ett par gånger tidigare då.

T: Mm.

P: Så att så är det...

T: Ja, ja vad bra att du tar upp det, för jag har ju också känt att jag undrar hur det här blir och att det känns lite svårt.

P: Ja

T: Och så blir det ju speciellt också eftersom vi har så kort tid kvar, hade vi haft lång tid hade det kännas väldigt motiverat att hitta ett fungerande samarbete om det gick eller annars byta såklart, det måste ju funka.

P: Ja precis

Terapeutens implicita inbjudan till närhet besvaras av patienten med implicit avståndstagande. Det är svårt att inte uppfatta kritik i patientens uttalanden om att samtalen

inte ger något. Samtidigt undviker patienten den närhet som ett samtal kring terapeutens person och paret personkemi hade kunnat ge genom att hänvisa till praktiska faktorer så som återstående tid i behandlingen och svårigheten i att ta över en terapi efter en annan terapeut. Terapeuten släpper snart sin ambition att öka närheten. Samtalet kring närhet och distans i denna situation blir aldrig explicit. Istället tycks parterna enas om att en hög grad av distans är önskvärd. Tonen är artig och större delen av samtalet fokuseras på praktiska frågor kring avslut och tidbokning. Terapeutens inledande fråga om hur det blev för patienten när terapeuten föregående samtal sa att det går bra att gå får aldrig något svar. Inte heller utforskas vad som fått terapeuten att uttala sig så. Utan att närmare diskutera händelseförloppet, relationen eller känslorna tycks patient och terapeut ha kommit överens om att hålla stort känslomässigt avstånd till varandra och att kontakten bör avslutas.

I samtalet nedan är det patienten som tar initiativet till att öka närheten i samtalet och även berätta hur närheten känns i andra samtal med terapeuten:

Patienten reglerar upp, terapeuten följer med.

P: Jag är fortfarande så jäkla tacksam att jag har kommit in här.

T: Mm.

P: Alltså vad det här gör med mig, vad jag får för chanser liksom, vad jag får för möjligheter och vad jag al... det här hade ju inte hänt liksom om jag inte gick terapin, jag hade ju varit fast, jag hade ju inte utvecklats liksom. Kanske nånting väldigt väldigt sakta men, ja. Ja nu kom jag av spåret men det kändes ändå väldigt viktigt att säga, att prata om.

T: Ja. Men det kändes viktigt att höra också, att det är så det är för dig.

P: Ja vad bra. Jo men jag... [snyter sig]

T: Jag tror att för mig blir det också bra att vi pratar om detta lite då och då hur det är för dig, för att det gör att, eh, jag känner att jag blir lite modigare då.

P: Vad bra.

T: Ja för jag märker ju hur, eh, rädd du blir för dina känslor eller hur plågsamt det är för dig och så drar jag i dina känslor och då kan jag ibland tänka att drar jag för mycket, blir det överväldigande?

P: Sällan.

T: För nu när vi, ja för nu när vi pratar om det så tänker jag att ja det blir det kanske ibland och det är ju smärtsamt men vinsterna verkar ändå som att det är värt det?

P: Ja det är det jag menar.

T: Ja.

P: Det är klart att det är jättesmärtsamt och ibland känns det för mycket, ibland är det kanske för mycket till och med.

T: Ja.

P: Men det finns vinster som du säger.

T: Ja.

P: Och det är det jag är ute efter. Och då måste man gå igenom allt det här tråkiga liksom.

Här berättar patienten spontant om sin upplevelse av terapin för terapeuten som blir uppenbart lättad och öppnar upp om sin egen osäkerhet kring vad som är lagom nivå av närhet för patienten. Patienten ger terapeuten information som gör terapeuten tryggare i relationen, ”modigare”, och bekräftar att terapeutens närmande är önskat. Terapeuten är osäker på om vinsterna överväger smärtan i att närma sig känslorna och patientens beslutsamhet och tydlighet tycks besvara terapeutens fråga om vad relationen håller för och öka möjligheten till fortsatt närhet i relationen.

Det förekommer också att patienten tar initiativ till ökad närhet medan terapeuten, kanske överrumplad, skrämmd eller osäker, svarar på ett undvikande sätt:

Patienten söker närhet, terapeuten håller avstånd

P: Men jag menar terapin, ja det glömde jag säga, jag sa aldrig färdigt det, jag kom in på annat. Jag är jätteglad att jag har dig också, det funkar så bra mellan oss tycker jag.

T: Ja, men det känns som att det fungerar.

P: Ja det funkar jättebra, eh, och liksom jag trodde inte, för när jag började här fick jag sluta gå till min privata psykolog i [namn på stad]...

T: Mm

P: Och jag tänkte jag kommer aldrig finna någon som fattar mig liksom för det har jag inte gjort innan.

T: Mm

P: Och så bara så satt du här och bara, jag förstår att du är så och så och jag bara, jaha!

T: Mm.

P: Ja det är jag ju [skrattar].

T: Mm [skrattar].

P: Så jag fattar inte att det har gått så bra med behandlingen som det har gjort.

T: Nej.

P: Det var ju drömläge att komma in ens.

T: Mm.

P: Och sen att det dessutom funkar så himla bra. Jag är jättenöjd, jag är så glad för det..

T: Så bra. Det känns som att du är på rätt ställe.

P: Bli lite rörd...

T: Och som att du jobbar jättehårt!

Här riktar sig patienten direkt till terapeuten med känslor av glädje och tacksamhet över just deras relation och att ha blivit hjälpt och förstådd. Det är tydligt att patienten riktar sig till terapeuten som person. Terapeuten svarar i generella termer. Det fungerar, inte vi fungerar eller jag fungerar för dig. Även uttrycket att det fungerar antyder en mer instrumentell än personlig hållning. Så småningom reflekterar terapeuten berömmet tillbaka till patienten med formuleringen att patienten är på rätt ställe och jobbar jättehårt. Samtalet fortsätter kring hur patienten arbetar i behandlingen. Terapeuten har således avlett samtalet från att handla om hur relationen mellan patient och terapeut utgör en läkande kraft till att handla om hur patienten själv arbetar för att läka. Här är frågan vad som händer inom terapeuten som gör att hen känner behov av att öka avståndet genom att föra in en mer instrumentell dimension och reflektera tillbaka de positiva omdömena till patienten. Är terapeuten rädd för att ta ifrån patienten stolthet över sina framgångar eller ansvaret för sitt tillfrisknande? Känner terapeuten inte igen sig i patientens bild? Är terapeuten själv obekvämd med närheten eller väcks andra känslor i terapeuten som gör att hen inte tar emot den starka positiva kommunikationen med en öppenhet och personlig direkthet som motsvarar patientens? Och hur påverkas patienten av denna typ av svar?

Sammanfattning av tema 3: Reglering av närhet och distans. Både terapeut och patient reglerar närheten implicit och explicit. När närheten regleras explicit är det oftast ett öppet samarbete då båda parter diskuterar hur känslomässigt nära de ska vara varandra. Implicit reglering kan ske genom användande av känslostarka och personliga eller svala och generella uttryck, genom personliga frågor och kommentarer, genom direkta svar eller undvikande. Implicit reglering kan göras i synbart samförstånd när parterna smidigt tycks glida närmare eller längre ifrån varandra och det kan göras i en kamp där den ena försöker reglera upp och den andra försöker reglera ner närheten med implicita medel. En ökad känslomässig närhet mellan terapeut och patient kan ge möjlighet att bearbeta känslösamt material i terapin men kan också omöjliggöra mentalisering och bearbetning genom att patienten blir så känslomässigt överväldigad att hen inte längre kan tänka.

Diskussion

Resultatdiskussion

Min utgångspunkt var att genom analys av inspelade terapisekvenser ge en fördjupad bild av hur metakommunikation i mentaliseringsbaserad terapi gestaltar sig. I analysen fann jag många olika typer av metakommunikation som jag kunde indela i teman och underteman. Materialet innehöll rika mängder av känslomässigt laddade interaktioner som kunde förstås på många olika sätt och jag försökte begränsa mig till de teman som framträdde tydligast och som hade störst relevans för frågeställningen. Jag har i resultatdelen försökt beskriva hur metakommunikationen gestaltar sig men jag har också analyserat och försökt förstå hur de olika försöken till metakommunikation tycks påverka patient och terapeut och den terapeutiska relationen. När jag jämför mina analyser med den litteratur jag hittat som behandlar relationen mellan patient och terapeut i mentaliseringsbaserad eller annan psykodynamisk terapi slås jag av att många av de små sekvenser av metakommunikation som jag transkriberat och analyserat kan läsas som illustrationer av de teorier som läggs fram i forskningen.

Förhandlingen. I temat förhandlingen ser jag hur många förhandlingar uppstår genom att patient och terapeut blir medvetna om varandras intersubjektivitet (Gabbard et al. 2012) och att de inte hyser samma uppfattning om en situation eller samma önskan om vad som ska hända närmast i terapin och därför behöver stanna upp och förhandla om detta. Medvetenheten om varandras intersubjektivitet ökar medan de utforskar varandras olika positioner för att till sist lära något av varandra och hitta en gemensam väg. Här ser jag i flera exempel hur en lösning på förhandlingen, oavsett vad förhandlingen handlar om, kommer till stånd först när terapeuten har lyckats med att lägga sitt eget perspektiv och sin agenda åt sidan för att helt sätta sig in i patientens situation och dessutom lyckats förmedla denna genuina förståelse och empati till patienten på ett sådant sätt att patienten känner sig tillräckligt förstådd och empatiskt hörd för att kunna öppna sig för terapeutens perspektiv. Liknande fynd beskriver Schechter och Goldblatt, (2011) och Fonagy och Allison (2014). Vikten av att mötas i förhandling när parterna är oense om vad som ska hända under terapin eller om andra viktiga förhållanden blir särskilt tydlig i exemplen på utebliven förhandling. Patienterna i dessa exempel tycks maktlösa i situationen då de inte lyckas förmedla sina behov på ett sätt som terapeuterna förstår. Patienterna försöker på olika sätt framföra att de inte är trygga nog för att öppet utforska sina känslor tillsammans med terapeuten. Den ena för att hen behöver reda ut

ett relationsproblem med terapeuten först, den andra för att hen är allt för rädd för sina starka känslor och ännu inte känner sig tillräckligt hållen i terapin. I efterhand, vid läsning av transkript, framstår patienternas behov som uppenbara men i terapisituationen är balansgången svår för terapeuten. Bateman och Fonagy (2016) belyser detta dilemma. Att hjälpa patienten att närma sig sina känslor är avgörande för att terapin ska ha någon verkan. Likväl kan terapeuten ibland i sin ambition att utöva verksam terapi bli blind för patientens adekvata uttryck för behov av att hålla ett långsammare tempo. Terapeuten kan också fokusera på patientens känslor för att undvika sådant som är obehagligt för terapeuten, exempelvis kritik mot den egna personen. I de båda fallen av uteblivna förhandlingar i min studie tycks terapeuterna, om än oavsiktligt, använda makten i sin position och sin större förmåga att göra sig förstådda till att styra samtalet. De uteblivna förhandlingarna leder inte till någon korrektiv relationell eller emotionell erfarenhet. Istället ökar frustrationen och avståndet i samtalet. Ett möte mellan de båda med ökad närhet och möjlighet till korrektiv erfarenhet kommer till stånd först när terapeuten överger sin agenda och anpassar sig till patientens behov vilket stämmer överens med slutsatser som dragits i tidigare forskning (Fonagy et al. 2016; Fonagy & Allison 2014; Sharp & Fonagy, 2008).

Flera förhandlingar, men inte alla, kan läsas som en resa från bristande epistemisk tillit (Fonagy et al. 2016; Fonagy & Allison, 2014; Sharp & Fonagy, 2008) till upprättandet av tillräcklig epistemisk tillit från patienten till terapeuten i den aktuella situationen för att hen ska kunna tänka sig att terapeuten har något viktigt att komma med. Ibland är det tydligt att den epistemiska tilliten saknas när förhandlingen inleds, antingen för att kontakten är ny och epistemisk tillit aldrig funnits, eller för att något hänt som tillfälligt slagit sönder den epistemiska tillit patienten hunnit bygga upp för sin terapeut. Kanske leder dessa episoder av upprättande eller återupprättande av epistemisk tillit till att patienten ökar sin förmåga till epistemisk tillit även till andra människor utanför terapin, som Fonagy och Allison (2014) föreslår. I mitt material finns exempel på hur patienten, efter en förhandling som slutat i återupprättande av epistemisk tillit och acceptans för varandras subjektivitet, spontant vänder sin uppmärksamhet mot andra relationer i livet och hur dessa kan förstås på ett nytt sätt utifrån det patienten upptäckt om sig själv och terapeuten i den aktuella situationen. Denna effekt av metakommunikation har även lyfts fram av Haskayne et al. (2014). Det finns också exempel på hur patienten åtminstone tillfälligtvis ökar sin förmåga att stå ut med starka känslor i en relation utan att agera vilket stämmer överens med forskningsfynd som gjorts av Kramer et al. (2014). Mitt material säger ingenting om patientens utveckling över tid men i de korta stunder som visas är det i flera fall tydligt att patienten direkt efter att ha löst en

konfliktfylld situation med terapeuten vänder sin uppmärksamhet mot sitt eget emotionella eller relationella fungerande. Terapeuternas skiftande förmåga till mentalisering och empati återkommer i många förhandlingar och framträder särskilt tydligt för mig när jag sammanför mina fynd med litteraturen om epistemisk tillit och vikten av empati och validering. Duan och Kivlighan (2002) visade på skillnader hos individuella terapeuter i olika situationer och jag kan se i mitt material hur samma terapeut visar tecken på olika stor tillgång till sin empatiska och mentaliserande förmåga i olika terapissessioner och inom samma session.

Utforskande av relationen. Det andra stora temat handlar om att patient och terapeut utforskar varandras inre världar, hur deras relation fungerar och vad de kan förvänta sig av varandra. Utforskandet kan grundas i frågor om tillit eller i en nyfikenhet på en annan människas inre värld. Terapeuter och patienter berättar om sig själva och tar emot information om varandra. Terapeuternas användning av information om sig själva tycks precis som Pinto-Coelho et al. (2016) kommit fram till kunna leda till både ökad och minskad förståelse mellan terapeut och patient. I vissa fall förefaller det som om terapeutens information om sina tankar, känslor och upplevelser blir irrelevanta eller direkt hotfulla för patienten. Jag tolkar detta som att terapeutens information om sitt inre kommer vid en tidpunkt då patienten ännu inte känner sig tillräckligt förstådd eller empatiskt validerad för att känna epistemisk tillit till terapeuten, vilket lyfts fram i litteraturen som en förutsättning för utfallet av terapeutens öppenhet (Schechter & Goldblatt, 2011; Fonagy et al. 2016; Fonagy & Allison 2014; Sharp & Fonagy, 2008). Vid andra tillfällen är det just denna information om terapeutens inre värld som i mitt material tycks ge patienten en överraskningsupplevelse av att plötsligt få syn på sin terapeut som en människa med en egen inre värld, vilket i sin tur tycks leda till relationell och emotionell utveckling för patienten. Det finns också exempel där terapeutens information om sitt inre tycks lugna patienten i en situation av starka känslor, ge patienten möjlighet att jämföra sitt eget inre med terapeutens och utveckla sin mentaliseringsförmåga. Dessa effekter av terapeutens öppenhet lyfts fram i tidigare forskning (Gabbard et al. 2012; Fonagy & Allison, 2014). Jag tycker mig alltså i mitt material liksom Pinto-Coelho et al. (2016) se att terapeutens öppenhet om sina tankar och sin inre värld kan vara till god nytta för patienten om de är relevanta i situationen, men med tillägget att det inte räcker att terapeutens information om sin inre värld är relevanta, utan att de måste upplevas av patienten som relevanta, viktiga och personligt anpassade just då de meddelas. Och för att den upplevelsen ska finnas hos patienten tycks ett tillstånd av epistemisk tillit vara en nödvändig grund att utgå ifrån. Det finns i mitt material exempel på att terapeutens information om sig själv tycks bidra till att lösa en konflikt genom att patienten tycks bli överraskad av terapeutens subjektivitet och av

att terapeutens inre innehöll helt andra känslor, tankar och erfarenheter än patienten hade föreställt sig. En spekulering är att patienten vid dessa tillfällen har bibehållit sin epistemiska tillit till terapeuten trots en aktuell konflikt och därför kan se relevansen i det terapeuten berättar om sig själv snarare än att uppleva terapeutens subjektivitet som ett hot eller en distraktion.

Utforskandet av vad relationen håller för och varandras olika inre världar uppstår ibland ur ett nödvändigt behov. Något har hänt i kontakten som har gjort att det gemensamma arbetet har avstannat. Ett missförstånd har uppstått, en sårad känsla eller oro för att bli avvisad eller gå för långt. Den omedelbara och implicita tolkningen av varandra (Bateman & Fonagy, 2016) räcker inte för att möjliggöra samarbete och trygghet. För att komma vidare behöver parterna diskutera vad de uppfattat, hjälpas åt att sortera vad som stämmer och vad som inte gör det och komma fram till vad den nya förståelsen får för konsekvenser för deras samarbete. Utforskandet kan också uppstå ur ett intresse för varandras olikhet, kanske i samband med att överraskande information om den andra framkommit eller när relationen förändras, såsom vid ett avslut. I mitt material finns exempel på när utforskandet har lett till ökad ömsesidig förståelse, till ökad kontakt, förbättrat samarbete, ibland till generaliserbara korrekta relationserfarenheter för patienten och ibland till ett nytt fokus i terapin. Det finns också exempel på när detta utforskande inte lett någonstans, vilket främst tycks hända när bara den ena parten vill utforska medan den andra parten har andra behov, eller då parterna inte är överens om vad som ska utforskas. Det lugna och nyfikna utforskandet av varandras inre världar, mentaliseringsarbetet i relationen mellan patient och terapeut som vi skattar så högt i mentaliseringsbaserad terapi (Fonagy & Allison 2014; Bateman & Fonagy, 2016) kan komma till stånd som en följd av en förhandling eller en upplösning av ett alliansbrott i likhet med de fynd som gjorts i tidigare forskning (Kramer et al. 2014; Haskayne et al. 2014) men tycks inte bli möjligt förrän epistemisk tillit finns och känslorna är tillräckligt reglerade. Detta gemensamma utforskande som kan utgöra en form av träning i mentalisering (Bateman & Fonagy, 2016) eller ge en korrektiv relationell erfarenhet (Gabbard et al. 2012) tycks kräva att patienten antingen vid det aktuella tillfället eller vid tillräckligt många tidigare tillfällen har känt sig så förstörd och empatiskt validerad att hen både kan lämna sitt eget perspektiv för en liten stund och intressera sig för terapeutens. Det är intressant att så många av de interaktioner jag analyserat innehåller terapeuter som ändrar sig, som tänker om, som prövar sig fram, som gör interventioner som inte faller väl ut för att sedan göra en annan typ av intervention som faller bättre ut. Det blir tydligt att terapeuterna i mitt material kämpar med förståelsen av sina patienter och ibland lyckas, ibland misslyckas med att släppa sitt eget perspektiv och sin

agenda för att kunna ge patienten den genuina empati och validering som framhålls i litteraturen (Schechter & Goldblatt, 2011; Nissen-Lie et al. 2015; Duan & Kivlighan 2002; Nissen-Lie et al. 2013; Cologon et al. 2017; Ensink et al. 2013). Terapeuterna i mitt material tycks inte uppleva att de sysslar med någon exakt vetenskap eller sitter inne med alla svar om varken sitt eget eller patienternas inre, och det är just denna osäkerhet som, när den manifesteras i terapirummet i form av ett övergivet tolkningsföreträde eller en intresserad fråga, tycks kunna vända en situation från låsta positioner till begynnande utforskning av varandras subjektivitet. Här ser jag en likhet med tidigare forskningsfynd som visat på att en viss osäkerhet hos terapeuten kan vara positivt för behandlingsutfallet (Nissen-Lie et al. 2013). I terapeuternas strävanden och varierande resultat i de stunder som analyserats ser jag tecken på att terapeutens personliga förmåga till genuin empati med patienten och förmåga att förmedla denna till patienten samt terapeutens personliga mentaliseringsförmåga tycks ha betydelse för hur metakommunikationen faller ut vilket stämmer väl överens med de fynd som gjorts i tidigare forskning (Nissen-Lie et al. 2015; Duan & Kivlighan 2002; Nissen-Lie et al. 2013; Cologon et al. 2017; Ensink et al. 2013).

Reglering av närhet och distans. Nästan alla interaktioner i materialet innehåller exempel på implicit eller explicit reglering av närhet och distans. Den vanligaste formen av reglering av närhet i mitt material är implicit genom ämnesbyte, ickesvar, tystnader, känslouttryck, frågor med mera. Den implicita regleringen av närhet tycks ofta men inte alltid ske omedvetet för både terapeut och patient. En förutsättning för att göra regleringen av närhet explicit istället för implicit tycks vara dels att terapeuten uppmärksammar att det försiggår en implicit närhetsreglering och dels att patienten, när terapeuten lyfter frågan, är tillräckligt trygg i relationen till terapeuten för att förvänta sig att terapeuten ska respektera en explicit uttryckt önskan om förändrad grad av närhet. De många interaktioner som kan läsas utifrån patientens och terapeutens reglerande av närhet och distans i terapisituationen kan också läsas som reglering av känslomässigt engagemang, vilket i sin tur kan ses som att patient och terapeut försöker hitta fram till en känslomässig nivå där de båda kan mentalisera. Utifrån hur viktig regleringen av närhet och distans är i mentaliseringsbaserad terapi vilket tydliggörs av Bateman och Fonagy (2016), och hur komplicerade och mångbottnade situationer som syns i mitt material, framstår det som mycket viktigt att terapeuterna är väl förtrogna med sina egna behov och svårigheter när det gäller närhet och distans. Att sitta i en känslomässigt intensiv terapi med en person vars närhetsbehov skiftar från minut till minut blir lite lättare för en terapeut som känner igen sina egna skiftningar i närhetsönskan och avståndsbehov, och således kan skilja dem från patientens och fatta beslut om intervention

utifrån kunskap och bedömning snarare än utifrån egna impulser av längtan eller flykt. Tidigare forskning har visat att terapeuternas anknytningsstil inte har någon särskild betydelse för deras funktion som terapeuter så länge mentaliseringsförmågan är god samt att mentaliseringsträning kan öka både mentaliseringsförmåga och empati hos terapeuter (Nissen-Lie et al. 2015, Ensink et al. 2013). Utifrån detta är det rimligt att tänka att terapeuternas förmåga att explicit eller implicit reglera närheten i terapin beror på terapeutens mentaliseringsträning och förmåga i stunden att mentalisera både sig själv och sin patient, snarare än på inneboende personliga egenskaper eller relationshistoria.

Organisationen och mentaliseringen. Efter resultat och analys som visar på samband mellan kvaliteten på metakommunikationen och graden av empati och mentaliseringsförmåga hos terapeuterna kunde jag inte undgå att ställa mig följdfrågan hur organisationen som den mentaliseringsbaserade terapin bedrivs i kan påverka terapeuternas empatiska och mentaliserande förmågor. Frågan faller utanför studiens syfte men en kommentar på ämnet får avsluta resultatdiskussionen. Bales, Timman, Luyten, Busschbach, Verheul och Hutsebaut (2017) har i sin studie av hur organisationsförändringar och personalomsättning påverkar kvaliteten på mentaliseringsbaserad terapi uppmärksammat terapeuternas behov av stabilt stöd från kollegor och organisation för att kunna ge god terapi med gynnsamma behandlingsresultat. Kanske är terapeutens behov av inre lugn och trygghet för att kunna göra sin inre värld tillgänglig för patienten en del av förklaringen till organisationsförändringarnas stora negativa inverkan på behandlingskvalitet och resultat. I sin kvalitetsmanual för mentaliseringsbaserad terapi gör Bateman, Bales och Hutsebaut (n.d.) ett försök att ringa in egenskaper och förhållningssätt hos terapeuten, arbetsgruppen, handledaren och organisationen som krävs för fungerande MBT-behandling. Som nödvändiga terapeutegenskaper listar man bland annat förmåga att ge stöd och empati, autentisk kommunikation och förmåga att följa patientens skiftningar i terapin. Som nödvändiga organisationsegenskaper för att underlätta för terapeuterna att bibehålla dessa förmågor och ha tillgång till dem i terapin framhålls vikten av kontinuitet i ledningens ambition att implementera MBT samt att skapa och behålla ett välbalanserat mentaliserande team. Deras förslag får stöd från Bales et al. (2017) vars studie visade att trots att behandlingsstrukturen hölls intakt sjönk terapeuternas följsamhet till metoden vilket i sin tur ledde till att behandlingen fick minskad effekt. En översikt över behandlingsmetoder som har bevisad effekt för BPD (Fonagy, Luyten & Bateman, 2017) drar slutsatsen att de metoder som har effekt tycks ha som gemensam nämnare att de präglas av kontinuitet, sammanhang och struktur samt är tydligt specialiserade. Författarna spekulerar i om strukturen bidrar till att ge

kognitiv struktur för patienter som har brister i sin mentaliseringsförmåga. Utifrån de fynd jag gjort i mitt material spekulerar jag i om strukturen, kontinuiteten och det nära samarbetet mellan specialiserade personalgrupper framför allt bidrar till att ge en kognitiv struktur till terapeuter som därigenom får mer tillgång till sina empatiska och mentaliserande kvaliteter.

Metoddiskussion

Syftet med uppsatsen var att ge en fördjupad bild av hur metakommunikation i mentaliseringsbaserad terapi gestaltar sig. Styrkan i kvalitativ forskning med en fenomenologisk ansats är möjligheten till fördjupning (Olsson, 2008). Att urskilja, tolka och så småningom beskriva det som är specifikt och unikt för en situation eller en individ och utforska olika aspekter av detta för att på så vis nå en ny förståelse för ett fenomen. Jag valde att analysera korta videoinspelade sekvenser ur individualterapierna från det MBT-team där jag arbetar. Studien är begränsad till ett litet antal terapeuter och patienter under en kort tidsperiod i en särskild typ av behandling, i en viss miljö och en viss organisation. Att jag själv arbetar i teamet vars terapisekvenser jag analyserar har förmodligen påverkat mig i min analys, liksom hänsynstagandet till hur deltagare skulle kunna påverkas av att läsa den färdiga uppsatsen. Min förförståelse kan trots mina ansträngningar att göra mig medveten om den ha hindrat mig från tolkningar som låg långt från mina förväntningar. Samtidigt skriver Larsson (2005) att förståelse kräver att delen relateras till en helhet. Förförståelsen efter att ha arbetat i flera år med den metod och i det team vars metakommunikation jag analyserar kan ha underlättat för mig att relatera mitt material till en större helhet då jag i analysarbetet haft tillgång till mina kunskaper och tidigare erfarenheter. Kanske har jag kunnat göra en djupare tolkning än den som varit möjlig om detta hade varit mitt första möte med mentaliseringsbaserad terapi.

För att bedöma trovärdigheten hos en studie är det användbart att utgå från studiens tillförlitlighet och överförbarhet. Shenton (2004) skriver att tillförlitligheten hos en kvalitativ studie beror på hur väl resultaten kan anses överensstämma med verkligheten. För min studie skulle frågan om tillförlitlighet kunna handla om i hur hög utsträckning studien ger en fördjupad bild av hur metakommunikation i MBT gestaltar sig. Då mitt material är rikt på känslomässigt laddade interaktioner och olika sätt att närma sig metakommunikation samt då jag i djupanalys har kunnat tematisera dessa på ett meningsfullt sätt tror jag att min studie kan bidra till att fördjupa bilden av hur metakommunikation i mentaliseringsbaserad terapi gestaltar sig. Den tematiska analysmetoden IPA är väl lämpad för att göra ett överväldigande stort och detaljrikt material hanterligt och genom noggrann analys i flera steg sortera och kategorisera en stor mängd intressanta fynd på ett sätt som blir förståeligt. Att djupanalysera

interaktioner mellan två personer i flera steg ger möjligheten att upptäcka nyanser och nya tolkningsmöjligheter. Dessa faktorer samt användandet av belysande citat i resultatdelen framhålls av Shenton (2004) som viktiga för tillförlitligheten. Datasamlingsmetoden där videoinspelade sekvenser transkriberats ger möjligheten för andra forskare att läsa transkript och göra sin egen tolkning. Videoinspelning gör att det transkriberade materialet är det som sagts, opåverkat av min tolkning i stunden. Donald Ratcliff skriver i en antologi om kvalitativ forskning inom psykologi (Camic et al 2003) att analys av videoinspelat material lämpar sig särskilt väl för att svara på frågan om hur mänsklig interaktion går till snarare än att bara beskriva vad som händer. De terapier som filmats kan anses vara i hög grad opåverkade av forskarblicken då jag inte var deltagande i de samtal som inte var mina egna terapier samt då videoinspelning är en etablerad del av teamets arbete.

Gällande överförbarhet ställs frågan om en liknande studie genomförd av någon annan, vid en annan tid eller ett annat MBT-team, skulle göra samma fynd av hur metakommunikationen gestaltar sig som jag gjort i min studie. Utifrån min långa analysprocess där jag analyserat, tänkt om och valt bland många olika teman för att hitta de viktigaste och oftast förekommande tror jag att samma teman förmodligen skulle dyka upp men att en annan forskare med annan bakgrund och förförståelse sannolikt skulle lägga vikt vid andra interaktioner eller tolka interaktionerna på ett annat sätt. Mitt urval av deltagare har varit slumpmässigt utifrån vilka terapeuter och patienter som var aktiva i behandling under perioden för datainsamling och vilka som samtyckte till att delta i studien. Underlaget av patienter och terapeuter i det aktuella MBT-teamet liknar på många sätt andra MBT-team varför jag bedömer att överförbarheten av studiens resultat till andra MBT-team är hög. Patientunderlaget skiljer sig dock från genomsnittet i befolkningen och i psykiatrin då samtliga patienter diagnostiserats med borderline personlighetssyndrom. Min bedömning är att överförbarheten i förhållande till andra MBT-team och i förhållande till annan psykoterapi med patienter diagnostiserade med borderline personlighetssyndrom är hög, men i förhållande till psykoterapi för andra patientgrupper begränsad.

Jag har frångått de skrivregler som anges av APA (Voog & Wångby, 2013) i resultatdelen då jag valt att skriva den delen i presens. Anledningen är att jag velat öka läsbarheten och förståelsen för analysprocessen genom att infoga analyserande stycken mellan stycken av citat från terapier. Jag bedömde att skrivande i imperfekt skulle försvåra läsningen av resultatdelen så mycket att ett avsteg från skrivreglerna var motiverat.

Kliniska implikationer

En klinisk implikation av studiens fynd är vikten av att bedöma graden av epistemisk tillit hos patienten för att anpassa typen av metakommunikation utifrån den. Ytterligare en klinisk implikation är vikten av att terapeuten är uppmärksam på sin tillgång till empati och mentaliseringsförmåga och tar ansvar för att återhämta dessa förmågor under sessionen eller mellan sessionerna. För organisationen bör det vara prioriterat att underlätta denna återhämtning för terapeuterna genom tillgång till handledning, kollegialt stöd och tid för reflektion.

Förslag till fortsatt forskning

Fördjupad forskning kring vilka typer av interaktion som är verksamma i olika former av terapi och för olika patientgrupper och hur de verksamma interaktionerna gestaltar sig skulle ge en mer nyanserad förståelse för vad som händer i psykoterapi. Då terapeutens egenskaper, förmågor och mentala tillstånd tycks ha stor påverkan på resultatet av terapin borde fortsatt forskning kring terapeuter vara en god idé, med fokus på hur utbildning, handledning, personalpolitik och organisation kan samverka för att optimera terapeuternas terapeutiskt verksamma förmågor och därmed resultatet av de terapier som bedrivs.

Referenser

- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.) Arlington, VA: American Psychiatric Association
- Bales, D., Timman, R., Luyten, P., Busschbach, J., Verheul, R., & Hutsebaut, J. (2017) Implementation of evidence-based treatments for borderline personality disorder: The impact of organizational changes on treatment outcome of mentalization-based treatment. *Personality and Mental Health, 11*(4), 266-277.
- Bateman, A., Bales, D., & Hutsebaut, J. (n.d.): *A quality manual for MBT*. Retrieved 16 May 2014 from Institut for Mentalisering
<https://www.institutformentalisering.dk/pdf/retningslinjer/MBT-kvalitetsmanual-DK-1.pdf>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016) *Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Camic, P., Rhodes, J., & Yardley, L. (2003) *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design*. Washington DC: American Psychological Association.
- Cologon, J., Schweitzer, R., King, R., & Nolte, T. (2017) Therapist reflective functioning, therapist attachment style and therapist effectiveness. *Adm Policy Ment Health, 44*(5), 614-625
- Duan, C., & Kivlighan, D. (2002) Relationships among therapist pre-session mood, therapist empathy and session evaluation. *Psychotherapy Research, 12*(1), 23-37.
- Ensink, K., Maheux, J., Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Berthelot, N., & Parent, K. (2013) The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research, 23*(5), 526-538.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014) The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51*(3), 372-380.
- Fonagy, P., Campbell, C., & Bateman, A. (2016) Update on diagnostic issues for borderline personality disorder. *Psychiatric Times, 33*(7), 1-7.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Bateman, A. (2017) Treating borderline personality disorder with psychotherapy. Where do we go from here? *JAMA Psychiatry, 74*(4), 316-317.
- Gabbard, G., Littowitz, B., & Williams, P. (2012) *Textbook of psychoanalysis*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

- Haskayne, D., Larkin, M., & Hirschfeld, R. (2014) What are the experiences of therapeutic rupture and repair for clients and therapists within long-term psychodynamic therapy? *British Journal of Psychotherapy*, 30(1), 68-86.
- Hersoug, A., Ulberg, R., & Högländ, P. (2014) When is transference work useful in psychodynamic psychotherapy? Main results of the first experimental study of transference work. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 156-174.
- Kivlighan, D., Hill, C., Gelso, C., & Bauman, J. (2016) Working alliance, real relationship, session quality, and client improvement in psychodynamic psychotherapy: A longitudinal actor partner interdependence model. *Journal of Counseling Psychology*, 63(2), 149-161.
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Despland, J., & De Roten, Y. (2014) Emotion in an alliance rupture and resolution sequence: A theory-building case. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(4), 263-271.
- Larsson, S. (2005) Om kvalitet i kvalitativa studier. *Nordisk Pedagogik*, 25(1), 16-35.
- McLeod, J. (2011) *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage Publications LTD
- Nissen-Lie, H., Havik, O., Högländ, P., Rönnestad, M., & Monsen, J. (2015) Patient and therapist perspectives on alliance development: Therapists' practice experiences as predictors. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 22(4), 317-327.
- Nissen-Lie, A., Monsen, J., Ulleberg, P., & Rönnestad, M. (2013) Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research* 23(1), 86-104.
- Olsson, G. (2008) *Berättelsen som utgångspunkt. Psykoterapi i praktik och forskning*. Stockholm: Natur och kultur
- Parth, K., Datz, F., Seidman, C., & Löffler-Stastka, H. (2017) Transference and countertransference: A review. *Bull Menninger Clin*, 81(2), 167-211.
- Pinto-Coelho, K., Hill, C., & Kivlighan Jr, D. (2016) Therapist self-disclosure in psychodynamik psychotherapy: A mixed methods investigation. *Counselling Psychology Quarterly*, 29(1), 29-52.
- Rennstam, J., & Wästerfors, D. (2015) *Från stoff till studie: om analysarbete i kvalitativ forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Rydén, G., & Wallroth, P. (2008) *Mentalisering: Att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur & Kultur.

- Safran, J., & Muran, C. (2000) *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.
- Schechter, M., & Goldblatt, M. (2011) Psychodynamic therapy and the therapeutic alliance: Validation, empathy and genuine relatedness. I K. Michel & D. A. Jobes (Red.), *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient* (pp 93-17). American Psychological Association.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008) The parents capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measuers and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17(3), 737-754.
- Shenton, A. (2004) Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63-75.
- Voog, H., & Wångby, M. (2013) *Hur skriver jag uppsats enligt APA, 6:e upplagan?* Institutonen för psykologi, Samhällsvetenskapliga fakultetens bibliotek. Lunds universitet.
- Wennerberg, T. (2010) *Vi är våra relationer: Om anknytning, trauma och dissociation*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Willig, C. (2013) *Introducing qualitative research in psychology*. Maidenhead: McGraw Hill Education, Open University Press.

Bilaga 1

Samtycke till medverkan i studie om mentaliseringsbaserad terapi

Studiens syfte

Syftet med studien är att svara på frågor om vad som händer mellan terapeut och patient i mentaliseringsbaserad individualterapi när relationen mellan dessa två är ämnet som samtalet handlar om. Studien genomförs inom ramen för psykoterapeututbildningen vid Lunds universitet. Materialinsamling sker under 2017 och studien ska färdigställas under 2018. Ansvarig för studien är Elin Björkstam, kurator i MBT-teamet i [namn på stad, bortredigerat].

Tillvägagångssätt

Sektioner av inspelade individualterapitimmar kommer att transkriberas, avidentifieras och analyseras utifrån frågeställningen.

Anonymitet

Deltagarnas anonymitet garanteras genom att allt material avidentifieras i transkriberingen. Inspelat material raderas efter transkribering. Materialet i studien kommer att presenteras på ett sådant sätt att enskilda deltagare inte kan identifieras.

Frivilligt deltagande

Deltagandet i studien är frivilligt och påverkar inte den fortsatta MBT-behandlingen. Du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande i studien.

- Jag har läst ovanstående information och **samtycker** till att inspelningar från mina individualterapitimmar används i studien:

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Bilaga 2

Samtycke till medverkan i studie om mentaliseringsbaserad terapi

Studiens syfte

Syftet med studien är att svara på frågor om vad som händer mellan terapeut och patient i mentaliseringsbaserad individualterapi när relationen mellan dessa två är ämnet som samtalet handlar om. Studien genomförs inom ramen för psykoterapeututbildningen vid Lunds universitet. Materialinsamling sker under 2017 och studien ska färdigställas under 2018. Ansvarig för studien är Elin Björkstam, kurator i MBT-teamet i [namn på stad, bortredigerat].

Tillvägagångssätt

Sektioner av inspelade individualterapiöppningar kommer att transkriberas, avidentifieras och analyseras utifrån frågeställningen.

Anonymitet

Deltagarnas anonymitet garanteras genom att allt material avidentifieras i transkriberingen. Inspelat material raderas efter transkribering. Materialet i studien kommer att presenteras på ett sådant sätt att enskilda deltagare inte kan identifieras.

Frivilligt deltagande

Deltagandet i studien är frivilligt. Du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande i studien.

- Jag har läst ovanstående information och **samtycker** till att inspelningar från individualterapiöppningar där jag medverkar som terapeut används i studien:

Datum

Underskrift

Namnförtydligande