



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Resan ingen klarar ensam

- Psykodynamiska terapeuters upplevelser i psykoterapi vid psykossjukdom

Jonas Ramner

Psykologexamensuppsats. 2020

Handledare: Eva Hoff
Examinator: Per Johnsson

Sammanfattning

Studiens syfte var att undersöka psykodynamiska terapeuters upplevelser i psykoterapi med patienter med psykosjukdom. Sex semistrukturerade intervjuer genomfördes. Materialet analyserades med tolkande fenomenologisk analys (IPA), vilket resulterade i fyra huvudteman: *Terapeutens egen resa*, *En avlägsen och skör destination*, *Att mötas på en gemensam arena* samt *Smittor och resevaccin*. Terapeuterna beskrev att psykosområdets annorlunda och intensiva inslag utövat en stark dragningskraft i den begynnande karriären, medan senare kliniska erfarenheter fått dem att utveckla en mer genuin och personlig terapeutisk hållning. Områdets särskilda utmaningar relaterades till det kontaktskapande och alliansbyggande arbetet. Somliga patienter orsakar utmattande, sederande och förvirrande reaktioner, medan andra reagerar med starkt motstånd mot realitetsorienterande interventioner. Terapeuterna kunde uppleva sig kontrollerade och attackerade; medan ansvaret att bära patientens ohärbärgerade lidande upplevts överväldigande. I kontrast beskrevs hur en fördjupad kontakt och en känsla av frigörelse uppstått av att såväl mötas och dela en erfarenhet inom ett psykotiskt tillstånd, som då terapeuten utmanat patientens kontroll och demonstrerat sin separata individualitet. Tillgången till kollegialt stöd, handledning och egenterapi lyftes som viktiga funktioner för att hantera arbetets intensiva processer och förvirrande stillestånd. Slutligen konstaterades att psykosområdet givit upphov till såväl vitaliserande och meningsfulla, som djupt berörande upplevelser.

Nyckelord: psykos, schizofreni, psykodynamisk psykoterapi, terapeuters upplevelser, tolkande fenomenologisk analys (IPA)

Abstract

The purpose of this study was to explore psychodynamic therapists' experiences in psychotherapy with patients suffering from psychosis. Six semi-structured interviews were conducted. The material was analysed using Interpretative Phenomenological Analysis, resulting in four main themes: *The therapist's own journey*, *A distant and fragile destination*, *Meeting in a mutual arena* and *Contagions and travel vaccinations*. The interviewees described that the different and intense elements encountered in the field of psychosis exerted an attractive force in their beginning careers, while later clinical experiences had them develop a more genuine and personal therapeutic stance. Intrinsic challenges were related to establishing contact and a working alliance. Some patients induce exhausting, sedative and confusing reactions, and some react with strong resistance towards reality orienting interventions. The therapists could experience themselves being controlled or attacked; while the responsibility of holding the patient's uncontained suffering felt overwhelming. In contrast, it was expressed how a sense of deepened contact and emancipation had emerged through meeting and sharing an experience within a psychotic state, as well as by confronting the patient's control and demonstrating one's separate individuality. Access to peer support, supervision and self-therapy was described as important functions in managing the intense processes and confusing stalemates inherent in practice. Also stated was how clinical engagement with psychotic conditions had given rise to revitalizing and meaningful, deeply touching experiences.

Keywords: psychosis, schizophrenia, psychodynamic psychotherapy, therapist experience, interpretative phenomenological analysis (IPA)

Tack!

Till studiens deltagare, tack för att jag fick följa med er in. Ni har generöst delat med er av personliga erfarenheter som förmedlar såväl entusiasm och hoppfullhet som en tacksamhet för de resor ni själva fått uppleva tillsammans med era patienter. Genom era berättelser har jag inte bara getts möjlighet att lära mig mer om ämnet, jag har också getts förståelse för vad ett genuint bemötande kan innehålla, och vad jag själv kan packa med i framtida resväskor.

Till min handledare Eva, tack för ditt tålamod. Genom stormande hav är det din uppmuntran, kreativa blick och realitetsorientering, som väglett detta projekt i hamn.

Till mina vänner, tack för att ni stått ut med desillusion varvat med energiska monologer.
Channa: för veckans efterlängtrade promenader runt och åter runt S:t Pauli kyrkogård.

| | |
|--|----|
| Inledning | 1 |
| Teori..... | 2 |
| Nosologi | 2 |
| Prevalens och förlopp | 3 |
| Etiologi..... | 4 |
| Psykodynamisk teori. | 5 |
| Psyko­terapi vid psykos | 6 |
| Psykodynamisk psyko­terapi. | 6 |
| Terapeuters upplevelser i psyko­terapi | 7 |
| Tidigare forskning. | 8 |
| Vikten av vidare forskning | 10 |
| Syfte | 11 |
| Metod..... | 11 |
| Metodbakgrund | 11 |
| IPA. | 11 |
| Förförståelse..... | 13 |
| Deltagare | 14 |
| Design | 14 |
| Procedur | 15 |
| Dataanalys..... | 15 |
| Etik..... | 16 |
| Kvalitets­kriterier för kvalitativ forskning | 18 |
| Resultat | 19 |
| Terapeutens egen resa | 20 |
| En skräckblandad förtjusning..... | 20 |
| Att försonas med sin felbarhet. | 21 |
| Att inte vara rädd för det äkta..... | 22 |
| En avlägsen och skör destination..... | 23 |
| Vilsen utanför Fort Knox. | 23 |
| Tröttande kontaktlöshet..... | 24 |
| Brist på syre..... | 26 |
| Att trippa på tå bland minor. | 26 |
| Att inte få vara sig själv..... | 28 |

| | |
|---|----|
| Att mötas på en gemensam arena..... | 29 |
| Att våga ge upp sin gräns. | 29 |
| Att kräva en gräns. | 30 |
| Smittor och resevaccin..... | 32 |
| Frestad att trycka tillbaka. | 32 |
| Att inte längre vara tillräknelig. | 33 |
| Renhållningsprocesser..... | 34 |
| Ett privilegium..... | 35 |
| Diskussion | 37 |
| Kontaktlöshet | 38 |
| Rädsla för att skada. | 40 |
| Terapeutens upplösta gränser och gränssättning..... | 41 |
| Resan in är vägen ut. | 43 |
| Terapeutens längtan och behov av mening..... | 44 |
| Studiens styrkor och svagheter | 45 |
| Framtida forskning och praktiska implikationer..... | 46 |
| Konklusion..... | 47 |
| Referenser | 49 |
| Bilaga..... | 56 |

Inledning

I möten med svårare psykiatriska tillstånd har jag ofta känt mig otillräcklig. Särskilt svårt har det varit att förstå psykotiska föreställningar, likaså begripliggöra mina egna reaktioner - områden som idag ges begränsat utrymme under psykologutbildningen. I mitt sökande fann jag boken *When the Sun Bursts: The Enigma of Schizophrenia* (Bollas, 2015), som skildrar en psykoanalytikers erfarenheter av kliniskt arbete med psykossjukdomar. Psykoanalytiska perspektiv erbjuder ett teoretiskt ramverk som kan hjälpa psykiatrisk vårdpersonal att skapa mening för det som annars kan verka vansinnigt eller meningslöst i såväl patientens beteende och kommunikation som de egna reaktionerna (Di Rocco & Ravit, 2015; Hinshelwood, 2014; Jackson, 2008; Martindale & Summers, 2013).

Att drabbas av psykos innebär ofta en svår kris och ett avbrott i personens liv; ett antal återhämtar sig men flertalet kommer att leva med residualsymtom och sårbarhet för ytterligare episoder (Cullberg, 2004; ISPS Sverige, 2015; Jaaskelainen, et al., 2013). Inte sällan upplever sig personen övergiven, bestraffad och avvisad (Horowitz, 2002), förpassad till ett liv av medicinering, isolering och avhumanisering (Bollas, 2015). I en era då vårdens förstahandsval är antipsykotisk medicinering för att lindra symtomen (Socialstyrelsen, 2018), betonar andra (Bollas, 2015; Hinshelwood; 2014; Jackson, 2008) värdet av psykoterapi, där patienten kan möta någon som är villig att dela lidandet och utforska den subjektiva meningen i symtomen - så att ett outhärdligt trauma med tiden kan transformeras till uthärdlig smärta (Stolorow, 2013). Trots tillgång till forskning på terapeutiska behandlingsmodeller av svårare psykiatriska tillstånd, har endast ett fåtal empiriska studier utforskat terapeutens upplevelse av långvariga behandlingskontakter (Horowitz, 2008, 2011).

Psykoterapi med psykossjukdomar innebär flera utmaningar, och riskerar att distansera terapeuter från att engagera sig i området (Küchenhoff, 2018; McWilliams, 2011). Bland utmaningarna återkommer de intensiva emotionella tillstånd som terapeuten kan drabbas av. Inom den psykodynamiska litteraturen skildras dessa som motöverföringar, och anses ha en särskilt intensiv kvalitet i terapi med psykotiska tillstånd (Horowitz, 2002). Patientens logik och kommunikation kan vidare upplevas förvirrande, och orsaka en temporär förlust av terapeutens realitetsförankring (Bion, 1954/2001; Rocco & Di Ravit, 2015; Searles, 1965/2004). En annan utmaning är att upprätthålla en konstruktiv terapeutisk relation. Patientens relationella behov och önskan av förändring är vanligen förenat med ambivalent rädsla, vilket kan manifesteras som bristande motivation och låg behandlingsföljsamhet

(Conway & Ginkell, 2014; Horowitz, 2008). Under långa perioder kan terapeuten därmed ensam behöva uppbära hopp och optimism, trots såväl negativa överföringar som egna känslor av frustration och otillräcklighet relaterat till ett ofta långsamt behandlingsförlopp och marginella förbättringar (Horowitz, 2002; Rosenbaum, 2015). Tidigare forskning har indikerat att fenomenen som uppstår inom denna kontext kan medföra starkt påfrestande och obehagliga upplevelser (Saayman, 2018), men även meningsfulla och personligt transformativa upplevelser (Laufer, 2010).

Med bakgrund av detta vill jag undersöka hur terapeuter som arbetar utifrån en psykodynamisk metod upplever arbetet med psykossjukdomar. Vilka mönster beträffande utmaningar återkommer och hur förstås dessa? Hur upplevs vändpunkter, och vad anses belönande? Området är tämligen outforskat inom en svensk kontext. Min förhoppning är att bidra med en ökad förståelse beträffande behandlingens möjligheter och begränsningar, kunskap som kan inspirera och förbereda nya terapeuter, likaså erbjuda bekräftelse och nya perspektiv för redan verksamma.

Teori

Nosologi

Psykos är idag ett fenomenologiskt-psykologiskt begrepp, utan enskild biologisk markör, för ett tillstånd utmärkandes av en bristande realitetsprövning åtföljt av en avvikande kontakt med den vedertagna verkligheten, vanligen med vanföreställningar och hallucinationer (Cullberg, 2004; Jackson, 2008). En individ kan vara helt ockuperad av sin nya tolkning av omvärlden, men också upplevas som psykotisk i endast en del av den annars ”normala” personligheten (Küchenhoff, 2018; Jackson, 2008).

Psykosjukdom är ett samlingsbegrepp för ett antal kliniskt urskiljbara psykiska störningar med psykotiska symtom. I den senaste utgåvan av den diagnostiska och statistiska manualen för mentala störningar, DSM-5, har schizofreni och andra psykotiska reaktioner inordnats under paraplytermen schizofrenispektrumdiagnoser. Detta för att trycka på de flytande gränserna mellan störningarna. Tillstånden har en del likheter men skiljer sig samtidigt åt i flera avseenden gällande etiologi, prognos, symtomatologi samt funktionsnivå (Harder & Rosenbaum, 2015; Öst, 2015). Samtliga tillstånd innehåller avvikelser i en eller fler av följande fem domäner: vanföreställningar, hallucinationer, desorganiserat tal, påtagligt desorganiserat eller katatont beteende, och negativa symtom. Dessa presenteras nedan utifrån manualens beskrivningar (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013).

Vanföreställningar beskrivs som klart avvikande övertygelser från det som omgivningen anser rimligt och som inte är påverkbara trots att motsägande bevis presenteras. De kan variera i innehåll och har vanligen en förföljande, grandios, religiös, eller somatisk karaktär. Hallucinationer kan upplevas i samtliga sinnesmodaliteter, men hörselhallucinationer är vanligast. Störningar i förmågan att tänka såsom en förändrad logik och uppluckrade associationer kan härledas genom ett ofta osammanhängande tal och beteende. Ett desorganiserat eller katatont beteende innebär svårigheter att utföra aktiviteter i det vardagliga livet och kan manifesteras i ett exalterat beteende, apati eller mutism.

De ovanstående fyra domänerna räknas som positiva symptom, vilka förekommer vid diagnosticering av vanföreställningssyndrom och kortvarig psykos. Inom den negativa domänen ingår symptom som nedsatt tal, emotionell flackhet och viljelöshet. Vilka är kännetecknande för det schizofreniforma syndromet och schizofreni. Det schizoaffektiva syndromet förutsätter, tillsammans med de aktiva schizofrena symptomen, en förstärkningsperiod av antingen depressiv eller manisk art.

Psykotiska symptom kan vara drogutlösta och även förekomma sekundärt till såväl somatiska sjukdomar som andra psykiatriska diagnoser. I fall av en presentation där det inte finns tillräcklig information för att kunna ställa en av ovanstående diagnoser kan symptomen kategoriseras som *annat specificerat* och *ospecificerat schizofrenispektrumsyndrom samt andra psykos* (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013).

Prevalens och förlopp

Psykotiska symptom förekommer hos 5-10 % av normalbefolkningen, medan 1-2 % har en psykosjukdom (Jarbin & Msghina, 2018). Schizofrenidiagnosen är den vanligast förekommande med en global punktprevalens på cirka 0,3 % - 1 %, med en högre andel i utvecklingsländer (Charlson, et al., 2018; ISPS Sverige, 2015).

Under tillräckligt stor påfrestning kan vi alla uppvisa psykotiska symptom, och uppemot 10 % av befolkningen kommer någon gång höra röster (ISPS Sverige, 2015). Somliga upplever dessa som plågsamma och invalidiserande, andra som stöttande och berikande (Cullberg, 2004; ISPS Sverige, 2015; Johns & van Os, 2001). Gällande psykotiska upplevelser så är skiljelinjen mellan vad som ska klassas som abnormt och normalt under diskussion, och en del forskare anser att nuvarande kategoriska diagnosticering bör breddas med en dimensionell bedömning av symptomatologin för att öka den kliniska validiteten (Harder & Rosenbaum, 2015; Jackson, 2008; Johns & van Os, 2001).

Psykosens debut kan vara plötslig eller smygande. Tillståndet kan bestå i allt från timmar till att bli livslångt och bidra till en kraftigt reducerad funktionsnivå (ISPS Sverige, 2015). Cullberg (2004) delar in förstagångspsykosen enligt tre möjliga förlopp: engångspsykos, återkommande, respektive de som medför ett långvarigt funktionshinder. Engångspsykosen uppstår akut och har ofta tydliga utlösande faktorer av psykosocial eller biologisk art. Vid återkommande psykos finns ofta en underliggande personlighetsstörning alternativt en affektiv grund kopplat till bipolär sjukdom, depression eller schizoaffektivt syndrom. Utlösande faktor är vanligen en ökad psykisk påfrestning eller en missbruksperiod. (Cullberg, 2004; American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013).

Det tredje förloppet, förknippat med det schizofrena tillståndet, kännetecknas av en förändring i grundpersonligheten. Insjuknandet kan komma plötsligt men har oftast en långsam och gradvis utveckling. Symptom kan ha funnits under ett flertal år innan individen kommer i kontakt med psykiatri (Cullberg, 2004; Perkins, Gu, Boteva & Lieberman, 2005). Cirka 20 % av de drabbade har en god utkomst, utan påföljande funktionsnedsättning, och något färre förbättras i den grad att de inte längre uppnår symtomkriterier. Majoriteten förblir dock kroniskt sjuka, med antingen växlande aktiva symtom eller ett degenerativt förlopp, och kommer att behöva fortsatt stöd i vardagen (Cullberg, 2004; Jaaskelainen, et al., 2013).

Etiologi

Psykosens orsak fortsätter vara omtvistad och det finns ännu ingen enhetlig förklaringsmodell. Den tidigare så självklara organiska etiologin, såväl som klassiska psykoanalytiska teorier, har lämnat utrymme till hypoteser som inkluderar såväl genetik och neurobiologi som miljömässiga faktorer (Küchenhoff, 2018; Nyman & Bartfai, 2014).

Det finns klart stöd för att genetik och strukturella abnormiteter i hjärnan bidrar till en ökad sårbarhet (Alanen, 1997; Cardno, et al., 1999; Harrison & Weinberger, 2005). Biologisk psykiatri har föreslagit att psykotiska symtom orsakas av en neurokemisk obalans i hjärnan; neurotransmittorer av intresse har främst varit glutamat, serotonin och dopamin (ISPS Sverige, 2015). Forskning (Grace, 2012; Howes, Mccutcheon, Owen & Murray, 2017) har föreslagit att en obalanserad aktivitet i det dopaminerga systemet, till följd av en dysfunktionell, hyperaktiv hippocampus, ligger bakom psykosens positiva och negativa symptom. Eftersom hippocampus har visats vara sårbar för höga nivåer av hormonet kortisol under individens tidiga år, vilket har setts vid utdragen exponering av stress eller trauma, antas uppväxtmiljön ha ett signifikant inflytande på individens senare sårbarhet.

Flera studier har demonstrerat en hög prevalens av barndomstrauman hos personer med subkliniska psykotiska erfarenheter och som diagnosticerats med psykos (Mørkved et al., 2016; Varese et al., 2012; Read, Os, Morrison, & Ross, 2005; Rossiter et al., 2015).

Traumatiska upplevelser under barndomen har visats leda till otrygga anknytningsmönster, problem med mentalisering samt sämre förmåga att reglera och integrera affekt, medförandes en ökad stressreaktivitet, vilket antas utgöra riskfaktorer för utvecklandet av psykos och senare återfall (Lardinois, Lataster, Mengelers, van Os & Myin-Germeys, 2011; Myin-Germeys & van Os, 2007; Schwannauer, 2013).

Sammantaget indikerar nuvarande evidens att sårbarhet för psykosjukdomar är en följd av interaktioner mellan både genetiska, sociala/miljömässiga och neurobiologiska faktorer. Enligt den biopsykosociala stress-sårbarhetsmodellen debuterar sjukdomen efter ett psykiskt sammanbrott, då individen utsatts för en påfrestning som denne saknar resurser att hantera (Cullberg, 2004; Nyman & Bartfai, 2014; Walker & Tessner, 2008; Öst, 2015). De psykotiska symtomen ses som en mental kompensatorisk rekonstruktion eller defensiv strategi med syfte att hantera ohållbara livsbetingelser och avvärja ytterligare psykisk smärta.

Psykodynamisk teori. Stress-sårbarhetsmodellen kan förenas med psykodynamiska perspektiv för att förstå psykotiska störningars uppkomst (Cullberg, 2004; Martindale & Summers, 2013). Utöver en varierande betoning av biologisk sårbarhet, delar de teoretiska perspektiven ett antagande om att tidiga års utvecklingsmässiga processer i kombination med det interpersonella samspelet lägger grunden för personlighetens struktur och följande disposition för psykotiska tillstånd (Conway & Ginkell, 2014; Harder & Rosenbaum, 2015, Peciccia, 2017). Under tillräckligt stor påfrestning antas psykets primitiva strukturer återaktualiseras och i kombination med tillhörande försvarsmekanismer generera psykotiska tillstånd (Kernberg, 1995; Klein, 1996; McWilliams, 2011). Utlösande faktor är beroende av vilken mening den har i individens inre värld, och relevant i sammanhanget blir förmågan att bära, reflektera över och integrera smärtsamma emotionella erfarenheter (Garfield, 2009; Martindale & Summers, 2013). En akut psykotisk reaktion riskerar vidare att förvärras till ett kroniskt tillstånd, vilket antas vara följden av psykets gradvisa omorganisering i syfte att undvika den psykiska realitetens ångestväckande mening (Bollas, 2015; De Masi, 2006; Jackson, 2008).

Psykoterapi vid psykos

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (2018) och Englands motsvarighet (National Institute for Health and Care Excellence, 2014) rekommenderar samordnade insatser i form av antipsykotisk läkemedelsbehandling, stöd till närstående, studie- eller arbetsrehabilitering samt psykologisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi. Psykodynamisk psykoterapi har exkluderats, med motiveringen att det i nuläget saknas tillräckligt vetenskapligt underlag för att bedöma effekten.

En meta-analys (Gottdiener, 2006) indikerar att det finns empiriskt stöd för att använda individuell psykodynamisk psykoterapi vid behandling av psykotiska tillstånd. Men utifrån enskilda resultat från det fåtal randomiserade kontrollerade studier (RCT) som finns tillgängliga har det varit svårt att dra några säkra slutsatser om effektivitet. För fler väldegnade psykoterapistudier har det argumenterats för behov av samstämmighet och tydligare konceptualiseringar gällande vilka aspekter som ska utgöra psykodynamisk terapi vid psykos samt nya studier av kontemporära behandlingsmodeller (Kongara, Douglas, Martindale & Summers, 2017; Rosenbaum, 2015).

Summers (2015) har tillsammans med en grupp andra kliniker inlett ett projekt med syfte att utarbeta en väldegnad RCT-studie. Sannolikt kommer modellen baseras på en danskutvecklade, manualbaserad metod med inslag av modifierade analytiska tekniker kallad Stödjande Psykodynamisk Psykoterapi (SPP). Administrationen av SPP i kombination med sedvanlig behandling (TaU) har tidigare jämförts med enbart TaU, till grupper av förstagsinsjuknade i psykos med lovande resultat (Rosenbaum et al., 2012). Vid en senare uppföljning (Harder, Koester, Valbak, & Rosenbaum, 2014) tre år efter avslutad behandling, var dock förbättringarna jämfört med kontrollgruppen inte längre signifikanta, varpå författarna drog slutsatsen att SPP har en god effekt vid behandling av psykotisk problematik men kan behöva förlängas för att effekten ska kvarstå efter avslutad behandling.

Psykodynamisk psykoterapi. Patienter med psykosproblematik har ofta en lägre tolerans för ångest och tvetydighet, varför en neutral och distanserad hållning inte rekommenderas; istället bör terapeuten inta en stödjande roll, med fokus på såväl trygghet, tydlighet och utbildning som vänlighet och humor. Likaså visa respekt och intresse för patientens föreställningar (McWilliams, 2011; Harder & Rosenbaum, 2007). I syfte att underlätta alliansbyggandet rekommenderas terapeuten vidare uppvisa autenticitet och kunna

delar med sig av sina tankar, intressen och emotionella reaktioner (Bollas, 2015; McWilliams, 2011). Tålmodighet och härbärgerande förmåga är även av vikt, då arbetet ofta medför upplevelser av såväl intensiva emotionella tillstånd som frustration över ett ofta långsamt behandlingsförlopp och blygsamma förändringar (Horowitz, 2002; Rosenbaum, 2015).

I den psykodynamiska traditionen antas psykotiska symtom innehålla mening. Klinikern ger dem utrymme och försöker skapa förståelse kring vad det är för underliggande upplevelse som individen inte kunnat härbärgera, och genom försvar förvrängt för att hitta en uthärdlig balans (Martindale & Summers, 2013; Jackson, 2008; Küchenhoff, 2018). Med insikt om vad symtomen representerar kan individens sårbarheter tydliggöras. Detta blir viktigt för att öka behandlingsföljsamheten och för att identifiera triggers som riskerar förvärra eller utlösa ytterligare psykotiska reaktioner (Conway & Ginkell, 2014; Martindale & Summers, 2013; McWilliams, 2011).

Genom åren har flera psykoanalytiker skildrat hur de använder sig av patientens icke-verbala kommunikation, fria associationer och handlingar för att uttyda meningsfullt innehåll i de psykotiska fenomenen (Bion, 1967/2001; Bollas, 2015, 2018; Di Rocco & Ravit, 2015; Garfield, 2009; Lombardi, 2017; Ogden, 1982/1987; Searles, 1965/2004; Segal, 1957). Generellt antas terapeuten genom att ta emot och härbärgera patientens icke-symboliserade upplevelser, kunna transformera innehållet till en tänkbar, meningsfull och uthärdbar form som patienten så småningom kan återta och integrera, vilket leder till psykologisk tillväxt.

För att hantera den terapeutiska situationens ofta förvirrande interpersonella processer bör terapeuten vara förtrogen med koncept som överföring, motöverföring och projektiv identifikation (Hinshelwood, 2014; Martindale & Summers, 2013; Jackson, 2008). Ogden (1982/1987) skiljer överföring och projektion från den projektiva identifikationen, då den senare, utöver sina intrapsykiska element, även innehåller en interpersonell komponent; där mottagaren av projektionen också pressas till att identifiera sig med den "känsla, tanke eller självrepresentation" som avsändaren försöker bli kvitt (s. 51). Vanligen beskrivs processen som en försvarsmekanism, men om klinikern förmår analysera sina motöverföringsreaktioner, kan det projicerade materialet ge information om patientens inre värld och ohärbärgerade aspekter (Bergenstein, 2015; Bion, 1967/2001; Hinshelwood, 2014; Ogden 1982/1987).

Terapeuters upplevelser i psykoterapi

Inom den psykoanalytiska litteraturen återfinns rikligt med beskrivningar av klinikers erfarenheter av terapi med psykotiska tillstånd, men främst baserat på egna observationer

varvade med teoretiska konceptualiseringar (Bion, 1967/2001; Bollas, 2015; McWilliams, 2011; Ogden, 1982/1987; Searles, 1965/2004). Även om starka motöverföringar anses vara frekventa inslag, är systematisk forskning som undersökt terapeuters upplevelser relativt få (Horowitz, 2002, 2008); och de flesta studier har belyst svåra och negativa fenomen.

Tidigare forskning. Nedan följer tre kvalitativa studier (Cain, 2009; Saayman, 2018, 2020) som skildrar svåra och störande upplevelser i psykoterapi med psykosjukdomar. De två följande (Connolly & Cain, 2010; Laufer, 2010) skildrar positiva och berikande upplevelser. Avsnittet avslutas med två fallanalyser som närmare återger aspekter av den terapeutiska processen (Ogden, 1980; Saayman, 2017).

Ett vanligt förekommande fenomen är att terapeuten i sin motöverföring erfar såväl intensiva affekter som en frånvaro av emotionellt innehåll. I sin avhandling intervjuade Cain (2009) sju psykoterapeuter och analyserade materialet med tematisk analys. Deltagarna rapporterade känslor av rädsla, skräck, ångest, frustration, ilska, ledsamhet och upplösning. Affekterna beskrevs som frekventa, intensiva och rena, och kvalitativt urskiljbara från andra patientpopulationer där dessa ofta har en mer komplex och tvetydig kvalitet. I kontrast beskrev några av de åtta psykoterapeuter som intervjuades i Saaymans studie (2018) en frånvaro av emotionellt material i kontakten, vilket upplevdes betungande och utmattande; och liknades vid att ta emot något tomt men samtidigt fysiskt tungt.

Det terapeutiska arbetet skildrades ofta som mödosamt, tunggrott och förvirrande. Frånvaro av framsteg, eller att patienten motsätter sig terapin väckte såväl ilska och frustration som ledsamhet, trötthet och apati hos deltagarna (Cain, 2009; Saayman, 2018). I en annan studie (Saayman, 2020), intervjuades åtta psykoterapeuter om sina upplevelser av terapi med patienter med en utmärkande kontaktstörning. Terapeuterna upplevde en avsaknad av överföring och material att tänka kring, varpå tolkningsarbete kändes omöjligt. Att känna sig utestängd från patientens värld, att inte bli sedd eller hörd, likaså att inte få användning för sin kreativitet eller få vara till hjälp, beskrevs som oerhört utmanande, och kunde orsaka såväl "överväldigande förtvivlan" som lust att själv "stänga av" och distansera sig.

Andra studier har undersökt förekomsten av behagliga och positiva upplevelser. Connolly och Cain (2010) baserade sina observationer på intervjuer med sju psykoterapeuter varvat med egna kliniska erfarenheter, och undersökte materialet med tematisk analys. Positiv motöverföring var förekommande och ansågs ha konstruktiva implikationer för såväl terapeutens självomhändertagande och hållbarhet som för arbetsalliansen;

samtidigt framkom att positiv motöverföring kan väcka handlingstendenser hos terapeuten som riskerar att hämma terapin. Exempelvis beskrevs patienterna ofta som sköra, i behov av att räddas, hållas och näras. Vilket kunde väcka tilldragande fantasier om att vara stark, god och kompetent. Författarna ansåg att fenomenet kan väcka positiva kvalitéer hos behandlaren i form av ett härbärgerande och stöttande beteende. Med baksidan att ett upprätthållande av dynamiken såväl leder till en infantilisering och förminskning av patientens kapacitet, som upplevelser av hjälplöshet när terapeuten inte förmår leva upp till de höga förväntningarna.

Psykotiska individer kan upplevas besitta extraordinära perceptuella förmågor, medan terapikontakten kan bidra till personligt transformativa upplevelser för terapeuten. I Laufers studie (2010) skildrades fem psykoterapeuters upplevelser via fenomenologisk analys. De beskrev såväl hur den egna vardagen berikats av magiska eller mytiska kvalitéer, som att själva ha mognat av att ha fått vara del av patientens förbättring. Några beskrev ett spirituellt uppvaknande i form av nya uppfattningar kring vad som är viktigt i livet, samt en ökad ödmjukhet och tolerans för egna tillkortakommanden.

Patienter med psykos kan ha ett mer frigjort förhållningssätt till sexuella och psykologiska, samt sociala hämningar i form av normer för lämpligt beteende. Även om ett gränslöst beteende kan väcka negativa känslor, kan frigjordheten även vara en källa till njutning. Deltagarna i Connolly och Cains (2010) studie menade att patientens normbrytande beteende gett dem ett mer avslappnat förhållningssätt till sig själva och omgivningen, en större tillgång till humor, kreativitet och nya perspektiv. Andra deltagare (Laufer, 2010) upplevde sig ha berikats med kunskap om sig själva, samhället och den mänskliga betingelsen genom att möta någon som ser saker för vad de är och inte skrädder orden.

Flera respondenter (Cain, 2009; Saayman, 2018) har redogjort för hur kontakten med patientens "vansinne" kan vara starkt ångestväckande och stimulera egna psykoslika erfarenheter, exempelvis förändringar i perceptionen, fragmenterat tänkande, upplevelser av upplösning eller att känna sig invaderad. Likaså situationer då de lämnat den egna uppfattningen av tid och rum för att nå patienten i dennes upplevelsevärld. Fenomen som även återkommer i Saaymans (2017) fallanalys av sin terapi med "Dale".

Inledningsvis upplevde Saayman (2017) patientens bisarra språkanvändning som överväldigande. Genom att utforska sin motöverföring upplevde han sin kapacitet att organisera intryck påverkas, och svårigheter att observera och reflektera över sig själv som en separat och distinkt person. Detta beskrevs som en tillfällig fragmenterad reflektionsfunktion

(eg. *Self-reflective function*). Genom att acceptera avbrott i funktionen kunde han i sin motöverföring ge plats åt Dales drömvärld och möjliggöra ett gemensamt utforskande av den. Trots skrämmande och påfrestande upplevelser medförde detta också en känsla av "värde" för båda parter. Att ges tillträde till den inre världen upplevde han som ett uttryck för förtroende, vilket kom att stärka relationen samt ge honom en ökad förståelse och empati för Dale.

Flera deltagare i ovanstående studier (Cain, 2009; Saayman, 2018, 2020) har uttryckt olika upplevelser av tomhet och frånvaro av kontakt, att känna sig kontrollerad och styrd, likaså oförmåga att tänka och skapa mening. Dessa fenomen återkommer i Ogdens (1980) fallanalys av "Phil", en patient med schizofreni. Texten skildrar hur den terapeutiska processen utgjordes av fyra faser, där en ny balans etablerades mellan icke-mening och tillåtande av mening hos patienten, och hur terapeutens upplevelser påverkades av dessa.

Den första fasen präglas av en händelselöshet och frånvaro av aktiva psykotiska symtom (Ogden, 1980). Phil verkade avstängd, utan kapacitet att uppleva meningslösheten som meningslös; medan terapeuten upplevde en tristess som heller inte kändes plågsam. I den andra fasen har meningslösheten börjat erfaras och patienten önskade göra sig av med smärtan via projektiv identifikation, varpå terapeuten upplevde sin egen förmåga att tänka och erfara attackeras. Även fysiskt i form av att Phil imiterade hans ord och rörelser, varpå han tillslut fann allt sitt beteende som onaturligt, och att hans röst och rörelser inte längre upplevdes som sina egna. Terapeuten upplevde sig ilsken och sårbar, hotfullt kontrollerad och invaderad. I den tredje fasen då Phils kapacitet att erfara sina känslotillstånd vidgats, upplevde sig terapeuten mer som en separat och hel person med ökad förmåga till empati. Phil blev också mer pratsam, men särskilt laddade tankar och känslor fortsatte att blockeras. I takt med att smärtsamma upplevelser började erfaras, blev andra former av försvar aktuella, vilket resulterade i fler aktiva psykotiska symtom. Dessa kom dock att avta igen under den fjärde fasen, där patienten kunde iaktta omvärlden och använda sitt tänkande för att förstå sina upplevelser. Genom ord och lek kunde han symboliskt uttrycka det som tidigare påtvingats terapeuten via projektiva identifikationer. Phils förmåga att reflektera högt om sitt inre fann terapeuten både djupt berörande och upprymmande (Ogden, 1980).

Vikten av vidare forskning. Psykoterapeutisk behandling av psykossjukdomar är utmanande. Kontakten kan konfrontera terapeuten med aspekter av sig själv och samhället som en icke-psykotisk person vanligen förträngt eller förnekar (Karon, 1992); förvirring, hopplöshet, sorg och ilska (Horowitz, 2002), såväl rädsla för upplösning som en ömsesidig

strävan att driva varandra till vansinne (Searles, 1959/2004). I sitt sökande efter mening behöver terapeuten vara bevandrad i psykosens logik och processer; medan sökandet efter kontakt fodrar terapeutens tolerans för den förvirring och fasa som kontakten med sitt eget psykes primitiva strukturer kan väcka (Bion, 1967/2001; Bollas, 2015, 2018; Rocco & Ravit, 2015; Saayman, 2017). Utan förståelse för de processer och handlingstendenser som kan triggas riskerar klinikern att såväl hämma den terapeutiska processen (Connolly & Cain, 2010; Searles, 1959/2004), som att distansera eller motsätta sig att engagera sig i patientgruppen (Hinshelwood, 2014; Horowitz, 2002).

Den psykodynamiska litteraturen erbjuder rika beskrivningar av hur psykotisk tillstånd kan förstås och behandlas. Tidigare forskning betonar samtidigt vikten av att grunda dessa teoretiska resonemang med ytterligare studier som belyser terapeutens upplevelse (Cain, 2009; Connolly & Cain, 2010; Laufer, 2010; Saayman, 2017, 2018, 2020). Föreliggande studie kan på sikt bidra med ökad förståelse för behandling av psykossjukdomar, samt uppmärksamma oss på begränsningar och kreativa möjligheter inom det terapeutiska arbetet. Studiens resultat kan vidare upplevas som bekräftande och stöttande, likaså utbildande för såväl blivande som redan praktiserande terapeuter.

Syfte

Syftet med föreliggande studie är att skildra psykodynamiska terapeuters upplevelser av att bedriva psykoterapi med patienter med psykossjukdom. Hur upplever de sin egen professionella utveckling? Vilka mönster beträffande det terapeutiska arbetets utmaningar respektive vändpunkter och belöningar återkommer och hur upplevs dessa?

Metod

Föreliggande studie syftar till att utforska terapeuters subjektiva upplevelser av psykos utifrån en terapeutisk kontext. Då ambitionen inte är att förklara det studerade fenomenet, utan att undersöka hur dessa deltagare begripliggör det, valdes en fenomenologisk och ideografisk ansats. En systematisk analysmetod som visat sig väl kompatibel med kvalitativ psykologisk forskning med föreliggande ansats är *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

Metodbakgrund

IPA. Den kvalitativa analysmetoden IPA introducerades 1996 av Jonathan Smith, som argumenterade för att psykologiforskning behövde utvidgas med erfarenhetsnära kvalitéer för

att fånga den mänskliga psykologins komplexitet. Metodens teoretiska grund är informerad av tre filosofiska traditioner: idiografisk, fenomenologisk och hermeneutisk (Smith et al., 2009).

Metoden eftersträvar inte empirisk generaliserbarhet och gör heller inga förklaringsanspråk. Dess ideografiska ansats åsyftar metodiskt utforskande av hur ett fenomen (en händelse, process eller relation) upplevs av enskilda personer och hur den enskilde tillskriver fenomenet mening utifrån sin särskilda kontext. Datainsamlingen sker vanligtvis genom semistrukturerade intervjuer med ett litet och homogent urval. Efter en djupgående och systematisk analys av intervjumaterialet syftar forskaren att i resultat belysa varje individs erfarenhet, likaså utforska likheter och skillnader mellan dessa (Smith et al., 2009).

Fenomenologi. Av den fenomenologiska filosofi som Edmund Husserl grundade kommer en tradition av att studera fenomen så som dessa upplevs av subjekt inom en särskild kontext och tid, med syfte att försöka urskilja upplevelsens essentiella kvalité och textur (Smith et al., 2009; Willig, 2013). Husserl antog att subjektet erfar världen genom att erfara fenomen. För att kunna studera något ansåg han det nödvändigt att anta en *fenomenologisk attityd* där vi reflexivt vänder blicken bort från vår vardagliga uppfattning av tingen och in mot vår upplevelse av dem (Smith et al., 2009).

Enligt den fenomenologiska metoden är det inte möjligt att betrakta omvärldens subjekt och objekt som separerade från vår upplevelse av dem. Varseblivningen av ett ting som ett perceptuellt fenomen möjliggörs och påverkas av subjektets *intentionalitet* (meningsskapande), vilken utgörs av aspekter som dennes lokalisering och kontext, önsknings, behov, värderingar, syfte och emotioner (Willig, 2013).

Den fenomenologiska forskningstraditionen skiljer sig åt i sitt syfte att generera deskriptiva kontra tolkande data. I linje med Husserls *transcendentala fenomenologi* betonar deskriptiva fenomenologer behovet av att åsidosätta all tidigare kunskap (förförståelse) om det studerade fenomenet, för att kunna beskriva dess rena essens. IPA delar ambitionen om att fånga kvalitén och texturen av ett fenomen så som det framträder i subjektets upplevelsevärld, men i linje med den tolkande traditionen så anser man det inte vara möjligt att nå kunskap utanför en tolkande position (Smith et al., 2009; Willig, 2013).

Hermeneutik. Den tolkande fenomenologin som influerats av Heidegger, Merleau-Ponty och Sartres tankegodis inkluderar en hermeneutisk ansats och poängterar att subjektets beskrivning av ett fenomen speglar dennes försök att förstå sin upplevelse, det vill säga ett meningskapande förutsätter ett tolkande utifrån subjektets utgångsläge. Den tolkning som

IPA forskaren gör av materialet grundar sig i dennes förförståelse, och kan därför sägas vara involverad i en *dubbel hermeneutik*. Slutresultatet är därmed en redovisning av hur forskaren tänker att deltagaren tänker (Smith et al., 2009).

Avancerandet mot förståelse sker genom en iterativ process där forskaren i analysen av datan rör sig fram och tillbaka mellan olika tolkningspositioner utifrån sin kontinuerligt skiftande förförståelse. Denna dynamiska relation mellan del och helhet brukar kallas den *hermeneutiska cirkeln*: delar kan bara förstås genom en förståelse för helheten, och helheten kan bara förstås utifrån en förståelse för dess delar (Smith et al., 2009; Willig, 2013).

Förförståelse

Enligt den kvalitativa forskningstraditionen kommer forskarens tidigare erfarenheter påverka såväl forskningsfrågans formulering och studiens utförande som resultatet; men som Willig (2013) också poängterar, utgör forskarens motiv och investering likaså den grund för vilken forskningen blir möjlig (s. 52). Med hänsyn till dessa implikationer föreskrivs ett reflexivt förhållningssätt, där forskaren kontinuerligt reflekterar över sin personliga och professionella förförståelse av det studerade fenomenet. För att ge transparens åt föreliggande studies bakgrund redovisas uppsatsförfattarens förförståelse nedan.

Som psykologstudent har jag fått en grundläggande teoretisk förståelse om psykotiska tillstånd, därtill har jag av intresset för psykodynamisk teori en uppfattning om att psykotiska symtom innehar mening. Det som inspirerade mig att undersöka området närmare var dock de relationella erfarenheter jag gjort under tjänstgöring inom psykiatri och socialpsykiatri. I mötet med individer med psykosjukdom kunde jag uppleva ovanligt starka och säregna reaktioner, vilket både oroade och intresserade mig. Trots dagliga kontakter kändes varken relationens form eller min egen självuppfattning konstant. I mina möten fanns många harmoniska stunder av skratt, samförstånd och intellektuellt utbyte. Vad som ofta medförde svårigheter var att etablera ett samarbete kring det praktiska arbete som den professionella relationen också syftade till. Jag fick tydligt erfara hur det som skulle vara ett delat uppdrag, överfördes till att bli mitt ansvar och mina mål. De hinder som kunde målas upp beträffande såväl utförandet av vardagliga sysslor som hanterandet av akuta ärenden var många gånger omöjliga för mig att förstå utifrån min subjektiva position, likaså fann jag mig häpet förvånad över plötsliga framgångar. Sammantaget så innebar kontakterna ofta stor förvirring och en känsla av otillräcklighet hos mig. Jag fann det svårt att hitta en metod som kunde förena

klienternas behov och önsknings med verksamhetens uppdrag, och utveckla en allians som skulle medföra positiva, verkliga förändringar.

Utifrån litteratur och såväl personlig som professionell kommunikation med vårdpersonal som arbetar med patientpopulationen, har jag en uppfattning om att behandlingen kan vara både mödosam och svår. I syfte att närmare undersöka vilka fenomen som kan ta sig uttryck i en vårdkontext, har jag valt att utforska hur psykodynamiska terapeuter upplever psykoterapeutisk behandling av psykossjukdomar. Likaså försöka fånga något om den behållning som också måste återfinnas i detta terapeutiska möte.

Deltagare

En IPA studie ska ha ett ändamålsenligt urval med relevant erfarenhet av studiens undersökta fenomen. Analysunderlaget för en masteruppsats bör utgöras av tre till sex personer (Smith et al., 2009). Föreliggande studie utgörs av sex stycken legitimerade psykologer/psykoterapeuter (tre av dessa även utbildade psykoanalytiker) med erfarenhet av att behandla psykossjukdomar inom en psykiatrisk vårdkontext; hälften av urvalet har även erfarenhet av att bedriva psykoterapi med patientgruppen som privatpraktiserande. Deltagarna var tre män och tre kvinnor med ett åldersspann på cirka 30 år. Klinisk erfarenhet inom psykosområdet varierade mellan sex och fyrtio år, med ett sammanvägt medeltal på cirka 25.

Design

Den kvalitativa forskningsintervjun beskrivs av Smith et al. (2009) som en konversation med ett syfte. Samtalssituationen ska möjliggöra en interaktion som låter respondenten att med egna ord berätta sin berättelse (s. 57), och tillräckligt med utrymme att reflektera och återge detaljrika beskrivningar av sina upplevelser. Den semistrukturerade intervjun har visat sig lämpad för detta syfte (Smith et al, 2009; Willig, 2013).

Den utarbetade intervjuguiden (se bilaga) skulle kunna användas flexibelt, och mer ses som en lös agenda att vandra fram och tillbaka i. För att värma upp intervjun formulerades de inledande frågorna med en neutral och deskriptiv karaktär. Senare frågor var öppna och utforskande för att ge informanten möjlighet att utveckla sina idéer, men också ha utrymme att belysa andra intressanta och relevanta områden. För att nå så rika och detaljerade beskrivningar som möjligt uppmanades informanterna att utgå från specifika händelser när de svarade. Pilotintervjun med en av psykologerna genererade rikt och relevant material, varpå inga korrigeringar av guiden gjordes. I de följande valde dock intervjuaren att inta en mer aktiv roll, med syfte att hinna täcka av fler frågor.

Procedur

Ett informationsbrev om studien och dess syfte skickades via brev och mail till ett antal lämpliga personer inom Region Skåne, vilka på förhand identifierats via nätsökningar och av tips från personliga kontakter. Kontakt togs även med ISPS (*The International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis*), varpå en av dess medlemmar var behjälplig att vidarebefordra informationsbrevet inom ett nätverk med psykologer som arbetar med psykoser inom regionen.

De inklusionskriterier som sattes var att deltagaren skulle vara legitimerad psykolog eller psykoterapeut med minst två års erfarenhet av att behandla patienter/klienter med någon form av psykosproblematik utifrån en psykodynamisk metod. Antalet intresseanmälningar översteg ramen för detta examensarbete, med följderna att endast de första sex med relevant erfarenhet som hörde av sig kunde inkluderas.

Deltagarna fick själva välja plats för intervjun: en valde att träffas i hemmet, en annan i bokad lokal på Psykologiska institutionen vid Lunds universitet, resterande fyra i respektive informants mottagningsrum på arbetsplatsen. Innan intervjun påbörjades fick deltagaren läsa igenom och signera en blankett om informerat samtycke. Samtliga intervjuer genomfördes av uppsatsförfattaren under april och maj 2019, och varade mellan 55 och 90 minuter. Samtalet spelades in med en mobiltelefon och överfördes till ett krypterat USB minne. Ljudfilen raderades efter att samtalet transkriberats.

Dataanalys

I analysprocessen följdes de sex steg som Smith et al. (2009) rekommenderar.

Steg 1. Intervjuerna transkriberades ordagrant tillsammans med noteringar om icke-verbal kommunikation och känslomässiga yttringar. Transkriberingen lästes därefter i sin helhet synkront med ljudinspelningen. Tankar, associationer och frågor som väcktes i mötet med texten parantessattes genom att skriva ned dem i ett anteckningsblock. Denna typ av engagerande med texten fortsatte under upprepade genomläsningar. Två av transkriberingarna delades med föreliggande studies handledare, för att tillsammans öva på analysarbetet.

Steg 2. I följande genomläsningar undersöktes semantiskt innehåll och språkanvändning på en mer utforskande nivå med avsikt att producera en omfattande och detaljerad samling av anteckningar och kommentarer om datan. Idéer kring specifika och utmärkande sätt som informanten verkade begripliggöra sina upplevelser på antecknades i den

högra transkriptmarginalen. Kommentarererna kodades med olika färger enligt tre kategorier: deskriptiva, lingvistiska, och konceptuella.

Steg 3. Utifrån underlaget som producerats i steg 2, lades därefter fokus på att utveckla "framväxande teman". Detta görs genom att reducera volymen av detaljer och samtidigt bibehålla den ursprungliga komplexiteten. Temana är kondenserad mening och ska säga något om den inneboende kvalitén som finns representerad i textens olika stycken. De speglar en synergistisk process av informantens beskrivning och forskarens tolkning. Framväxande teman antecknades ner i den vänstra marginalen.

Steg 4. I detta steg lades fokus på att reflektera över hur teman hörde ihop och att producera en struktur för dessa. Genom att identifiera kopplingar mellan olika teman kunde meningsfulla kluster skapas under ett överordnat tema. Dessa gavs i sin tur rubriker med syfte att representera klustrets essens. Ett antal teman markerades som aktuella att gallras ut, men slutligt beslut fick avvaktas i väntan på de framväxande teman ur resterande transkriberingar, i händelse av att nya länkar skulle etableras.

Steg 5. Här lades analysen av den första transkriberingen åt sidan och steg 1-4 upprepades för de resterade transkriberingarna, en åt gången. Då engagemanget med den första intervjun riskerar att bli tongivande för resterande analyser som då inte får skina med sin egen individualitet, uppmuntras även forskaren att försöka parantessätta sina intryck av den första analysen.

Steg 6. I den sista fasen skapades ytterligare teman genom att söka mönster av likheter och skillnader mellan de olika analyserna. Dessa formulerades i huvud- och underteman. De teman som inte ansågs relevanta för frågeställningen gallrades bort.

Etik

För att säkerställa att studiens deltagare och patientgruppen hanteras på ett respektfullt och konfidentiellt sätt har rekryteringsprocessen, insamlingen samt presentationen av studiens material behandlats med hänsyn till ett antal forskningsetiska principer.

I linje med de mikroetiska riktlinjer som Willig (2013) listar har deltagarna informerats om studien och dess syfte. Den enskilde garanteras anonymitet och att dennes material kommer behandlas och presenteras avidentifierat. Deltagande var frivilligt och informanten har, fram tills publiceringen äger rum, rätten att dra tillbaka sin medverkan. Likaså lämnades ansvarigs kontaktuppgifter dit den enskilde kan höra av sig med synpunkter och frågor. Ett informationsbrev med ovanstående detaljer delgavs individerna, som därefter

fick betänketid gällande sin medverkan innan det informerades samtycket inhämtades och datainsamlingen kunde påbörjas.

Vidare bör den kvalitativa forskaren enligt Brinkmann och Kvale (2005) även ha ett makroetiskt perspektiv i åtanke, med reflektion kring hur den kunskap som produceras kan påverka människor, samhället och vår verklighetsbeskrivning. Som ett sätt att eftersträva en rättvisande kvalitativ objektivitet, uppmuntrar de forskaren att använda sig av "täta etiska beskrivningar" av undersökta fenomen och dess situerade kontext.

En tät beskrivning av urvalet förutsätter en detaljerad beskrivning av deltagarna utan att kompromissa med anonymiteten (Ponterotto, 2006). I föreliggande studie gjordes en avvägning. Då andelen psykologer/psykoterapeuter som jobbar med psykosproblematik i upptagningsområdet är relativt få och risken för identifiering därmed hög, beslutades om en sparsam framställning. Ett liknande beaktande togs även i proceduravsnittet. Att i detalj beskriva miljön ger läsaren en möjlighet att situera studiens resultat och författarens tolkningar (Ponterotto, 2006), men då majoriteten av intervjuerna genomfördes i respektive deltagares behandlingsrum, valdes att inte beskriva kontexten mer ingående.

IPA:s resultatdel innehåller en mängd detaljrika citat. Detta låter deltagarens berättelse vara vägledande, och läsaren möjlighet att sätta sig in i den intervjuades tillstånd (Ponterotto, 2006). För att säkerställa anonymitet, för både informant och patienterna, har dock ett antal citat redigerats. I enlighet med metodens idiografiska ansats valdes dock att presentera upplevelserna relaterade till respektive individ, men under fingerade namn. Vilket ansågs bidra till en följsamhet och möjliggöra jämförelser av terapeuternas upplevelser i linje med en tät etisk beskrivning (Brinkmann & Kvale, 2005).

Slutligen, enligt Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2002) så måste forskningskravet och individskydds kravet vägas mot varandra. Då negativa konsekvenser för den enskilde noggrant vägts in återstår en värdering av det förväntade kunskapsstillskottets värde och konsekvenser i ett samhällsligt perspektiv. Då studiens undersökningsområde är relativt obeforskat finns det flera potentiella vinster med studien. Rikare beskrivningar av terapeuters upplevelser kan bidra till såväl nyfikenhet och en ökad beredskap hos blivande, som utbildande och bekräftande för de som redan arbetar med patientgruppen. Bättre beredskap kan även bidra till att på sikt förbättra den lidandes hälsa och livsvillkor, samtidigt som ett ökat kunskapsstillskott kan skingra eventuella fördomar beträffande det terapeutiska arbetet.

Kvalitetskriterier för kvalitativ forskning

Enligt Smith et al. (2009) blir det missvisande att bedöma kvalitativ forskning utifrån de kriterier på reliabilitet och validitet som används för kvantitativa metoder. IPA är en kreativ process, och de rekommenderar att forskaren istället beaktar ett antal kriterier (Yardley, 2000) som kan användas flexibelt i linje med studiens utformning för att påvisa vetenskaplig kvalitet/validitet.

Yardleys (2000) första kriterium berör *känslighet för kontexten* i vilken studien är genomförd. Forskaren bör reflektera över hur egen förförståelse och karaktäristik kan ha påverkat studiens utformning och samspel med informanterna. En fördel med IPA är att forskaren i analysfasen arbetar textnära. Eftersom delar av rådatan presenterats via citat har informanterna getts rätten till sin röst, vidare ger redovisningen läsaren inblick i vad studiens slutsatser baserats på. Slutsatserna gör heller inga generaliserbara förklaringsanspråk, utan har presenterats som möjliga tolkningar av fenomen relaterade till urvalets kontext.

Det andra kriteriet rör *engagemang* och *rigorositet*. Hänsyn har tagits genom att samla in datan inom ett representativt urval, omsorgsfullt följa IPA-manualens föreskrivna steg i analysfasen, för att slutligen redovisa teman understödda av citat från flertalet deltagare, där eventuella likheter och skillnader åskådliggörs. Som ett sätt att stärka studiens reliabilitet genomförde både uppsatsförfattaren och studiens handledare en initial kodning utav två transskript, vilka sedan jämfördes och diskuterades.

Vidare föreskrivs *transparens* och *koherens* för att ge läsaren möjlighet att sätta sig in i studiens alla steg, samt ge en logisk framställning av resultatet. Detta har beaktats genom att redogöra för såväl egen motivation och förförståelse, som rekrytering, mätverktyg, intervjuförfarande och analysprocessen. Vidare har en sammanhängande framställning av resultatet eftersträvats, där varje tema introducerats med en kort sammanfattning. Likaså har flertalet citat redovisats för att underbygga de tolkningar och slutsatser som gjorts.

Studiens syfte ska slutligen kunna motiveras utifrån dess praktiska och teoretiska *påverkan* och *betydelse* inom den kontext för vilka fynden är relevanta. Föreliggande studie har bedrivits inom en klinisk kontext och har därmed en god matchning mellan forskning och praktik. Fynden ämnar bidra med ny och nyansrik förståelse för upplevelsen av att behandla psykotiska symtom utifrån terapeutens perspektiv. Vilket kan upplevas bekräftande och stöttande för verksamma, likaså sprida intresse och förbereda nya terapeuter. Studien kan

också bidra med förändring i sättet vi tänker eller talar om såväl psykotiska symtom som klinikerns reaktioner på dem.

Resultat

I Tabell 1 åskådliggörs resultatdelens fyra huvudteman: *Terapeutens egen resa*, *En avlägsen och skör destination*, *Att mötas på en gemensam arena* samt *Smittor och resevaccin* tillsammans med tillhörande underteman. Temana redovisas nedan enligt tabellens ordning.

För att söka balans mellan anonymitet och metodens idiografiska ansats framställs deltagarna med tillhörande citat under fingerade namn: Lars, Sofia, Oskar, Sverker, Malin och Anna. Den andre i deltagarnas skildrade möten tituleras som "patienten", "personen" eller "hen". Ett par av citaten har redigerats för att öka läsbarheten: icke-meningsbärande text, upprepningar och potentiellt identifierande idiolektiskt innehåll har minimerats. Icke-verbala uttryck har i några fall behållits då dessa ansetts bidra till skildringen. Identifierade teman har i de flesta fall varit delade av samtliga deltagare. De rikaste eller mest belysande citaten har dock valts ut, vilket medfört att alla deltagare inte kunnat ges lika stort utrymme.

Tabell 1. Temastruktur

| Huvudtema | Undertema |
|---|--|
| Terapeutens egen resa | En skräckblandad förtjusning Att försonas med sin felbarhet Att inte vara rädd för det äkta |
| En avlägsen och skör destination | Vilsen utanför Fort Knox Tröttande kontaktlöshet Brist på syre Att trippa på tå bland minor Att inte få vara sig själv |
| Att mötas på en gemensam arena | Att våga ge upp sin gräns Att kräva en gräns |
| Smittor och resevaccin | Frestad att trycka tillbaka Att inte längre vara tillräknelig Renhållningsprocesser Ett privilegium |

Terapeutens egen resa

Utifrån sina kliniska erfarenheter har informanterna kommit att värdera de psykodynamiska teorierna de skolats i på olika sätt. Några beskriver hur mötena med psykotiska symptom blivit bekräftande för teoretiska antaganden, andra hur ett tidigare dogmatiskt förhållningssätt skapat en distans till patienten.

Med åren uttrycker sig flera ha utvecklat en friare och genuinare terapeutroll. Genom en ökad transparens kring sina reaktioner, likaså medvetenhet och acceptans för egna begränsningar och tillkortakommanden har de också upplevt behandlingen bli effektivare.

Sammantaget förefaller terapeutens förmåga att erbjuda en genuin och mänsklig relation vara en avgörande faktor i behandling av psykos. Följande teman skildrar informanternas dragning till psykosområdet, förhållningssätten de omvärderat samt egenskaperna de funnit nödvändiga.

En skräckblandad förtjusning. Informanternas berättelser om varför de kom att intressera sig för psykotisk problematik är av många olika slag. Flera uttrycker att de “drabbats”, “fångats” eller blivit “gripna” utav något, och ger exempel på upplevelser av skrämmande och våldsamma, förvirrande och fascinerande inslag. Någon beskriver också att mötena kan vara ögonöppnande när egna normer och syn på verkligheten utmanas.

För flera av respondenterna var det första mötet med ett psykotiskt fungerande oväntat, och de uppger olika orsaker till varför de senare kom att fördjupa sig. För Annas del fann hon en personlig matchning med området som kändes rätt: “det är ungefär som man brukar säga, att man träffades bara av en slump, vi var på samma disco en kväll, ‘jaja men det är ju ingen slump att ni är ihop efter 30-år?’”. Oskars första möte var en hotfull situation där han blev tagen för att vara någon annan. Trots det förvirrande och skrämmande, såddes ur händelsen också ett intresse. Han uttrycker detta på följande sätt:

Något som påverkade mig rätt starkt... det var en rätt våldsam upplevelse [...] Det som... grep mig i det, det var den här tanken: ‘hur kunde hen förväxla mig? Hur kan det komma sig?’ [...] Det tror jag... på något sätt var en bit till att jag kom att intressera mig för problematiken.

Flera uttrycker att det känns spännande att arbeta med psykotisk problematik. Symtomen är ofta knepiga och svårförståeliga, och processerna i terapirummet starkt påverkande, och flera använder just ordet “våldsamt” och “intensivt” då det refererar till upplevelser av terapikontakten. Andra framhåller det berikande av att få tillgång till

alternativa uppfattningar och perspektiv. Sverker berättar att han såg det särskilt intressant att få ta del av patienternas normbrytande föreställningar:

Människor som ofta tar sitt liv på största allvar och inte rättar in sig i några slags sociala strukturer... att det finns någonting i det där... Upproret... tror jag på ett sätt som fångade mig... eller... hatet mot verkligheten. Det finns något direkt! Det finns någonting som också är ganska uppriktigt...

Att i arbetet få uppleva något svårfångat och våldsamt känns både utmanande och stimulerande. Det finns även något genuint som väcker genklang inom terapeuten, även om det är svårt att precisera vad. Genom dessa former av terapikontakter följer också en möjlighet att erfara något uppriktigt, och att utforska annorlunda perspektiv på den delade tillvaron - möjligen aspekter av sig själv och sin omvärld som den icke-psykotiska personen förnekat eller håller förträngt från sitt medvetande (Karon, 1992).

Att försonas med sin felbarhet. Somliga dagar upplever sig informanterna mindre mottagliga för att ta in patienternas behov och kommunikation, och de bär även med sig misslyckanden. För att inte fastna i självkländer har flera av dem hittat en förlåtande och accepterande attityd gentemot såväl egna som patientens och terapins begränsningar. Anpassningen har gett förutsättningar för en mer ändamålsenlig terapirelation.

Respondenterna berättar att de kan uppleva höga krav på sig, både från sig själva och från sina patienter. Sofia kan ibland känna sig upptagen av saker utanför arbetet vilket inverkar på hennes engagemang. Trots starka skuld känslor försöker hon ha en inre acceptans: "Det får jag jävligt dåligt samvete av... men så är det ibland och då måste jag trösta mig själv". Sverker berättar att en aspekt av arbetet är att göras "våldigt betydelsefull och omnipotent" av patienterna. Detta kan medföra en positiv upplevelse av att vara god och snäll samtidigt som det kan bli svårt att leva upp till idealiseringen. För honom är det viktigt att behålla en förlåtande del inom sig, med överseende för sina brister:

Det är kanske inte krav man kan ha på sig, det kanske är tillstånd man kan sträva efter, att vara så mottaglig som möjligt, men man kan inte... man får ha fördragsamhet med sig [...] ens felbarhet och så... Det är viktigt att ha kvar den delen...

Att nära höga ambitioner verkar såväl kunna försvåra arbetet, som bli en belastning både för patienten och terapeuten. Några berättar att de med tiden sänkt sina förväntningar och omvärderat vad som kan vara acceptabla mål och utfall för en terapi. Oskar delger att han tidigare i sin karriär upplevde sig fylld utav en "terapeutisk eufori" med ambition att vilja "rädda världen", vilket också hindrade honom från att möta patienterna där de befann sig:

Jag var helt övertygad om att det här är det finaste man kan ge någon... så det betyder att jag inte var så uppmärksam på vad folk ville, jag var mer uppmärksam på vad jag ville ge. Då hände det ett antal gånger att... jag blev besviken på människor som inte förstod möjligheten.

Idealisering av terapeuternas förmågor och terapins möjligheter kan resultera i orealistiska krav och förväntningar. Att ständigt sträva efter att leva upp till idealen kan medföra såväl besvikelse och skuld känslor som sämre behandlingsutfall. För att stävja självkritiken verkar det för några av deltagarna ha varit stöttande att fostra en förlåtande och accepterande attityd mot sig själva (eg. *självmekänsla*). Höga ambitioner riskerar också att medföra en nedsatt mottaglighet för patientens verkliga behov och förutsättningar. Lacan (2015) skrev att förmågan att kunna älska är att ge det du saknar till någon som inte vill ha det (s. 34). Ur deltagarnas beskrivningar framkommer att även en terapeut behöver beakta och acceptera realitetens möjligheter och begränsningar, samt överge omnipotenta fantasier, för att etablera en funktionell (terapeutisk) relation.

Att inte vara rädd för det äkta. Informanterna ger uttryck för ett antal terapeutiska egenskaper som upplevs som särskilt relevanta i sitt bemötande av psykopatienter. Det innefattar att kunna vara genuin med det man känner, att stå ut med att befinna sig i en icke-vetande position, samt att acceptera sin rädsla i sökandet efter mening.

Några av informanterna har med tiden blivit mer transparanta gällande egna tillstånd och reaktioner. Vilket anses främja patientens realitetsuppfattning och alliansen. Idéen om att terapeuten ska upprätthålla en neutral fasad, upplever Lars inte längre som varken nödvändigt eller uppnåeligt: "Människor ser, man ser på varandra ändå ju, hur folk reagerar, hur och var dom är, om dom är förbannad eller... kroppsspråket, talar ju om det...". Alternativet, att defensivt ta avstånd från iakttagelser som patienten gör, upplever Anna som ett svek: "Det vore som att svika dom tycker jag. Att förneka någonting som dom upplever och som är korrekt". Hon uttrycker dessutom att det kan finnas ett värde av att dela med sig av sina inre upplevelser: "(Jag) kan nu oftare tala om att jag blir irriterad och känner mig maktlös och frustrerad på ett sätt som jag tror faktiskt är bra för patienten".

Flera deltagare uttrycker att det krävs tålamod och ork för att stå ut med att befinna sig i en icke-vetande position. Sverker beskriver det som att tålmodigt ge patienten utrymme att dela sina erfarenheter utan att han själv går in och försöka tillrättalägga för tidigt – att man måste "låta sig bli lite rubbad själv" för att förstå psykotiska upplevelser. Upplevelsen av att inte veta kan samtidigt väcka rädsla menar ett antal av informanterna. Den upplevda styrkan

skiljer sig dock åt: för några har rädslan med åren mattats av, för andra är den fortfarande starkt påverkande. Det som förenar är strävan att inte undvika den. Oskar säger:

Man bävar och man är rädd. Man vet inte vad som ska hända. Man kan inte veta vad som händer... Det är en realitet. Man får inte vara rädd för sin egen rädsla som terapeut... det tror jag, är det grundläggande här.

Ur informanternas upplevelser framkommer ett behov av autenticitet, både inför sig själv och patienten. Terapeuten behöver tolerera sina känslor, och inte förneka eller undvika dem. Likaså förefaller tolerans för rädsla vara en förutsättning för att utforska mening, medan en genuin och självutlämnande hållning kan vara betryggande för patienten. Genom att vid lämpliga tillfällen dela med sig av sina reaktioner, och likaså stå ärlig inför det som patienten uppmärksammat, kan terapeuten stävja patientens fantasier och stötta realitetsorienteringen.

En avlägsen och skör destination

Respondenterna menar att en anseilig del av terapiprocessen kommer utgöras av att försöka etablera kontakt och bygga en arbetsallians. Ett samarbete byggt på tillit och öppenhet kan ta lång tid att uppnå, allt från månader till år, och de vittnar om att ta ett stort ansvar för att upprätthålla och utveckla relationen. En uppgift som stundtals kan vara både betungande och utmattande.

Många av deltagarnas upplevelser berör de hinder som försvårar kontaktskapandet, vilket följande teman kommer att illustrera. En förekommande utmaning är att patientens upplevelser ofta känns svårtillgängliga och svårtydda - en annan att patienten defensivt kan upplevas avvärja såväl terapeutens kontakt som försök att utforska och utmana de psykotiska föreställningarna.

Även om det alliansbyggande arbetet kan vara mödosamt, så uttrycker en av deltagarna att det samtidigt är nödvändigt att behålla ett antagande om att det bakom patientens tvivel och rädsla, samtidigt finns en person som längtar efter en verklig kontakt.

Vilsen utanför Fort Knox. Innan en god arbetsallians är etablerad kan terapeuterna uppleva att relationen präglas av en kontaktlöshet. Formerna kan vara passiv och innehålla tomhet, frånvaro eller seghet, såväl som aktiv: med intensiva, livliga eller förvirrande inslag. Gemensamt i dessa varierande uttryck är känslan av att inte tillåtas komma nära patienten.

Innehållet i de kontaktlösa formerna kan vara av olika kvalitéer. En variant är den återkommande upplevelsen av att försöka kommunicera med ett ombud för någon som befinner sig på långt avstånd. Malin säger: "Du är kvar fysiskt, men rent mentalt befinner du dig på en annan planet... det lidandet som det innebär". Lars beskriver en omfattande

frånvaro i sitt intryck av patienten, och refererar också till en distans mellan kropp och psyke. Den bristande kontakten medför att det känns svårt att veta vad som är relevant att tala om, samtidigt som han upplever att patienten observerar honom på avstånd:

Hen var inte bara tyst, hen fanns nästan inte – jag brukar ibland säga: ‘dom schizofrena, dom har kommit leendes med sig själv och sen har dom satt sin gestalt i stolen där, sen står dom själv bredvid vid dörren och tittar: jaha ska jag se vad han gör åt detta?’. För dom är inte närvarande, och det är inte lätt – hur hittar du någon form utav samtalsområde... någonting man kan dela...

Annas beskrivning av att försöka relatera till någon som inte ger feedback förmedlar ett segt, tungrott och vilset intryck. Hon uttrycker också att patienten verkar skydda sitt inre genom distansen: “Som att trampa runt i tung gröt... och man vet inte om det överhuvudtaget gav något resultat... och det är jättesvårt... dom håller om sitt inre som... Fort Knox”.

I kontrast till tomheten finns en mer livlig och utåtagerande form. Deltagarna uttrycker hur patienterna kan fylla rummet med intensitet och symboliskt innehåll. Kommunikationen kan vara svår att följa med i och upplevas som såväl spännande, hemlighetsfull och vansinnig, som obehaglig och fragmenterad. Sofia säger: “Helt osammanhängande och ‘wow’, det var världar och det var änglar och allt möjligt, och stenar och ljus, och det gick inte att prata liksom”. Malin å sin sida kan uppleva något splittrat över patientens kommunikation vilket också resulterar i att det blir svårt att följa med i resonemangen: “Dom har då en annan berättelse spinnandes i huvudet samtidigt som dom kanske verbaliserar något, och så kan jag inte riktigt översätta den eftersom dom pratar två språk samtidigt”.

Uttalandena skildrar det både ansträngande och förvirrande av att förhålla sig till en kontaktlös relationsform med antingen passivt eller aktivt innehåll. I beskrivningarna av att relatera till någon som befinner sig på avstånd refereras till en splittrad relation till kropp och känsloliv. Vilket skulle kunna härledas till de negativa symtom, såsom emotionell flackhet och viljelöshet, förknippade med schizofreni; medan den aktiva formen med utåtagerande och livliga kvalitéer kan spegla s.k. positiva symtom. Sammanvägt speglar fenomenen också ett sätt att hålla terapeuten på avstånd, och underminera deras behov att skapa förståelse.

Tröttande kontaktlöshet. Nästan samtliga respondenter beskriver upplevelser av varierande form då de drabbats av sömnhet i patientkontakten: från att bli ofokuserad, till något starkt sederande. Några uttrycker i sammanhanget stress och hur de kämpar för att inte “försvinna” eller “hypnotiseras” bort från sitt vakna tillstånd. I kontrast beskriver en annan att ett sömnt tillstånd även kan öppna upp för annorlunda och meningsfulla associationer.

Trötthet kan drabba informanterna i mötet med såväl tysta och distanserade som intensiva och pratsamma patienter. Hur man förhåller sig till upplevelserna varierar. Lars berättar att han med åren blivit bekvämare med att ge efter för den "extrema trötthet" som frånvaron av kontakt kan framkalla. Han redogör för en särskilt stark upplevelse:

Jag tänkte: 'åh herregud jag somnar!' och så dyker tanken upp som är en slags föreställning: 'men tänk om jag kan somna med vänster öga, så jag sover så hen ser mitt högra öga - jag kan titta på patienten och vara vaken, men så sover jag egentligen'... Och så går jag in i det och märker hur drömtankar kommer... [...] jag vaknar plötsligt utav insikten: 'nä de kommer aldrig att acceptera den här artikeln, naturligtvis inte... det är hel galenskap alltihopa'

Genom sina associationer till att skriva en vetenskaplig artikel som skulle refuseras, gavs Lars samtidigt insikt om patientens problem, vilket han kunde använda för att låta denne förstå att de varit i kontakt. Andra informanter beskriver en hotfull och överväldigande sömnhet, och använder ord som att "försvinna" eller "sederas". De delger hur de måste knipa med händerna, nypa sig själva eller bita sig i tungan för att försöka kämpa emot. I terapi med särskilt tystlåtna och distanserade patienter kan Sofia också få en upplevelse av att hon överger relationen, vilket väcker starka självförebråelser och självkritik:

Då kan jag känna att nu bara 'shoff' försvinner jag och fan vad jobbigt det är! Det är fruktansvärt, jag får så dåligt samvete! Då känner jag att, nästan sitta och nypa i mig själv: 'för helvete, skärp dig nu och kom in på något intressant'.

Även mer uttrycksfulla patienter kan inducera liknande tillstånd, och några beskriver hur de kan uppleva sig bli ofokuserade av patientens osammanhängande berättelser. Annas upplevelse av att hypnotiseras liknar mer en attack mot hennes kapacitet att vara en alert och uppmärksam terapeut:

Från början försöker jag vara lite alert och tänka, och va delaktig och lyssna lite mer aktivt, för hen maler på så... tillslut är det precis som att jag inte orkar stå emot någonting [...] - det känns som jag blir hypnotiserad tror jag! Så jag får verkligen sitta och, rent fysiskt vakna till! Så jag inte ska somna... det är helt makalöst...

Således kan sömnhet av varierande grad drabba terapeuterna i mötet med såväl pratsamma som tystlåtna patienter, resulterandes i svårigheter att upprätthålla fokus, formulera sina tankar och intervensera. Tillstånden kan ses som ytterligare en aspekt av upplevd kontaktlöshet, där patienten antingen genom passivitet eller aktivitet håller terapeuten på avstånd. Såväl känslan av att vara utestängd som att överväldigas leder till att terapeuten motvilligt börjar distansera sig. I sammanhanget verkar deltagarna uppleva att de överger patienten eller är oprofessionella, vilket leder till självkritik och fysiska bestraffningar. I

kontrast framkommer även en upplevelse av att sederingen kan ge upphov till drömlika tillstånd där man kan få kontakt med patientens verbaliserade upplevelser.

Brist på syre. Informanterna kan komma i kontakt med smärtsamma upplevelser som patienterna själva inte kan bära. Materialet sätter sig i kroppen som ett främmande tillstånd, och kan utöva stark påverkan, där mottagaren finner sig nära att svimma eller tappa andan.

Deltagarna skildrar en starkt påverkande kontakt med ett "lidande" som patienten för med sig in i rummet. Det kan upplevas som oändligt, skrämmande, förvirrande, tungt och utmattande. När de försöker uttrycka vad lidandet består av återkommer förtvivlan, ensamhet, sorg och rädsla. Sofia beskriver det som icke-mentaliserade affektiva tillstånd: "Det är väldigt svårt att beskriva – det går ju inte att verbalisera, det är rena affekter som sätter sig i magen och i bröstet och i kroppen".

Anna skildrar en förekommande situation med en av sina patienter. Samtidigt som hon blir mottagare för en outtalad "oändlig sorg och förtvivlan", är det som hon också "tas över" och töms på energi. Tillslut kan hon uppleva sig nära att förlora medvetandet:

Det är som att någonting släcks ner, för jag är ju inte trött i kroppen, utan det är precis som att om jag inte passar mig så kommer min hjärna att släckas ner, det är som att, *pekar på punkter i huvudet* trycker av såna här kontakter: 'det är helt mörkt härinne måste! Aaah! Måste aah vakna! Tänd upp några lampor till för annars är det kört!'

Även Sofia berättar om en patient som håller sitt lidande på avstånd. Att ta emot materialet upplevs tillslut blir närmast kvävande. Efter en sådan session känns "allt galet" och hon måste bege sig utomhus för att fylla på med ny luft:

Det finns den där sorgen, det är väl den, som blir för kraftig. Sorgen och ensamheten som tar över på något vis... och som sätter sig i mig då såklart... och då måste jag få ut det! Jag måste ha luft, ungefär som att man inte kan andas, luften tar slut litegrann.

Ovanstående citat skildrar en kontakt med starka, men också dolda, sorg och ensamhetskänslor så plågsamma eller hotfulla att patienterna själva måste hålla dem på avstånd från sitt medvetande. Det som inte går att verbalisera erfar terapeuterna istället genom kroppsliga sensationer: ett främmande tillstånd som "tar över" eller "sätter sig i mig". Någon upplever det som kvävande, medan en annan att hen töms på energi. Härbärgera materialet är svårt, och de söker själva distans från det. Exempelvis genom att byta miljö och fylla på med ny luft, eller sluta ta in patientens material genom att mentalt släckas ner.

Att trippa på tå bland minor. I mötet med paranoit präglade psykoser finner sig terapeuterna välja sina ord med största varsamhet, vilket beskrivs som att bära "tvångströja",

behöva "trippa på tå" eller vara på "minerad mark". Patienterna utkräver villkorlös acceptans och följsamhet, och risken att utlösa en negativ terapeutisk reaktion är ständigt närvarande. Dynamiken kan väcka såväl stark ångslan för att skada patienten eller själv bli attackerad, som impulsen att forcera fram en realitetsprövning.

Informanterna beskriver en stor utmaning av att jobba med paranoidea föreställningar. Deras ord kan bli vantolkade eller få en annorlunda mening i patientens inre värld, och orsaka förvirring och starkt obehag. Likaså kan det kännas riskfyllt att ens benämna paranoidea upplevelser som symptom om en sådan förståelse inte är förankrad; och de skildrar såväl oro över att patienten ska uppleva sig misstrodd eller beskylld för att vara galen, som hur ett ifrågasättande ska tas som bekräftelse på paranoians validitet. Terapeutens upplevda ansvar för patientens sinnesro, och rädslan för att uttrycka sig fel, kan vara monumental: "Det skapar ångest i mig, jag får ångest, jag får oro, jag blir helt svettig! Och är rädd att göra fel... jag... jag... jag blir rädd av att säga fel, jag blir rädd av att göra fel." (Sofia).

Terapeuterna finner sig ofta ståendes inför ett dilemma: att behöva gå emot eller följa med i de paranoidea föreställningarna. Det tidigare kan resultera i att den bräckliga alliansen skadas ännu mer och aggressiva motattacker. Alternativet, att följa med, kan istället leda till att en illusion av delat samförstånd upprättas; en tyst överenskommelse som terapeuten förr eller senare ändå kommer behöva bryta. Sverkers citat, där han redogör för hur han lät sig svepas med av en patients "fantastiska" berättelser och först senare insåg att han samtidigt blivit fråntagen sin terapeutiska frihet och handlingsutrymme, förmedlar en upplevelse av panik och klaustrofobi:

Först är man fascinerad över att någon kan göra detta! Och sedan så kommer en mer tilltagande känsla utav att patienten regisserar våra möten – det känns som att hen har förberett allting. Sen så kommer den där skräcken över att jag inte skulle gå med på det, och känslan utav tvångströjan någonstans, som jag sitter i.

Informanternas oro är ibland befogad. Att bryta illusionen riskerar att skada alliansen eller att patienten lämnar terapin. Anna beskriver hur hon vid ett tillfälle kände sig nödgad att forcera fram en realitetsprövning, vilket kom att svika patientens förtroende för gott:

Jag försökte slå sönder patientens paranoidea vanföreställningar [...] Jag svek henom på något vis, att jag invaggade patienten i en föreställning om att jag förstod hur hen hade det och hur det var för henom... och så visade jag att jag inte alls gjorde det utan att jag trodde att hen bara inbillade sig...

Således framgår att terapeuterna i kontakten med vanföreställningar och paranoidea upplevelser ofta finner sig i en kraftigt polariserad och växelverkande dynamik. De skildrar

såväl en stark ängslan för att kunna tillfoga patienten skada eller själva utsättas för motangrepp; som skräck relaterat till upplevelsen av ett begränsat handlingsutrymme och likaså stark frustration över att inte kunna övertyga den andre om sin verklighetsuppfattning. Vidare framgår att informanterna kan finna sig mer eller mindre medvetet ha medverkat i att etablera en illusion av samförstånd kring patientens föreställningar, vilket försätter dem i en prekär situation där de, för att föra terapin framåt, också kan behöva riskera den.

Att inte få vara sig själv. Informanterna beskriver situationer av bristande jag-gränser, då de fått svårt att sortera och skilja mellan sina egna och patientens intryck, vilket upplevs förvirrande, och det kan kännas "väldigt psykotiskt i rummet". Några uttrycker också hur de kan uppleva sig såväl paralyserade och fastlåsta, som ockuperade och styrda av patienten, vilket samtidigt inverkar på deras associationsförmåga och fysiska rörlighet.

En utmärkande upplevelse i kontakten med psykotisk problematik är att terapeuterna hamnar i ett sammanblandat samspel med patienten, där interaktionen känns onaturligt och man finner sig uppmärksamma frågor kring vem som gett upphov till vad. Lars kan hamna i förvirrande och cirkulära resonemang med sig själv, gällande vem som inducerat vem till tanke eller rörelse, och huruvida de har makt att påföra varandra reaktioner och tankar:

Jag gör såhär *kliar sig* och patienten tittar på mig. Då kommer följande typiska tankar: fick jag patienten att tänka att hen har påverkat mig så att jag gjorde såhär *kliar sig* eller har jag påverkat patienten så att hen tror sig ha påverkat mig, eller, varför gjorde jag såhär? Vafan, varför gjorde jag såhär, varför lyfter jag min arm?

Andra uttrycker att de kan uppleva sig fastna och bli paralyserade i rummet. Med såväl kognitiv inverkan i form av en sänkt flexibilitet och reflekterande förmåga, som fysisk i form av att bli stel och orörlig. Likaså hur de kan finna sig ockuperade och kontrollerade av patienten, med en avsaknad av "autonomi" och "fri vilja". Att gå emot det interpersonella trycket kan vidare upplevas både svårt och riskabelt.

Sverker berättar att han kan uppleva hur patienten styr honom till att inta en viss kroppsposition, och en ängslan över att hans rörelse därifrån skulle kunna upplevas som hotfullt. Han uttrycker "känslan av att bli fastlåst i den andres värld" såhär:

Det finns ganska påverkande tillfällen där man kan få en väldigt stark känsla av att känna sig fasthållen eller låst, eller svårt att röra sig... svårt att röra sig mentalt... svårt att röra sig kroppsligen [...] man kan på något sätt känna sig ockuperad... ja? Utav någon som på ett sätt... äh... försöker styra... mig, väldigt starkt...

De upplevda störningar i perception och kognition som terapeuterna beskriver sig drabbas av påminner om tankestörningar förknippade med psykosdiagnostik, exempelvis

tankepåsättning, tankeeko och tankestopp. Utsagorna skildrar även ett kontinuum, från uppluckrade jag-gränser med svårigheter att sortera intryck till en upplevelse av ockupation och förlorad autonomi. Gränserna i den tidigare är desto mer flytande och parterna undrar vem som påverkar vem; i den senare upplever terapeuten sig bli fasthållen och styras av den andre, både fysiskt och mentalt. Någon beskriver det som att bli fastlåst i patientens värld. Vilket kan spegla en kontakt med patientens omnipotenta försvar. Förlusten av förmåga och upplevd ockupation möjliggör samtidigt för patienten att bibehålla ett terapeutiskt stillestånd.

Att mötas på en gemensam arena

En förutsättning för behandlingens framskridande är enligt informanterna att de tillsammans med patienten kan närma sig dennes psykotiska symtom och upplevelser, och skapa någon form av mening eller förståelse för dem. För detta ändamål uttrycker några att de först måste ges tillgång till patientens inre värld.

När deltagarna redogör för vändpunkter i terapier beskriver de upplevelser av att få kontakt med patienterna, vilket nedanstående teman kommer illustrera. Kontakt kan ha uppstått då de såväl tagit emot, erfarit och förmedlat att de delar och kan förstå den andres upplevelser, som i situationer då de reagerat, dragit en gräns och visat att de är separata individer. Kontakt menar någon, är att skapa en "gemensam arena", en grund byggd på en delad erfarenhet, som parterna sedan kan utgå ifrån i det fortsatta arbetet.

Att våga ge upp sin gräns. Deltagarna beskriver hur de kan drabbas av kraftfulla överföringar av patientens tillstånd. Innan de processat materialet kan de själva uppleva sig försättas i ett ordlöst, gränslöst eller upplöst tillstånd, vilket kan upplevas såväl skrämmande och fasansfullt som överkligt och fantastiskt. Överföringarna kan användas för att sätta sig in i det tillstånd och upplevelser som patienten själv inte kunnat verbalisera.

I den terapeutiska processen kan det uppstå kraftfulla överföringar med potential att rubba den egna realitetsprövande förmågan. Sverker minns en situation som uppstod då han fattat en patients hand och då såg den senare levitera från golvet. En upplevelse han beskriver som "fantastisk att få vara med om":

Jag tänker: 'det här är inte sant! Det här är omöjligt! Det här kan inte hända men det händer!'. I det tillfället så är jag ju själv psykotisk på ett sätt – men jag kan inte... Jag går utanför tid och rum, jag har ingen aning om hur länge jag är där... men när jag tänker på det efteråt så är det ju en också en väldigt stark signal... 'bär mig', 'du kan bära mig', 'du kan vifta mig, du kan hålla mig, jag behöver det...'

Sofia beskriver första gången hon upplevde ett tillstånd av upplösning överföras på henne. I hennes skildring finns en såväl sårbar och exponerad som panikartad upplevelse av att inte längre förmå uppfatta var hennes jag slutar och omvärlden tar vid:

Helt gränslöst! Det fanns inga gränser, och jag satt där i min stol och tänkte: ‘vad är det som händer?’, såhär svårt att andas. Hela jag, mitt inre bara öppnades... inte så att min kropp, att mina inälvor skulle flyta ut, men att rent känslomässigt bara öppnades! Ingen hud, inget skydd, ingenting... jag bara drabbades av detta, visste inte alls vad jag skulle säga. Det var så skrämmande, så fruktansvärt obehagligt.

Hon berättar vidare hur hon efter att ha samlat ihop sig kunde använda sig av sin erfarenhet för att förmedla en ny förståelse för patientens situation, och hur hon sedan dess blivit mer bekväm att använda sig av liknande tillstånd som terapeutiska “hjälpmedel”.

Oskar å sin sida skildrar hur han aktivt använder tillståndet av upplösning som ett sätt att möta den andre. Genom att söka metaforer för intrycken som uppstår inom kontexten förmedlar han att de är i kontakt, och det blir möjligt att tillsammans undersöka patientens inre värld. Han beskriver tillståndet som att “uppslukas” i en fasansfull, men nödvändig tvåpersonsprocess:

När man låter sig uppslukas av det så blir... rummet blir fyllt av skräck och fasa. Och det är något fullständigt ogripbart som vi båda två måste vara i... Känner personen det... så finns det den möjligheten att ja, våga den här resan... och ingen klarar den resan ensam... det måste finnas en annan person...

Respondenternas skildringar av dessa psykosliknande tillstånd förefaller såväl starkt omvälvande som praktiskt användbara i det alliansbyggande arbetet. Genom att ta emot patientens överföringar kan de dels få en empatisk förståelse för något som inte kunnat förmedlas med ord, dels beskrivs hur denna överföringskontext även kan användas som en form av mellanområde där det blir möjligt att tillsammans utforska patientens psykotiska upplevelser närmare. Att bearbeta och översätta upplevelserna till symbolisk form beskrivs vidare ha resulterat i vändpunkter för behandlingen.

Att kräva en gräns. I kontrast till upplevelser av att känna sig förvirrad eller kontrollerad beskriver terapeuterna tillfällena då de såväl tappat fattningen och reagerat med ilska som vågat utmana patientens föreställningar. De emotionella interaktionerna har medfört positiva vändpunkter, där de upplevt sig ha fått bättre kontakt, en ökad tillgång till sitt inre samt återerövat en autonomi i rummet. Någon uttrycker det som att bli sig själv igen.

Att få brista i sitt tålmod kan vara meningsfullt för behandlingen. Informanterna berättar hur detta kan bidra med något sanningsenligt eller genuint i interaktionen, eller som Malin uttrycker det: “att man lyfter in realiteten i rummet genom att dra en gräns”.

Några ger exempel på situationer då de tappat kontrollen över en uppdämd ilska. För Annas del var det i samband med en patient som under en längre tid behandlat henne kränkande. Samtidigt som hon riskerade terapin kom gränssättningen att kännas befriande och fick positiva konsekvenser för det fortsatta arbetet:

Jag fattar inte vad jag fick det ifrån! Pang! Jag blir nästan imponerad av mig själv, det kan man väl få vara ibland, det är inte så ofta *skratt* [...] jag minns att jag tyckte det var skönt... ‘ja och vill hen gå nu så kan hen ta mig fan göra det, jag skiter i vilket!’.

Lars å sin sida berättar att han under en period hade befunnit sig i ett kontaktlöst läge med en patient som avskärmat sig. Vid ett antal tillfällen dök hen oannonserat upp och störde honom. Den tilltagande irritationen resulterade tillslut i ett raseriutbrott, varpå patienten häpet tittade upp och för första gången på månader tilltalade honom:

Jag vet inte vad som flög i mig men jag blev så jävla arg: ‘för helvete har jag inte sagt åt dig att du ska ge fan i det där!’ Och så får vi plötsligt kontakt, hen till och med tittar på mig [...] Det var helt avgörande! Men jag tyckte ju först ‘vad har jag... herregud jag måste skärpa mig...’ *ler generat* men jag blev så jävla arg! *skrattar*.

Ett annat förekommande stillestånd är perioder av att känna sig kontrollerad eller ockuperad av patienten. Att utmana detta interpersonella tryck har skildrats som ångestladdat. Enligt Sverker finns samtidigt en möjlighet att etablera en “bättre och djupare kontakt”. Han skildrar den återvunna friheten såhär:

Det är inte så märkvärdigt för du blir ju mera som du brukar vara [...] det som händer är tillexempel att du kan börja tänka om personer eller andra i patientens närhet, dom kan få någon slags gestalt, så dom blir mera verkliga någonstans. Landskapet blir tredimensionellt, och jag kan vandra runt där istället för att sitta fast...

Således skildrar temat hur terapeuternas tillgång och uttryck av ilska i en uppladdad interaktion med patienten etablerat nya former av kontakt. Upplevelsen av kontaktlöshet har tidigare liknats vid att interagera med någon som mentalt inte delar samma tid och rum. Här vittnas istället om häpna patienter som sett något oväntat: möjligen en terapeut som genom sin tydliga och genuina reaktion nått fram. Samtidigt förmedlas att något återerövrats. Deltagarna sträcker på sig i stolen och ser både häpna och förtjusta ut när de redogör för sitt kraftprov. Att lämna ett låst läge genom att utmana patientens föreställningsvärld, och därmed separera

ut sig som en distinkt individ med andra uppfattningar, förefaller stärka reflektionsfunktionen hos båda parter.

Smittor och resevaccin

Informanterna har beskrivit flera fenomen i den terapeutiska situationen som kan väcka starkt obehag och frustration. En av dessa uttrycker en reell fara med att arbeta med tyngre problematik, och hur smittsamt psykotiskt material kan vara.

Nedan presenteras upplevelser av en arbetsrelaterad smitta. Bland de upplevda symtomen återfinns såväl inslag av vanmakt och destruktiva impulser, som demoralisering och paranoia. Att föra en fortgående dialog om sina erfarenheter med andra professionella framhålls som viktiga renhållningsprocesser. Avsnittet avslutas med den upplevda behållning som även återfinns i psykoterapi med psykotisk problematik. En möjlighet till upplevelser av såväl meningsfulla och tillfredställande som djupt berörande kvalitéer. En behållning som en av informanterna inte tror att hon skulle kunna hitta i något annat yrke.

Frestad att trycka tillbaka. Den terapeutiska situationen förefaller ställa stora krav på förmågan att bearbeta starka affekter utan att handla i enlighet med dem. Att bli föremål för patientens ohärbärgerade tillstånd och provokationer kan upplevas både manipulativt och frustrerande; och deltagarna måste också uthärda den egna impulsen att gå till motangrepp. Att i en given situation veta vad ett sådant härbärgerande innebär är dock inte självklart.

En återkommande omständighet är att användas som ett förvaringsutrymme åt känslor och upplevelser som patienterna inte kunnat integrera. Materialet kan konfrontera terapeuten med känslor av otillräcklighet, en annan aspekt är att uppleva sig utnyttjas. Sofias upplevelse präglas såväl av ilska och vanmakt som oro för att överväldigas: "Så dumpar patienten det i mig så får jag sitta med den jävla klumpen! ...och jag kan ju hantera - men det finns gränser, det kan ibland kännas som att: 'nu hanterar jag inte det här heller'".

En annan källa till frustration återfinns i upplevelsen av att patienten vidmakthåller sina psykotiska symtom, genom att exempelvis vägra ta ansvar för sina handlingar eller ta till sig av terapeutens observationer. Försök att övertala terapeuten om andras brister och sin egen utsatthet kan också upplevas manipulativt. Anna berättar att hon kan behöva ge vakt på sina impulser när hon ska bemöta patientens utsagor, för att inte utagera lusten att "trycka till patienten med sina livslögner":

Jag kan ibland bli så trött på vissa patienter: 'ja det är bara en eller två meningar och jag behöver aldrig mer ha med den här människan att göra! För hen kommer aldrig att

vilja komma tillbaka till mig igen, hen kommer tycka att jag är en jävla kärring och...'
...så jag blir ju frestad och tänker: då slipper jag den här personen...

En alltför accepterande terapeutisk hållning riskerar också att bli destruktivt. Sverker berättar om en patient som provocerade och plågade honom "jävligt mycket med äckel". Han upplevde sig bli utnämnd som betydelsefull av patienten men också utnyttjad, men valde att uppvisa en acceptans för beteendet: "så småningom devaluerade (patienten) mig och... lämnade terapin". Han tillstår att den avbrutna kontakten kunde upplevas som en befrielse.

Således väcker den terapeutiska situationen mer än omsorg. Det framkommer upplevelser av negativt laddade affekter såsom ilska, sorg och avsmak. Det är samtidigt svårt att veta om dessa känslor ska uthärdas eller reageras på: terapeuterna får hålla i sig för att inte agera på den vrede som framkallas inom dem, samtidigt som en alltför tillåtande miljö kan utmytna i ett masochistiskt förhållande där patienten ändå överger terapin. Sammantaget verkar den beskrivna vreden utlösas av upplevelsen av att såväl utnyttjas som att inte bli sedd och tagen på allvar av den andre. De måste härbärgera frestelsen att såväl bli sedda som befriade från den påfrestande interaktionen genom att vända sin passiva vanmakt till en förödande aktivitet, genom att gå till motangrepp.

Att inte längre vara tillräknelig. Informanterna kan ibland ifrågasätta sitt förnuft och terapeutiska förmåga. Någon beskriver hur mottagandet av projicerat material kan stimulera reaktioner som upplevs galna och oprofessionella. Frånvaro av behandlingsprogress beskrivs av någon annan som att vara insnärjd i ett vansinne, medan paranoid problematik kan smitta av sig och få behandlaren att själv uppleva sig förföljd och övervakad.

Arbetet med psykotisk problematik kan väcka reaktioner som känns främmande och annorlunda jämfört med andra patientgrupper. Några uppger att de kan känna sig galna och börja ifrågasätta huruvida de är lämpade att arbeta som terapeuter eller inte. Lars kunde framförallt tidigare i karriären uppleva sig själv som konstig och sina inre fantasier som opassande för en terapeut:

Jag kunde känna mig ganska galen, hur kunde det vara att jag plötsligt blev uppfylld av det, eller uppfylld av det, eller uppfylld av det... [...] upplevelsen av att man tycker man är konstig, själv alltså... 'hur hände detta? Hur kunde jag tänka på detta? Nämen vilken befängd, vilken pervers, nej vilken... tanke...'

Behandlingarna är ofta långa, medan framsteg kan vara både små och sällsynta. Upplevd frånvaro av progress kan väcka såväl förvirring och tvivel som hopplöshet och önskan om att distansera sig från kontakten. Anna berättar om en långtgående terapi där hon

ofta finner sig ifrågasätta sin förmåga, så till den grad att hon överväger om hon är skadlig för sina patienter. Hon uttrycker en upplevelse av att snärjas in i ett vansinne som saknar utväg:

Ibland tänker jag: gud är det jag eller patienten som är galen? [...] Jag är så insnärjd, och det påverkar mig! 'Är jag verkligen lämplig att jobba med det här, ska jag verkligen, gör inte jag patienterna sjukare än dom redan är?' alltså jag ifrågasätter mig själv fruktansvärt, så snacka om att det påverkar mig...

Andra uttrycker hur kontakten med paranoida patienter kan inducera liknande tillstånd, med upplevd rädsla, vaksamhet eller misstänksamhet mot omgivningen. Sofia kan finna sig bli överdrivet uppmärksam på ljud utanför sitt rum, eller behöva dubbelkolla att ingen hör in. Upplevelsen av att vara övervakad har vid tillfällena dröjt sig kvar och följt henne utanför terapimottagningen: "jag tittar mig omkring och jag känner: 'det är någon som följer efter mig'- obehagligt, jag känner mig helt övervakad!".

I Oskars erfarenhet så kan psykotisk problematik vara väldigt smittsamt. Den terapeut som saknar stöd och verktyg att hantera sina upplevelser och reaktioner riskerar också att i självbevarande syfte distansera sig från sina patienters behov. Han säger:

Jag tror inte att man har något annat val än att skydda sig, stänga ute, inte ta emot... och då är man oanvändbar. Det är många som har blivit det i psykiatri [...] så man är rätt utlämnad till sig själv, och stå där mitt i kaoset...

Terapeutiskt arbete med psykotisk problematik medför ofta långtgående kontakter och en komplexitet som kan upplevas övermäktig och hopplös att reda i. Informanterna har beskrivit hur de kan börja tvivla på sin egen lämplighet och det arbete som utförs, eller på annat sätt skrämmas av det. För att inte lämnas ensam till sina föreställningar behöver behandlarna stöd och förståelse för att hantera dessa påfrestningar. Det finns annars risk att man begränsar sin mottaglighet för patienternas material och behov.

Renhållningsprocesser. Ett uppdrag som påfrestar terapeutens psykologiska välbefinnande medför behov av olika former av stöd som bidrar till att få distans till obehagliga och förvirrande tillstånd och upplevelser. Egenterapi, att ha kontakt med sina kollegor mellan sessioner, och handledning beskrivs i sammanhanget som viktiga funktioner.

Några informanter uttrycker att de har haft stor nytta av egenterapi och analys. Erfarenheterna har bidragit till en inre "sortering" och en stöttande inre dialog, som de kan använda för att reflektera över vad som händer inom dem, och använda sitt förnuft till att förstå och hantera det som uppstår i den terapeutiska processen. Lars poängterar att ingen analys skyddar en från att uppleva starka känslor, men med ökad självkänedom kan han

snabbare organisera sina upplevelser. Han uttrycker det såhär: “Att känna sig själv tror jag är oerhört klokt [...] Man kan väl se det som en slags vaccination alltså... möjligen blir du sjuk, men du blir inte lika sjuk, och det går fortare över, tycker jag.”

Informanterna beskriver hur de också kan söka hjälp utifrån. Att byta miljö och uppsöka sina kollegor mellan sessionerna, kan bidra till att transformera ett inre tillstånd av att såväl känna sig tömd som uppfylld av något främmande. Sverker brukar ta sig bort till personalrummet och upplever därmed hur han genomgår en “slags omställning eller normalisering” och att han “tvättar av sig någonting ospecifikt”.

En annan form av yttre stöd som återkommer är handledning. Genom att få hjälp av utomstående att verbalisera det som de upplever inom sig och vad som utspelats under sessionen blir det möjligt att uppfatta processer eller iscensättningar man dragits in i.Handledningens funktion kan vara såväl stöttande som lyfta en ur stillestånd genom att bidra med nya idéer och tankar. Sverker beskriver handledningen som ett övningsområde där han kan få en tillfällig distans till det interpersonella tryck som vissa patienter utövar, vilket ger honom en större frihet och ökad autonomi igen:

(Där kan jag) fundera på om jag kan göra någonting åt det, hur är det, och vad är det som händer, och sätta ord på det. Det ger mig sekundär frihet så att säga som får ens tanke-känslor-verksamhet, att kunna röra på sig tillfälligtvis...

Terapeuterna har beskrivit olika former av inre och yttre renhållningsprocesser som hjälper dem att hantera den psykiska belastning som yrket medför. Det framkommer behov av att kunna vända sig till andra människor med sina erfarenheter, vare sig det gäller kollegor, terapeuter eller handledare. Genom att få utrymme att verbalisera sitt tillstånd genereras nya perspektiv och terapeuten kan lättare härbärgera de främmande intrycken som tidigare orsakat obehag, förvirring eller mentala låsningar. Att få igång ett tänkande kring det man tidigare bara upplevt medför en känsla av frigörelse, normalisering och att bli ihopsamlad igen. Att själv ha gått i terapi anses även öka motståndskraften inför framtida påfrestningar.

Ett privilegium. Temat belyser några av de positiva upplevelser som återfinns i terapi med psykos. Kontakten kan medföra en behaglig och värmande känsla hos terapeuten. Att ta del av patientens fantasier beskrivs som spännande, medan någon uttrycker att också är bra att hålla viss distans. Vändpunkter kan upplevas tillfredställande och upprymmande. Att ha fått vara del av en patientens förbättring beskrivs vidare som något enastående.

Samtliga informanter har skildrat olika former av vändpunkter i sitt terapeutiska arbete. En aspekt har beskrivits som att få tillgång till patientens inre värld och upplevelser,

något som ibland kan kräva flera år av alliansbyggande arbete. Sofia ser en sådan utveckling som ett tydligt framsteg i terapin, och det kan kännas såväl hissande som meningsfullt och tillfredställande. Hon säger:

När man får tillgång till den där världen! Jag får gåshud! Det har gått fyra år och nu kan hen berätta för mig vad det faktiskt är som pågår inuti. Det är jättehäftigt och det är ju: 'håååwow' [...] Det är också lite tabu kanske, men det blir ju min drivkraft, min tillfredställelse, att nu har jag lyckats att komma dit där vi har varit på väg hela tiden! Och nu är vi där, och nu kan vi jobba med det.

Att få ta del av dessa världar har beskrivits med ord som "fantastiskt", "magiskt", och "fruktansvärt spännande". Enligt Sverker kan de också utöva en förförande dragning:

Det är en hel undre värld där under ytan och (patienten) beskriver det på ett sådant sätt så jag sitter och: 'kan inte jag få följa med! *bedjande*'... ja, såna upplevelser kan man ha. Ibland kan jag få följa med in i den där fantastiska världen. Men för det mesta, nej vill man ju inte det. För det mesta så det är ganska skönt och vanligt, att inte låta sig förföra sig i ens jobb, ens jobb som ändå står för verklighetens och dödlighetens perspektiv... Relationens perspektiv...

Några respondenter delger att man ibland får vara nöjd om man med terapikontakten lyckas upprätthålla någon grad av stabilitet och grundläggande funktionsnivå i patientens liv. Men det finns också patienter som nått en klar förbättring där terapi inte längre är nödvändigt. Malin säger att hon alltid upplevt det som ett privilegium att se den andre återgå till ett annorlunda liv. Som en vändpunkt lyfter hon in humorn och det genuina delade skrattets entré. En signal om att patienten kan bevara sina upplevelser, vilket skapar nya möjligheter:

Det krävs att du har bevarat en massa upplevelser som du kan lägga ihop, och att det kan ske så blixtnabbt. Det känns lite skönt att skratta tillsammans, för det blir en intimitet, vi delar någonting du och jag... Och patienten mår bättre...

För Oskars del kan vändpunkter se olika ut. Hos personer som varit försjunkna i sin psykos under lång tid kan vändpunkten bli särskilt tydlig. Han beskriver ett sådant ögonblick från en av hans längre och svåraste terapier. En positiv och enastående upplevelse:

Det var en enormt stor upplevelse - sen är det lite intressant och spännande [...] Jag var väldigt upprymd och glad för det som hade hänt och tänkte: 'den här sessionen, det här måste jag skriva ner, det här måste jag minnas...' sen kom jag tillbaka... Jag minns inget, jag minns inte vad någon av oss sa. Helt borta. Båda två visste att något exceptionellt hade inträffat, men ingen av oss kunde minnas vad som hände...

Ett vanligt inslag i terapeutiskt arbete är att som behandlare utforska och likaså bli en del av patienternas föreställningar och fantasier. Det framkommer att möjligheten till detta i arbete med psykos kan vara en särskilt lockande, behaglig och vitaliserande upplevelse.

Samtidigt behöver terapeuten stå upp för verkligheten, och ta ansvar för realitetsorienteringen. Informanterna uttrycker att det finns något såväl spännande och tillfredställande över att uppleva framsteg i terapin, som trösterikt och vördnadsfullt över att få vara del av en patients positiva behandlingsutfall, även om ett par steg längs vägen ibland undgår förklaring.

Diskussion

Resultatet redogör för hur psykoterapi med psykosjukdomar kan upplevas såväl fascinerande, intensivt och spännande som förvirrande, utdraget och skrämmande. Särskilt viktigt är att erbjuda patienten ett genuint och mänskligt bemötande, varpå deltagarna under sin professionsutveckling införlivat ett antal kvalitéer i sin terapeutiska hållning, där inräknat tålamod och respekt, transparens och autenticitet, acceptans och en förlåtande attityd. Vad som visade sig vara centralt för terapeuternas upplevelser är de fenomen relaterade till kontakt visavi frånvaro av kontakt. Utifrån en ansevärd mängd skildringar av svårigheterna att etablera en arbetsallians, förefaller kontaktskapandet utgöra den största utmaningen. Återkommande är hur patientens strävan att avvärja smärtsam mening ger upphov till fenomen som utmanar terapeutens ambition att återställa den psykiska realiteten: de måste väga sina ord för att navigera genom psykotiska minfält, likaså stå ut med att hållas utestängd till ovissheten, såväl som upplevelser av att vara ockuperad, kontrollerad och fastlåst. En ytterligare utmaning är att härbärgera de starka tillstånd som återfinns i motöverföringen. Det framträder inslag av sorg och raseri, rädsla och ångest, vanmakt och frustration, omnipotens och desillusion, förvirring och vansinne – vilka kan medföra behov av externa forum där terapeuten får hjälp att reflektera över sina upplevelser. Vändpunkter skildras som synonyma med upplevelser av kontakt. Vilket exemplifierats med situationer då terapeuten såväl kunnat möta patienten inom ett psykotiskt tillstånd, som reagerat på interpersonella tryck och demonstrerat sin separata individualitet. Avslutningsvis framträder ett antal tillfredställande och belönande aspekter av psykoterapi med psykos. En kontakt som kan medföra djupt berörande erfarenheter och upplevelser av både fantastiska och magiska kvalitéer.

Flera av de teman som framträder ligger i linje med resultat från tidigare forskning (Cain, 2009; Connolly & Cain, 2010; Laufer, 2010; Saayman, 2017, 2018, 2020). Det återfinns även flera gemensamma beröringspunkter mellan föreliggande studie och en tidigare examensuppsats (Jägerstedt & Persson, 2017) som utforskat såväl PDT- som KBT-terapeuters upplevelser genom en tolkande fenomenologisk analys.

I följande avsnitt kommer de delar av resultatet som anses särskilt utmärkande för deltagarnas upplevelser diskuteras och jämföras med tidigare forskning, samt kopplas till teoretisk litteratur på området. Med syfte att diskutera studiens teman förs tre huvudsakliga utgångspunkter fram.

Kontaktlöshet

Resultatet skildrade hur den upplevda kontaktlösheten kan ha en såväl passiv och frånvarande som en aktiv och förvirrande form, och antogs höra samman med patientens förhållande till sina affekter. Motsvarande observation görs av Garfield (2001) som skildrar hur patienternas affekter, i perioder av kontaktlöshet, ofta upplevs “flyga runt överallt” eller “gömma sig i springor och vrår”. Ett genomgående tema var att nekas tillträde till patienternas inre värld och följande svårigheter att skapa mening. Liknande fenomen har belysts i tidigare forskning (Cain, 2009; Jägerstedt & Persson, 2017; Saayman, 2018, 2020) samt fallstudier (Rocco & Di Ravit, 2015, Saayman, 2017) och får anses vara en central utmaning för det terapeutiska arbetet vid psykotisk problematik. Nedan diskuteras kontaktlösheten dels som en defensiv avskärmning från relationen, dels som ett sätt att oskadliggöra terapeutens meningsskapande ambitioner.

Några av informanterna beskriver hur det är som om vissa patienter mentalt avskärmat sig från det delade utrymmet, och uppehåller sig i en främmande inre värld. I sammanhangen beskrivs samtidigt hur avskärmningen tycks syfta till att skydda någonting väldigt sårbart och dyrbart. I en fallanalys (De Masi, 2006) skildras såväl hur enastående och lockande dessa inre fantasivärldarna kan upplevas, som den katastrofala och ångestväckande tomhet som patienten kan erfara vid förlusten av den.

Informanternas upplevelse av att försöka relatera till någon som mentalt befinner sig på en annan planet, eller hur patienten iakttar på avstånd från den fysiska “gestalten” i terapistolen; stödjer vidare konceptualiseringar av psykotisk avskärmning som en fantiserad tillvaro dissocierad från den psykiska realiteten (Bollas, 2015; Lombardi, 2017; De Masi, 2006). Frånvaron av interpersonella påtryckningar, affektivt innehåll och gensvar i några av informanternas redogörelser för terapi med schizofrena patienter kan även kopplas till Ogdens (1980) iakttagelser av terapi med djupt regredierade patienter i en fas av “icke-upplevelse”.

Känslan av att befinna sig utestängd från patientens inre värld, har skildrats av andra terapeuter (Jägerstedt & Persson, 2017; Saayman, 2018, 2020). Informanternas beskrivna svårigheter att nå fram, antingen genom att hitta gemensamma samtalsområden eller att ges

bristande gensvar är återkommande och kan ha en betungande, utmattande och sövande effekt som riskerar att också distansera terapeuten.

Det uttalade behovet av tålmod och ork att fortsätta investera i den kontaktlösa relationen i väntan på ett erkännande förefaller vara en viktig egenskap och återkommer även i Saaymans (2020) slutsatser. I föreliggande studie uttryckte en informant att det bakom den avvärijande kontakten samtidigt finns en person som längtar efter kontakt. Vilket ligger i linje med Bions (1957/2001) antagande om att den psykotiska personligheten är under inflytande av både en psykotisk och en icke-psykotisk "del" av psyket. Den psykotiska delens behov av omnipotent kontroll antas vidare leda till attacker mot den icke-psykotiska delens längtan efter relationer och önskan om förändring (Conway & Ginkell, 2014).

Informanternas redogörelser för hur kommunikationen kan upplevas såväl meningsfull och bisarr, underhållande och skrämmande, osammanhängande och fragmenterad, som meningslös och förvirrande stämmer överens med litteraturen (Bion, 1954/2001; Hinshelwood, 2014; Martindale & Summers, 2013; Searles, 1965/2004) och tidigare forskning (Bergenstein, 2015; Saayman, 2017, 2018). Somliga patienter tycks skydda sig från ett tänkande som leder till ett realitetsorienterat erförande, varpå terapeutens försök att översätta kommunikationens former till meningsfullt innehåll kan väcka starkt motstånd.

Patientens språkanvändning kan medföra både obehag, förvirring och en sedering hos terapeuterna som gör det svårt upprätthålla fokus, formulera tankar och göra meningsfulla interventioner. Exempelvis framkommer upplevelser av att patienten talar två språk samtidigt, eller genom ordströmmar hypnotiserar terapeuten till sömns. Liknande fenomen har återgetts av Bion (1954/2001, 1959/2001) där patienternas förvirrande material beskrevs splittra och fragmentera analytikerns förmåga att tänka och verbalisera. En fallstudie (Bergenstein, 2015) skildrar hur denna "attack" i sig kan förstås som en iscensättning av en internaliserad destruktiv relationsform mellan patientens infantila jag och det primära objektet – och ett omedvetet behov att kommunicera en emotionell erfarenhet som denne saknar ord för.

Andra fenomen relaterade till motstånd är upplevelser av att bli styrd av patientens inre, vilket återkommer i form av vara fastlåst, kontrollerad, eller ockuperad. På praktisk nivå medför avsaknaden av autonomi en inverkan på såväl den fysiska rörligheten som förmåga att tänka och skapa mening. Tillståndet kan väcka obehag, och ett försök att sätta sig emot trycker beskrivs som svårt. I sammanhanget nämns hur handledning möjliggör en distans till processen som kan mobilisera terapeutens autonomi och reflekterande förmåga igen.

Liknande fenomen framkommer i tidigare studier (Cain, 2009; Jägersted & Persson, 2017; Saayman, 2018) och har relaterats till patientens försök att oskadliggöra terapeuten.

Fenomenen kan tänkas vara manifestationer av den omnipotenta kontroll som anses vara ett grundläggande försvar vid psykotiska tillstånd (Conway & Ginkell, 2014; McWilliams, 2011). Upplevelsen av att känna sig ockuperad och fråntagen sin autonomi kan även kopplas till patientens bruk av projektiv identifikation. En tidigare fallstudie (Ogden, 1980), beskriver hur en schizofren patient under en period attackerade såväl sin egen som terapeutens tänkande med projektiva identifikationer, varpå den senare upplevde sig berövad sin förmåga att tänka och sin kropp och tal inte längre som sina egna.

Rädsla för att skada. Informanterna skildrar en rädsla för att tillfoga patienten skada genom att förstöra eller frånta denne något, fenomen som även återkommer i tidigare forskning (Cain, 2009; Jägersted & Persson, 2017). Exempelvis skildrar en respondent hur interventioner med syfte att röra sig från ett “fastlåst” läge medför både en möjlighet och fara för terapin, och att han i sammanhanget är rädd att patientens “värld ska falla samman”. Vilket kan gestalta oron för att destabilisera de psykotiska försvarerna med följden att patienten också försämras. Ogden (1980) beskriver hur ett framgångsrikt steg bort från patientens kontroll kan uppfattas som ett bakslag när positiva psykotiska symtom och utageranden plötsligt tilltar, vilket är följden av att patienten nu börjar knyta mening åt sina perceptioner.

Rädslan för att skada återkommer i informanternas skildringar av att möta paranoida patienter, där de ofta hamnar i en starkt polariserad dynamik av att antingen behöva acceptera eller avfärda den andres föreställningar. De beskriver såväl rädsla för att utlösa en negativ terapeutisk reaktion, som egen frustration relaterat till att tvingas foga sig efter den andres verklighetsuppfattning. Enligt McWilliams (2011) karaktäriseras den paranoida karaktären av försvarsoperationer med syfte att förneka och projicera sina ohanterliga själv aspekter i omgivningen, varpå dessa istället upplevs som externa hot; medan terapeutens motöverföring vanligtvis växlar mellan stark ängslan och fientlighet. Informanternas beskrivna rädsla och ångest kan i sammanhanget spegla en identifikation med en sårbar själv aspekt. Att istället avfärda patienten talar för ett utagerande av en aggressiv motöverföring. En av deltagarnas impuls att “slå sönder” ett paranoit försvar, kan likaså utifrån patientens perspektiv upplevas som ett angrepp från en manipulativ terapeut, vilket vidare bekräftar dennes grundantagande om en opålitlig omvärld.

Terapin kan även präglas av icke-tillåtna samtalsområden, där terapeutens användning av ett ord eller försök att undersöka ett område kan utlösa motattacker och oro hos patienten. Upplevelser av att navigera minerade landskap (Bollas, 2015; Jägerstedt & Persson, 2017) eller desarmera bomber (Knafo, 2016) förefaller återkommande i det terapeutiska arbetet. Segal (1957) föreslog att det psykotiska tillståndets störda förmåga till symbolisering leder till att den yttre världens symboler, såsom objekt, handlingar och ord ekvivaleras med den inre världens psykiska aspekter (eg. *Symbolic equation*). Bollas (2015) redogör på motsvarande sätt för den schizofrenes försök att undgå erfandet av smärtsam mening genom att via projektioner förlägga psykiska aspekter och mentalt innehåll i omvärldens objekt. Utifrån dessa antaganden är det möjligt att förstå hur terapeutens användning av ett visst ord kan få patienten att uppleva sig såväl avslöjad och attackerad som fysiskt invaderad.

Sammanfattningsvis så förefaller såväl frånvaro av kontakt som patientens motstånd mot att undersöka mening vara svår att stå ut med. Informanterna har skildrat ett antal egenskaper som tycks främja patientens tillit och trygghet i det alliansbyggande arbetet. De nämner autenticitet och transparens gällande sina egna känslor och reaktioner, acceptans för egna brister samt tålmod och tolerans för det vanligen långsamma behandlingsförloppet, likaså respekt för patientens psykotiska försvar tillika nyfikenhet kring patientens upplevelser. Dessa terapeutiska kvalitéer rekommenderas vidare av litteraturen i behandling av psykotiska tillstånd (Bollas, 2015; Harder & Rosenbaum, 2007; Horowitz, 2002; Rosenbaum, 2015).

Terapeutens upplösta gränser och gränssättning

För att patienten ska kunna tolerera realiteten utan att förvränga den, framgår att terapeuten inledningsvis kan behöva härbärgera det som patienten själv inte står ut med. Nedan diskuteras förekommande reaktioner i samband med att ta emot projicerade tillstånd, samt hur motöverföringen kan användas som en ingång till egna psykotiska tillstånd.

Informanterna skildrar flera inslag i sin motöverföring: såväl något våldsamt och intensivt, däribland ångest, ilska, rädsla, sorg, upplösning och vansinne, som en omnipotens som kan medföra positiva upplevelser av att känna sig snäll, stark och god - men även ge upphov till besvikelse och lidande för båda parter när fantiserade förväntningar kolliderar med verklighetens begränsningar. Exempel på dessa tillstånd återkommer i övrig forskning (Cain, 2009; Connolly & Cain, 2010; Jägerstedt & Persson, 2017; Saayman, 2018) och får anses vara naturliga inslag i terapi vid psykos.

Tidigare forskning skildrar olika upplevelser av att uppleva sina fysiska gränser invaderade (Cain, 2009; Saayman, 2017, 2018). I en fallanalys (Saayman, 2017) skildrar terapeuten en "symbiotisk utväxling" varpå han efter sessionen upplevde sig lämnad med en förändrad realitetsuppfattning och en intensiv rädsla. Fenomen av att känna sig främmande inför sig själv samt bristande självreflektion återkommer i deltagarnas svårigheter att sortera och skilja ut vem som sagt eller gett upphov till vad, likaså i en deltagares känsla av att vara förföljd efter sin session med en paranoid patient. Det framkommer även upplevelser av att få något "dumpat" i sig, eller hur främmande affektiva tillstånd "tar över" eller "sätter sig i mig". Fenomenen kan förstås som reaktioner på patientens projektiva identifikationer.

Enligt Ogden (1982/1987) används projektiv identifikation för att i fantasin avlägsna och deponera hotfulla aspekter av självet hos en annan person. Terapeutens förmåga att ta emot och bearbeta materialet, så att detta senare ska kunna återtas och integreras av patienten, anses väsentligt för den senares psykiska utveckling och mognad (Hinshelwood, 2014; Jackson, 2008). Av resultatet framgår att innan terapeuten mentaliserat de projicerade tillstånden kan även de känna sig hotade inifrån, vilket speglas av citat om att överväldigas, att tappa andan eller bli "nersläckt" - och önskan att efter sessioner göra sig av med det främmande. Användning av kollegor och handledning beskrivs i sammanhanget som ett bra stöd för att få tillräcklig distans till upplevelserna och möjliggöra ett reflekterande.

I resultatet framträder även ett tema av gränssättning och individuation. Ett antal informanter beskrev upplevelser av att såväl ha tappat fattningen och reagera med ilska, som vågat utmana patientens behov av kontroll. I sina redogörelser förmedlar de entusiasm, stolthet och en känsla av att ha återvunnit sin autonomi. Denna positiva upplevelse av frigörelse i terapi vid psykos har inte beskrivits i tidigare identifierad forskning.

Bollas (2018) skildrar hur han genom att stå upp mot en patients avvisande attacker, på samma gång stod upp för en förnekad och projicerad aspekt av dennes själv som han utvecklat i sin motöverföring. Vidare menar Ogden (1982/1987) att patientens integration av projicerade självaspekter möjliggörs av identifikationen med terapeutens förmåga att hantera de framkallade känslorna. Utifrån tidigare antaganden om det psykotiska psykets konflikt mellan relationella behov kontra omnipotens (Bion, 1957/2001; Conway & Ginkell, 2014) kan informanternas upplevda frigörelse tänkas spegla en externalisering av patientens längtan efter att stå upp mot den psykotiska delens relationella attacker. Vilket styrks av deltagarnas skildring av att inte ha känt igen sig i utbrottet, och hur de efteråt upplevde alliansen stärkt.

Resan in är vägen ut. Med referens till patientens motstånd att närma sig realiteten, framträder även en utmaning relaterad till terapeutens motstånd att närma sig det psykotiska upplevandet. En av informanterna skildrade exempelvis en upplevelse av mental kortslutning i samband med att påföras en patients oändliga lidande. Liknande fenomen framkom i en studie (Saayman, 2018) där ett antal terapeuter beskrev sina egna kroppar stängas ned, som ett försvar mot att ta in och tänka kring patientens "vansinne".

I föreliggande studie beskrev terapeuterna sig dels behöva stå ut med rädsla och ångest som en icke-vetande position medför, dels hur de kan erfara sig bli "rubbade" eller "galna" av att försöka förstå psykotiska upplevelser. Enligt psykoanalytisk teori antas varje psyke innehålla psykotiska strukturer som kan aktiveras av patientens överföringar (Bollas, 2015; Bion, 1967/2001). Såväl informanternas ångest över att överge sina antaganden och utforska det okända, som ovanstående mentala kortslutningen, kan tolkas som en defensiv rädsla för att få dessa "strukturer" aktiverade.

I resultatet framkom tillstånd av förlorad realitetsprövning, en annorlunda spatio-temporal uppfattning, och en odifferentierad gräns mot omvärlden. I Cains studie (2009) beskrevs upplevelser av upplösning/fragmentering som en motöverföringsreaktion. Liknande fenomen skildras ingående i ett antal fallanalyser (Di Rocco & Ravit, 2015; Saayman, 2017); där destabiliseringen av de mentala strukturerna samtidigt gjorde terapeuterna mottagliga för annorlunda överföringar som lät dem förstå patientens upplevelser, vilket även bidrog till en stärkt arbetsallians. Detta ligger i linje med deltagarnas upplevelse av att tillstånden gett dem en fördjupad empatisk förståelse för det patienten själv inte kunnat verbalisera.

I jämförelse med två informanternas skildringar av att "drabbas" av upplösning, beskriver en annan sig ge efter för hypnagoga hallucinationer där han iakttar sina drömlika associationer; medan en annan hur han överlåter sig till ett tillstånd fyllt av "skräck och fasa" för att söka efter patienten. De senare exemplen indikerar att terapeuten även kan utnyttja sin förlorade realitetsförankring som ett område att möta patienten inom. Vilket kan kopplas till Bollas text om motöverföring (2018), där han redogör för hur han i sitt inre upplåter ett utrymme för att "insjukna" i ett tillstånd motsvarande patientens; genom en mental klyvning menar han vidare att blir möjligt att behålla ett intakt observerande ego som kan utforska patientens inre värld med hjälp av de associationer som den insjuknade delen genererar.

Sammantaget förefaller terapikontexten kunna ge upphov till starkt skrämmande och omvälvande upplevelser. Informanternas delade uppfattning är samtidigt att rädslan måste

tolereras och inte undvikas för att kunna utforska det okända. För att bilda sig en rikare uppfattning av patientens situation tycks förmåga att stå ut med en temporär förlust av realitetsförankringen utgöra ett potentiellt användbart verktyg i behandlingen. I linje med tidigare litteratur (Bollas, 2018) och fallstudier (Rocco & Di Ravit, 2015, Saayman, 2017) är det möjligt att vidare anta att i en situation av kontaktlöshet, så kan ett eget psykotiskt tillstånd utgöra en form av neutralt mellanområde, där terapeuten kan möta patienten på dennes villkor, och etablera kontakt i ett gemensamt utforskande av dennes upplevelser.

Terapeutens längtan och behov av mening

Det framgår att trots de ofta våldsamma och förvirrande inslagen i det terapeutiska arbetet så återfinns också meningsfulla och berikande upplevelser. En av deltagarna beskrev exempelvis hur han finner det spännande att möta "hatet mot verkligheten" - någon som inte fogar sig efter samhällets normer och heller inte skrädder orden. Liknande fenomen har skildrats i tidigare forskning (Connolly & Cain, 2010; Laufer, 2010). I Laufers studie (2010) skildrades även hur terapeuternas vardag berikats av magiska eller mytiska kvalitéer. Vilket kan relateras till den känsla av spänning och fascination deltagarna erfar av att utforska patienters inre världar. En av dessa beskrev med särskilt passionerad inlevelse hur magiskt och fantastiskt detta kan vara, samt hur svårt hon hade att föreställa sig ett annat jobb som skulle kunna ge henne samma mening.

Samma informant menade att resan dit har blivit en drivkraft, och sig uppleva en stark tillfredställelse av att vara där och tillsammans med patienten skapa mening. På liknande vis beskrev Saayman (2017) en känsla av mening, tillit och ökad empati av att tillåtas tillträde till sin patients värld. Han fann denna upplevelse "addera värde" till terapin, ett värde som kom att utgöra motvikt till de andra påfrestande och skrämmande inslagen.

Enligt tidigare forskning (Connolly & Cain, 2010; Laufer, 2010) kan terapirelationen bidra till transformativa upplevelser – dels av nya perspektiv och känslan av att själv ha mognat genom patientens förbättring. I liknande ordalag förmedlade några informanter en upplevelse av att beröras på djupet av sina patients förbättringar. En beskrev detta som ett privilegium, en annan beskrev både glädje och upprymdhet i samband med en dramatisk vändpunkt, en upplevelse så exceptionellt att han efteråt inte kunde minnas vad som hänt.

Deltagarnas upplevelse av omnipotens och dess både positiva och potentiellt destruktiva konsekvenser stämmer väl överens med Connolly och Cains studie (2010). Vidare framkom att informanterna utvecklat en accepterande och förlåtande attityd mot såväl egna

som patienternas begränsningar. Vilket kan relateras till hur deltagarna i Laufers studie (2010) upplevde det positivt att ha utvecklat ödmjukhet och tolerans för egna tillkortakommanden.

Föreliggande studie inleddes med deltagarnas dragning till psykosområdet: ett tema av skräckblandad förtjusning. Tidigare litteratur har hävdat att det kan vara avskräckande att engagera sig terapeutiskt i området; vilket har härletts till risken att få sina egna försvar dekonstruerade, och behöva konfronteras med insikten om att vardagens realitet endast är en adaptiv illusion (Bollas, 2015; Karon, 1992). När den lidande söker hjälp finns både en fasa och längtan efter den verklighet som den nya relationen kan ge upphov till. Kanhända besitter terapeuter som söker sig till psykotiska världar särskild tolerans för negation av sin egen förnekelse. På samma sätt som de kan hjälpa patienten att tolerera sin förnekade psykiska realitet, är det möjligt att den nya relationen likaså kan hjälpa den terapeut som är villig att möta sina egna illusioner, att växa och mogna av en mening som endast återfinns i fantasin.

Studiens styrkor och svagheter

För att ge transparens åt analysprocessen har både likheter och skillnader redovisats genom att inkludera ett stort antal citat, och i linje med metodens ideografiska ansats går dessa att följa genom att kopplingen till respektive upphovsperson bevarats, men bakom ett fingerat namn. Då upptagningsområdet utgörs av ett relativt fåtal terapeuter med relevant erfarenhet, och risken för identifikation stor, har den enskildes ålder, bakgrund och nuvarande kontext inte redovisats. Avidentifiering har gjorts på bekostnad av transparenskriteriet (Yardley, 2000). Ett närmare engagemang med dessa ideografiska data hade kunnat berika förståelsen av studiens fynd.

De sex informanter som inkluderades hade minst två års erfarenhet av psykoterapi med psykotisk problematik, vilket matchar studiens syfte. Den sammanvägda erfarenhetsbasen hade ett relativt högt medeltal på cirka 25 år, vilket stärker studiens rigorositet (Yardley, 2000). Metodologin syftar till att utforska individuella upplevelser av det studerade fenomenet, varpå ett homogent urval eftersträvas (Smith et al., 2009). Skillnaderna i deltagarnas utbildningsbakgrund och erfarenhet begränsar visserligen homogeniteten, men belysta upplevelser var relativt jämnt fördelade mellan individerna. IPA eftersträvar som tidigare nämnt inte empirisk generaliserbarhet, men då fynden visade sig stämma väl överens med tidigare empirisk forskning och teoretisk litteratur, är det vidare möjligt att anta att föreliggande studies resultat är överförbara till liknande kontexter, och tillhandahåller god inblick i flera av de upplevelser som kan uppstå i psykoterapi med psykosjukdomar.

Studiens representativitet i förhållande till patientpopulationen måste också beaktas. Psykossjukdom är en generisk term för ett spektrum av diagnoser som går att urskilja utifrån ett psykiatriskt klassificeringssystem, vidare föreligger ofta komorbiditet. Intervjuguiden utformades med syfte att låta informanterna dela sina subjektiva upplevelser av terapi med den vidd av patienter som de möter i sitt arbete, varpå inga diagnosspecifika frågor konstruerades. Även om viss åtskillnad gjordes, så beskrev respondenterna sällan heller sina unika möten utifrån deskriptiva diagnoser. Att närmare undersöka diagnosrelaterade fenomen hade kunnat besvara mer specifika frågeställningar. Vad som även bör beaktas är hur studien riskerar att ge en snedvridet negativ bild av det terapeutiska arbetet. Studiens tonvikt på de mönster av utmaningar som kan uppstå, medför att resultatets skildringar också måste förstås utifrån en kontext av svårare och långvarig problematik, detta ger dock inte en rättvisande helhetsbild av terapeutens vardag.

Informanterna fick själva bestämma plats för intervjuförfarandet. Miljövariationen kan ha påverkat intervjun, men inga relaterade avvikelser beträffande materialets kvalitet och innehåll har noterats. För att begränsa inverkan av intervjuarens förförståelse konstruerades intervjuguiden med öppna och teoriobundna frågor.

Framtida forskning och praktiska implikationer

Föreliggande studie tillhandahåller värdefull insikt i hur terapeuter kan uppleva sina möten med psykotisk problematik. Ytterligare studier är dock efterfrågat för att den externa validiteten ska kunna prövas. Vidare behöver området utökas med forskning på upplevelser av terapi med nyinsjuknade i psykos.

Tålmod, varsamhet och respekt för patientens försvar verkar utgöra viktiga terapeutiska egenskaper för att vinna patientens tillit. Samtidigt framkommer framgångsrika interventioner där deltagarna riskerat alliansen, vilket resulterat i en positiv frigörelse för båda parter. Framtida forskning bör närmare undersöka faktorer som möjliggör att terapeuten på ett konstruktivt sätt kan utmana balansen och patientens föreställningar. Vidare kan terapeuter dra nytta av att inta en “diplomatisk hållning” där såväl patientens icke-psykotiska som psykotiska delars motstridiga behov adresseras och valideras (se: Conway & Ginkell, 2014).

Ytterligare ett område som vore intressant att utforska närmare är möjligheten att söka kontakt genom tillstånd av förlorad realitetsförankring. Som tidigare föreslaget kan ett delat “psykotiskt tillstånd” utgöra ett potentiellt användbart “mellanområde” där terapeuten blir mottaglig för överföringar från särskilt avskärmade patienter de tidigare inte kunnat nå.

Flera av informanterna nämner hur de terapeutiska kontakterna, inte minst i början av karriären, kunde orsaka såväl övertro som ett plågsamt ifrågasättande av deras förmågor och terapeutiska lämplighet. Studien ger ytterligare exempel på flera negativa reaktioner som förefaller återkommande i dessa terapikontakter. Som belyst av informanterna utgör externa forum (såsom kollegialt stöd, egenterapi och handledning) salutogena faktorer mot arbetets många påfrestningar. Följaktligen rekommenderas terapeuter, och framförallt nyblivna, att kontinuerligt nyttja dessa stöd för att få hjälp att begripliggöra sina reaktioner.

Vidare skildrades hur behandlingskontakterna bidragit till starkt positiva, meningsfulla och potentiellt transformativa upplevelser. Ytterligare forskning på dessa fenomen och ett framhävande av terapins positiva aspekter skulle vidare kunna få terapeuter som avskräckts av psykosområdets förknippade utmaningar att omvärdera sin syn.

Detta forskningsprojekt har situerats inom ett psykodynamiskt ramverk - såväl beträffande informanternas behandlingsmetod som de teoretiska antaganden som studiens fynd har tolkats utifrån. Argument har förts om att vårdpersonal inom psykiatri kan dra nytta av psykodynamiska koncept i kontakten med patienter med psykosproblematik (Hinshelwood, 2014; Martindale & Summers, 2013; Jackson, 2008). Ett perspektiv som även delas av NICE riktlinjer (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Det är därför tänkbart att vårdpersonal som inte arbetar utifrån psykodynamiska modeller kan ha användning av material från föreliggande studie för att förstå de interpersonella svårigheter och processer som kan uppstå i relationen till psykospatienter.

Konklusion

Terapeuters subjektiva upplevelser av att arbeta med psykosjukdomar är ett tämligen outforskat område. Föreliggande studie belyser flera förekommande fenomen i en sådan kontext. En central del utgörs av de utmaningar terapeuterna finner i kontakten med långvariga sjukdomstillstånd och särskilt avskärmade patienter, men ger även inblick i den mening, glädje och tillfredsställelse som återfinns i denna kliniska kontext.

Det som förefaller särskilt utmanande är att etablera en terapeutisk arbetsallians. Terapin kan under perioder präglas av såväl frånvaro av kommunikation och affektivt innehåll som osammanhängande och svårtydda ordströmmar, medförandes att terapeuten upplever sig utestängd och ensam, och reagera med trötthet och förvirring. Att kunna hårbärgera sin frustration och fortsätta bjuda in till en relation förefaller vara en nödvändig strategi i väntan på patientens erkännande av dem. Återkommande är också de fenomen relaterade till

patientens motstånd mot att utforska och problematisera sina psykotiska upplevelser. Terapeuten kan här finna sig fasthållen, kontrollerad och styrd, fråntagen sin autonomi och terapeutiska handlingsutrymme. Av dynamiken uppstår också stark rädsla för att tillfoga skada, med konsekvensen att terapeuten mer eller mindre medvetet undviker känsliga samtalsområden. Vad som förefaller särskilt utmanande i dessa lägen är att vinna patientens tillit, utan att vidimera de psykotiska föreställningarna. Dessa faser i terapin kan vara särskilt kritiska, då alliansen ibland måste riskeras för att parterna ska kunna röra sig framåt i behandlingen.

Terapeuten kan ges information om de tillstånd patienten själv inte kan tolerera genom att ta emot dennes överföringar. Att härbärgera materialet kan vara starkt påfrestande, och orsaka såväl kroppsliga reaktioner som rädsla, vanmakt, och paranoia. Särskilt intensiva är de situationer då terapeuterna själva drabbats av psykotiska upplevelser. Den beskrivna förlusten av realitetsprövning och uppluckrade jaggränser kan upplevas som både fasansfullt och fantastiskt; samtidigt framgår att tillståndet kan vara praktiskt användbart, då det skapar ett mellanområde där terapeuten kan nå patienten inom dennes upplevelsevärld. För att få hjälp att uthärda och förstå det som först verkar förvirrande, skrämmande och vansinnigt, framhålls vidare betydelsen av kollegialt stöd, handledning och egenerapi.

Föreliggande studie tillhandahåller värdefull insikt om flertalet av de fenomen som antas vara förekommande i psykoterapi med patienter med psykosproblematik, och kunskap om hur terapeuten kan använda sig av dem som en del av den terapeutiska processen. Belysta fenomen stämmer väl överens med litteraturen och tidigare forskning. Vad som förefaller särskilt framträdande i föreliggande studie är hur skildrade utmaningar och svårigheter i sig inte verkar upplevas som kontraproduktiva för terapin – snarare något som går att begripliggöra och använda sig av.

Referenser

- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5. uppl.) Arlington: American Psychiatric Association.
- Alanen, Y. O. (1997). Vulnerability to schizophrenia and psychotherapeutic treatment of schizophrenic patients: towards an integrated view. *Psychiatry*, 60(2), 142-157. doi:10.1080/00332747.1997.11024794
- Bergstein, A. (2015). Attacks on linking or a drive to communicate? Tolerating the paradox. *The Psychoanalytic Quarterly*, 84(4), 921-942. doi:10.1002/psaq.12043
- Bion, W. R. (2001). *Eftertankar: psykoanalytiska studier* (E. Jakobsson, Övers.). Stockholm: Natur och kultur. (Originalarbete publicerat 1967).
- Bion, W. R. (2001). Anteckningar kring schizofreniteorin. I *Eftertankar: psykoanalytiska studier* (E. Jakobsson, Övers.) (ss. 34-47). Stockholm: Natur och kultur. (Originalarbete publicerat 1954).
- Bion, W. R. (2001). Differentieringen mellan psykotiska och icke-psykotiska personligheter. I *Eftertankar: psykoanalytiska studier*. (E. Jakobsson, Övers.) (ss. 56-79). Stockholm: Natur och kultur. (Originalarbete publicerat 1957).
- Bion, W. R. (2001). Angrepp på sammanlänkning. I *Eftertankar: psykoanalytiska studier*. (E. Jakobsson, Övers.) (ss. 111-129). Stockholm: Natur och kultur. (Originalarbete publicerat 1959).
- Bollas, C. (2015). *When the sun bursts: the enigma of schizophrenia*. New Haven: Yale University Press.
- Bollas, C. (2018). *The shadow of the object: psychoanalysis of the unthought known*. London: Routledge.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2005). Confronting the ethics of qualitative research. *Journal of Constructivist Psychology*, 18(2), 157-181. doi:10.1080/10720530590914789
- Cain, W. (2009). *Psychotherapists' perceptions of countertransference in working with psychotic patients* (Masteruppsats), University of the Witwatersrand, Department of Psychology. Hämtad från <http://hdl.handle.net/10539/9236>
- Cardno, A. G., Marshall, E. J., Coid, B., Macdonald, A. M., Ribchester, T. R., Davies, N. J., ... Murray, R. M. (1999). Heritability estimates for psychotic disorders - the maudslay

- twin psychosis series. *Archives of General Psychiatry*, 56(2), 162-168.
doi:10.1001/archpsyc.56.2.162
- Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., ... Whiteford, H. A. (2018). Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1195–1203. doi:10.1093/schbul/sby058
- Connoly, P. & Cain, W. (2010) Exploring positive countertransference in psychotherapy with psychotic patients. *Psycho-Analytic Psychotherapy in South Africa*, 18(2) 1-31. Hämtad från <https://www.ppsajournal.co.za/>
- Conway, P. & Ginkell, A. (2014) Engaging with psychosis: a psychodynamic developmental approach to social dysfunction and withdrawal in psychosis, *Psychosis*, 6(4), 313-326. doi:10.1080/17522439.2014.968857
- Cullberg, J. (2004). *Psykosser - ett integrerat perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur
- De Masi, F. (2006). Psychotic withdrawal and the overthrow of psychic reality, *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(3), 789-807, doi:10.1516/865KXVCK-08BE-YLCC
- Garfield, D. A. (2001). The use of vitality affects in the coalescence of self in psychosis. I A. Goldberg (Red.), *The Narcissistic Patient Revisited: Progress in Self Psychology Vol. 17* (ss. 113-128). Hämtad från <https://www.pep-web.org/>
- Garfield, D. A. (2009). *Unbearable affect: A guide to the psychotherapy of psychosis*. London: Karnac Books.
- Gottdiener, W. H. (2006). Individual psychodynamic psychotherapy of schizophrenia: empirical evidence for the practicing clinician. *Psychoanalytic Psychology*, 23(3), 583-589. doi:10.1037/0736-9735.23.3.583
- Grace, A. A. (2012). Dopamine system dysregulation by the hippocampus: implications for the pathophysiology and treatment of schizophrenia. *Neuropharmacology*, 62(3), 1342-1348. doi:10.1016/j.neuropharm.2011.05.011
- Harder, S., Koester, A., Valbak, K. & Rosenbaum, B. (2014). Five-year follow-up of supportive psychodynamic psychotherapy in first-episode psychosis: long-term outcome in social functioning. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 77(2), 155-168. doi:10.1521/psyc.2014.77.2.155

- Harder, S. & Rosenbaum, B. (2015). Psychosis. I P. Luyten, L., C. Mayes, P., Fonagy, M. Target, & S. J. Blatt (Red.), *Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology* (ss. 259-286). New York, NY: The Guilford Press.
- Harrison, P. J. & Weinberger, D. R. (2005). Schizophrenia genes, gene expression, and neuropathology: on the matter of their convergence. *Molecular Psychiatry*, *10*(1), 40-68. doi:10.1038/sj.mp.4001558
- Hinshelwood, R. D. (2014) Whose suffering? – Carers and curers, *Psychosis*, *6*(4), 278-287. doi:10.1080/17522439.2014.970223
- Howes, O. D., Mccutcheon, R., Owen, M. J. & Murray, R. M. (2017). The role of genes, stress, and dopamine in the development of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, *81*(1), 9-20. doi:10.1016/j.biopsych.2016.07.014
- Horowitz, R. (2002). Psychotherapy and schizophrenia: the mirror of countertransference. *Clinical Social Work Journal*, *30*(3), 235-244. doi:10.1023/A:1016041330728
- Horowitz, R. (2008). Hope and expectation in the psychotherapy of the long-term mentally ill. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *72*(4), 237–258. doi:10.1521/bumc.2008.72.4.237
- Horowitz, R. (2011). The contours of identity: relational dynamics in the psychotherapy of long-term mental illness. *Clinical Social Work Journal*, *40*(1), 95-105. doi:10.1007/s10615-011-0332-7
- ISPS Sverige (2015). *Att förstå psykos och schizofreni: varför människor ibland hör röster, har föreställningar som andra tycker är underliga eller inte verkar ha kontakt med verkligheten och vad man kan göra åt det*. Ludvika: ISPS Sverige.
- Jaaskelainen, E., Juola, P., Hirvonen, N., Mcgrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., ... Miettunen, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *39*(6), 1296–1306. doi: 10.1093/schbul/sbs130
- Jackson, M. (2008). A psycho-analytical approach to the assessment of a psychotic patient. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *22*(1), 31-42. doi:10.1080/02668730801962755
- Jarbin, H. & Msghina, M. (2018). Psykoser. I *Läkemedelsboken*. Hämtat 29 april, 2020, från <https://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/psykoser.html>
- Johns, L. C. & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, *21*(8), 1125-1141. doi:10.1016/s0272-7358(01)00103-9

- Jägerstedt, R. & Persson, M. (2017) Verklighet eller dröm - en fenomenologisk studie av psykologers upplevelser i psykoterapi vid psykos (Examensuppsats), Lunds Universitet, Institutionen för psykologi. Hämtad från <https://lup.lub.lu.se/student-papers/search/>
- Karon, B. P. (1992). The fear of understanding schizophrenia. *Psychoanalytic Psychology*, 9(2), 191-211. doi:10.1037/h0079355
- Kernberg, O.F. (1995). *Svåra personlighetsstörningar: psykoterapeutiska strategier*. (2. utg.) Stockholm: Natur och kultur.
- Klein M. (1996). Notes on some schizoid mechanisms. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(2), 160–179. Hämtad från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>
- Knafo, D. (2016). Going blind to See: the psychoanalytic treatment of trauma, regression and psychosis. *American Journal of Psychotherapy*, 70(1), 79-100. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2016.70.1.79
- Kongara, S., Douglas, C., Martindale, B. & Summers, A. (2017). Individual psychodynamic therapy for psychosis: a delphi study. *Psychosis*, 9(3), 216-224. doi:10.1080/17522439.2017.1300185
- Küchenhoff, J. (2018). *Understanding psychosis: a psychoanalytic approach*. New York: Routledge.
- Lacan, J. (2015). *Transference: the seminar of Jacques Lacan book VIII* (B. Fink, Övers.). Malden, MA: Polity.
- Lardinois, M., Lataster, T., Mengelers, R., van Os, J. & Myin-Germeys, I. (2011). Childhood trauma and increased stress sensitivity in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(1), 28-35. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01594.x
- Laufer, B. (2010). Beyond countertransference: therapists' experiences in clinical relationships with patients diagnosed with schizophrenia. *Psychosis*, 2(2), 163-172. doi:10.1080/17522430902736893
- Lombardi, R. (2017). *Body-mind dissociation in psychoanalysis: development after Bion*. London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Martindale, B. & Summers, A. (2013). The psychodynamics of psychosis. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(2), 124-131. doi:10.1192/apt.bp.111.009126
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford Press.

- Myin-Germeys, I. & van Os, J. (2007). Stress-reactivity in psychosis: evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 409-424. doi:10.1016/j.cpr.2006.09.005
- Mørkved, N., Endsjø, M., Winje, D., Johnsen, E., Dovran, A., Arefjord, K., . . . Løberg, E. M. (2016). Childhood trauma in schizophrenia spectrum disorder as compared to other mental health disorders. *Psychosis*, 9(1), 48-56. doi:10.1080/17522439.2016.1201135
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guidelines*. Hämtat, 20 mars, 2020 från <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- Nyman, H. & Bartfai, A. (2014). *Klinisk neuropsykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Ogden, T. H. (1980). On the nature of the schizophrenic conflict. *The International Journal of Psychoanalysis*, 61(4), 513-533. Hämtad från <https://www.pep-web.org/>
- Ogden, T. H. (1987). *Projektiv identifikation och psykoterapeutisk teknik* (M. Edgardh, Övers.). Stockholm: Natur och kultur. (Originalarbete publicerat 1982).
- Peciccia, M. (2017). *The development of psychodynamic models of understanding psychosis over the last century*. Hämtat 22 mars, 2020, från <http://www.isps.org/index.php/item/547-the-development-of-psychodynamic-models>
- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K. & Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1785-1804. doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1785
- Ponterotto, J. G. (2006). Brief note on the origins, evolution, and meaning of the qualitative research concept "thick description". *The Qualitative Report*, 11(3), 538-549. Hämtad från <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol11/iss3/6>
- Read, J., Os, J., Morrison, A. P. & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x
- Rocco, V. D. & Ravit, M. (2015). 'WITH PSYCHOSIS IN MIND' – the reverberations of the psychotic encounter. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 29(1), 57-69. doi:10.1080/02668734.2015.1004189

- Rosenbaum, B. (2015). Psychodynamic psychotherapy for persons in states of psychosis: some research perspectives. *British Journal of Psychotherapy*, 31(4), 476-491. doi:10.1111/bjp.12187
- Rosenbaum, B. & Harder, S. (2007). Psychosis and the dynamics of the psychotherapy process. *International Review of Psychiatry*, 19(1), 13–23. doi:10.1080/09540260601080854
- Rosenbaum, B., Harder, S., Knudsen, P., Køster, A., Lindhardt, A., Lajer, M., . . . Winther, G. (2012). Supportive psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for first-episode psychosis: two-year outcome. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 75(4), 331-341. doi:10.1521/psyc.2012.75.4.331
- Rossiter, A., Byrne, F., Wota, A. P., Nisar, Z., Ofuafor, T., Murray, I., . . . Hallahan, B. (2015). Childhood trauma levels in individuals attending adult mental health services: an evaluation of clinical records and structured measurement of childhood trauma. *Child Abuse & Neglect*, 44, 36-45. doi:10.1016/j.chiabu.2015.01.001
- Saayman, N. (2017). Flying blind in the psychotic storm. *Psychoanalytic Psychotherapy in South Africa*, 25(1), 1–33. Hämtad från <https://www.ppsajournal.co.za/>
- Saayman, N. (2018). Psychoanalytic psychotherapists' experiences of disturbance in response to working with psychosis. *Psychosis*, 10(4), 329-339. doi:10.1080/17522439.2018.1534879
- Saayman, N. (2020). Psychotherapists' experiences of withdrawn psychotic patients. *Psychosis*, 12(1), 79-88, doi: 10.1080/17522439.2019.1673804
- Schwannauer, M. (2013). Attachment, mentalisation and reflective functioning in psychosis. I A. Gumley, A. Gillham, K. Taylor, & M. Schwannauer (Red.), *Psychosis and emotion: the role of emotions in understanding psychosis, therapy, and recovery* (ss. 68-83). London: Routledge.
- Searles, H. F. (2004). *Samlade skrifter om schizofreni* (I. Raattamaa, Övers.). Ludvika: Dualis. (Originalarbete publicerat 1965).
- Searles, H. F. (2004). Strävan att driva den andre till galenskap - ett inslag i etiologin och i psykoterapin vid schizofreni. I *Samlade skrifter om schizofreni* (I. Raattamaa, Övers.) (ss. 211-234). Ludvika: Dualis. (Originalarbete publicerat 1959).

- Segal, H. (1957). Notes on symbol formation. *International Journal of Psychoanalysis*, 38, 391-397 Hämtad från <https://pdfs.semanticscholar.org/b1a4/f6677237bba44a5b8900459e027c9c135df1.pdf>
- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los Angeles: Sage.
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2018: stöd för styrning och ledning*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/publicerade-riktlinjer/schizofreni/>
- Stolorow, R. D. (2013). Intersubjective-systems theory: a phenomenological-contextualist psychoanalytic perspective. *Psychoanalytic Dialogues*, 23(4), 383–389. doi:10.1080/10481885.2013.810486
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., . . . Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671. doi:10.1093/schbul/sbs050
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer*. Hämtad från https://gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf
- Walker, E. & Tessner, K. (2008). Schizophrenia. *Perspectives on Psychological Science*, 3(1), 30-37. doi:10.1111/j.1745-6916.2008.00059.x
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. (3. uppl.) Maidenhead: McGraw Hill Education, Open University Press.
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health*, 15(2), 215-228. doi:10.1080/08870440008400302
- Öst, L. (2015). *KBT inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och kultur.

Bilaga

Intervjuguide

* kursiva frågor = möjliga följdfrågor

Min förförståelse är att terapi med psykospatienter skiljer sig åt från andra patientgrupper, inte bara i val av interventioner, utan även hur du som terapeut påverkas.

Efter inledande frågor om din bakgrund, kommer jag att ställa frågor som handlar om dina erfarenheter av att behandla patienter med psykos. Jag vill uppmuntra dig att utgå från specifika patientkontakter, och att du beskriver *din* unika subjektiva upplevelse, istället för att använda teoretiska begrepp och modeller.

Du är fri att hoppa över frågor du inte vill besvara.

Kan du redan nu komma på något som du inte vill att jag ska ta upp i den här intervjun?

1. Kan du berätta kort om dig – ålder, utbildning du har och hur länge du har arbetat med psykos? *Hur brukar du arbeta och vilka diagnoskategorier du möter?*
2. Vad fick dig att intressera dig för psykos? *Tror du att det finns något särskilt som kännetecknar terapeuter som söker sig till detta område?*
3. Upplever du terapi med psykospatienter annorlunda än med andra patienter? *Hur då?*

I det följande skulle jag önska att du utgår från specifika patientkontakter och händelser.

4. Kan du minnas något tillfälle då det var svårt att prata med patienten om dennes problematik? *Eller på ett sätt som gjorde att patienten mådde sämre? Hur påverkade det dig? Dilemman?*
5. Kan du berätta om en brytpunkt som gjorde att du kände dig mer fri att prata med din patient om dennes upplevelser? *Hur blev det för dig?*
6. Kan du berätta om någon terapirelation som påverkat dig extra mycket? Positivt som negativt.
7. Kan du minnas någon situation då du reagerat särskilt starkt? *Hur hanterade du det?*
8. Har du upplevt någon situation där ditt eget mående påverkat din patient?
9. Har du upplevt att ditt arbete med psykotiska patienter har förändrat sättet som du känner eller tänker om dig själv? *På vilka sätt?*
10. Har erfarenheterna av dina möten påverkat dina relationer med andra människor? *Partner, familj, vänner, kollegor?*
11. Något annat du vill tillägga?