



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoterapeutprogrammet*

## **Längtan efter läkande: Omedveten terapeutisk allians i ISTDP**

**Helena Johansson**

Psykoterapeutexamensuppsats. 2024

Handledare: Robert Johansson

Examinator: Håkan Johansson

### **Abstract**

Scoping review was used to review and analyze ten articles concerning the phenomenon of the unconscious therapeutic alliance (UTA) within the psychodynamic treatment method ISTDP (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy). The questions presented and investigated were: How is the unconscious alliance mobilized in ISTDP? What are signs in the therapy room of unconscious therapeutic alliance? How is the unconscious therapeutic alliance between patient and therapist used? Results that emerged showed that the UTA is mobilized through the therapist's active pressure on the patient's resistance together with a focus on the patient's emotional reactions in relation to the therapist, the so-called transference. Signs of the UTA can appear from low to high depending on the low to high degree of mobilization of the patient's unconscious, and it appeared that the therapist can use the UTA to generate more substance from the unconscious and thus contribute to the initiation of healing processes in the patient. The conclusions drawn were that the UTA, which can be seen as the patient's inner healing force, is activated and mobilized from low to high in the patient together with, and dependent on, the therapist's active stance against the patient's resistance.

*Keywords:* intensive short-term dynamic psychotherapy, unconscious therapeutic alliance, unlocking the unconscious

## **Sammanfattning**

Scoping review användes för att granskas och analysera tio artiklar rörande fenomenet den omedvetna terapeutiska alliansen (UTA) inom den psykodynamiska behandlingsmetoden ISTDP (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy). De frågeställningar som presenterades och undersöktes var: Hur mobiliseras den omedvetna alliansen i ISTDP? Vilka tecken finns i terapirummet på omedveten terapeutisk allians? Hur används den omedvetna terapeutiska alliansen mellan patient och terapeut? Resultat som framkom visade att UTA mobiliseras genom terapeutens aktiva press på patientens motstånd tillsammans med fokus på patientens känslomässiga reaktioner i relation till terapeuten, den så kallade överföringen. Tecken på den UTA kan visa sig från låg till hög grad beroende på låg till hög grad av mobilisering av patientens omedvetna, och det framgick att terapeuten kan använda UTA för att skapa mer innehåll från det omedvetna och på så sätt bidra till att läkandeprocesser sätts igång hos patienten. De slutsatser som drogs var att UTA, som är patientens inre läkande kraft, aktiveras och mobiliseras från låg till hög grad hos patienten tillsammans med, och beroende av, terapeutens aktiva hållning mot patientens motstånd.

*Nyckelord:* intensive short-term dynamic psychotherapy, unconscious therapeutic alliance, unlocking the unconscious

**Tack!**

Tack till Robert, min handledare, för obehaglig, ihållande press och inbjudan till mobilisering av lärande.

## Innehållsförteckning

<b>Längtan efter läkande: Omedveten terapeutisk allians i ISTDP</b> .....	1
Psykoanalytisk teori.....	1
Omedveten terapeutisk allians i ISTDP.....	3
Ångest/försvar/motstånd och överföring i ISTDP.....	5
Unlocking of the unconscious i ISTDP.....	7
<b>Metod</b> .....	7
Introduktion till vald metod.....	7
Urval.....	8
Tabell 1.....	9
Bearbetning av data.....	11
Kvalitetsgranskning.....	12
Forskningsetiska principer.....	12
Kunskapsanspråk.....	12
Förförståelse.....	12
Syfte.....	13
<b>Resultat</b> .....	13
Frågeställning 1.....	14
Frågeställning 2.....	17
Frågeställning 3.....	19
Resultat av kvalitetsgranskning.....	22
Tabell 2.....	22
Tabell 3.....	23
<b>Diskussion</b> .....	23
Resultatdiskussion.....	23
Metoddiskussion.....	27
Slutsatser och kliniska implikationer.....	27
Framtida forskning.....	28
<b>Referenser</b> .....	29

## **Längtan efter läkande: Omedveten terapeutisk allians i ISTDP**

Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) är en psykologisk behandlingsmetod med ett växande forskningsstöd som har visat lovande resultat i behandling av ett brett spektrum av psykiska störningar (Abbass & Town, 2021). De senaste 10-15 åren finns ett ökat intresse för ISTDP bland terapeuter i Sverige och behandlingsformen har blivit populär i Sverige och internationellt (Svenska Föreningen för ISTDP, 2024). Inom ISTDP betonas den omedvetna terapeutiska alliansen som en central komponent och anses avgörande för att uppnå genomgripande förändringar. Inom ISTDP lärs det ut att observera förändringar av den omedvetna terapeutiska alliansen i terapirummet och att använda den kliniskt. Det finns många frågetecken om vad omedveten terapeutisk allians faktiskt är och hur det påverkar terapiprocessen. Denna uppsats utforskar den omedvetna terapeutiska alliansen genom granskning av tio artiklar som alla fokuserar på olika aspekter av omedveten terapeutisk allians och dess inverkan på behandlingsutfall.

### **Psykoanalytisk teori**

Ett centralt begrepp inom den psykodynamiska teorin är det omedvetna och denna översikt ämnar bidra till större förståelse för hur det omedvetna kan synliggöras i terapirummet samt användas. Det omedvetna har en central roll i psykodynamisk terapi och denna uppsats syftar till att bidra med översikt kring hur det omedvetna kan avtäckas, uppmärksammas och användas.

Freud, som var den förste att peka ut omedvetna aspekter av psyket, använde fri association för att möjliggöra för patienten att få tillgång till smärtsamma minnen och känslor som trängts bort från det medvetna (Milton et al., 2004). Psykoanalytisk teori grundar sig i att minnen och känslor från tidiga svåra livshändelser, tillsammans med smärtsamma fantasier, trängs bort från det medvetna på så sätt att vi inte kan komma i kontakt med dem hur vi än anstränger oss. Dock fortsätter ändå dessa händelser och känslor styra våra liv, påverka val vi gör och kan ge exempelvis fysiska symtom. Det finns en mängd fenomen som av olika skäl inte är tillgängliga för medvetandet, oftast för att de är förenade med psykisk smärta, och därför behöver vi arbeta med omedvetna processer på annat sätt än genom minnet (Sigrell, 2000). Genom fri association och hypnos märkte Freud att patienten omedvetet gav uttryck för det som trängts bort från medvetandet och han använde tolkningar för skapa meningsfullt innehåll av det patienten fritt associerat kring. Det var ett sätt att medvetandegöra bortträngda

minnen, fantasier, känslor och att bearbeta dessa. I samband med detta, då Freud försökte närma sig patientens omedvetna, visade det sig att patienten inte ville medverka i en sådan process. Freud märkte att det fanns motstridiga drivkrafter hos en patient, en drivkraft att närma sig det outhärdliga och en drivkraft att försvara sig mot och fortsätta hålla undan det outhärdliga och smärtsamma. Detta kom Freud att kalla motstånd, vilket är en grundläggande princip om det mänskliga psyket i psykoanalytisk teori (Della Selva, 2004).

Motstånd är omedvetet och patienten är således inte medveten om på vilket sätt motståndet manifesterar sig. Det kan exempelvis vara genom försvar av att bli vag, hjälplös, att älta, tänka eller bete sig på ett sätt som sätter upp en mur mellan patient och terapeut (Rosenberg, 1987). Motståndet kom att vara i vägen för bearbetning av det bortträngda, vilket innebar ett tidskrävande och intensivt arbete. Hos patienten sker en omedveten kompromiss mellan önskningar och försvar och då Freud arbetade med att göra patientens omedvetna material tillgängligt genom fri association och tolkningar av associationerna kom patienten att ha reaktioner mot honom som inte enbart kunde härledas till honom utan till andra viktiga personer i patientens liv. Patienten reagerar på terapeuten som om denne var en person från den egna livshistorien (Sigrell, 2000). Känslor, attityder och förväntningar som en gång riktades mot betydelsefulla personer i barndomen överförs nu i den terapeutiska relationen, på omedveten nivå. Överföringen blev ett viktigt verktyg för förståelse av patientens inre konflikt. Freud såg på överföring som en kraftfull del av patientens motstånd, en iscensättning som stoppade den fria associationen och snarare än att ha och uppleva känslomässiga reaktioner mot personer i dåtid överfördes dessa känslor på terapeuten. Freud använde tolkning som intervention för att sätta ljus på detta (Rosenberg, 1987). Eftersom överföringen i terapirummet upprepade de mest betydelsefulla relationerna till personer under uppväxten var det en viktig källa till information. Men överföringen syftar också till att ersätta medvetandet, minnet och förståelsen med en omedveten upprepning och därmed skapa en illusorisk och inte verklig relation och kan på så sätt bli, om det inte adresseras, motstånd mot att komma vidare i den terapeutiska processen (Sigrell, 2000). Detta är en kärnpunkt i psykoanalytisk teori då arbete med känslor i överföringen kan innebära att en patient kan bearbeta tidigare traumatiska relationella upplevelser direkt i den terapeutiska relationen (Milton et al., 2004). Om detta lyckas kan patienten äga sin historia, på ett nytt sätt (Sigrell, 2000).

Traditionell psykoanalys samt ISTDP, formulerad av psykoanalytikern och psykiatern Habib Davanloo på 1970-talet, delar nästan samma teoretiska utgångspunkter och terapeutiska mål. De delar vikten av motstånd och överföring som teoretiska begrepp och arbetsområde samt samma synsätt att bota symtom och lidande genom att eliminera rotorsaker. ISTDP bygger på principen att psykologiskt motstånd tjänar som en central mekanism i att upprätthålla psykologiskt lidande och att övervinna detta motstånd är avgörande för terapeutisk framgång. Enligt denna modell är det genom att direkt konfrontera och bearbeta det omedvetna motståndet som patienten kan uppnå insikt och läkning. ISTDP-terapeuten arbetar aktivt för att identifiera och utmana patientens försvarsmekanismer, vilket ofta leder till en intensifiering av ångest och emotionell upplevelse, men också till möjligheten för genomgripande förändringar i patientens emotionella och kognitiva funktioner. Denna intensifiering anses vara en nödvändig del av terapiprocessen inom ISTDP, då den ger patienten möjlighet att erfara och bearbeta tidigare undvikna eller förnekade emotionella tillstånd. Genom denna direkta konfrontation, det emotionella innehållet, tillsammans med terapeutens stöd och vägledning, uppmuntras patienten att utveckla nya förståelser och insikter om sina känslomässiga reaktioner och beteendemönster.

### **Omedveten terapeutisk allians i ISTDP**

Motstånd följs åt av en annan kraft som Davanloo (1995) identifierat som den omedvetna terapeutiska alliansen, på engelska unconscious therapeutic alliance med förkortning UTA. Förkortningen UTA kommer hädanefter användas i denna uppsats. Det finns skillnader i hur UTA definieras i litteraturen, vilket kan skapa förvirring och frågetecken, där frågeställningar för denna uppsats uppkommit.

UTA beskrivs både som ett mellanmänniskt fenomen och som en inneboende existerande kraft i individen. UTA är den kraft som fick patienten att söka sig till terapi och söka läkning (Abbass, 2015). Den metapsykologi Davanloo utvecklat är en terapeutisk teknik kring att utmana och stödja patienten i att uppleva konfliktfyllda omedvetna känslor och att i ett nära samarbete med terapeuten bearbeta dessa (Davanloo, 1995). Patientens motstånd, eller destruktiva system, är i konflikt med UTA och i ISTDP hjälper terapeuten patienten att förflytta sig från en position där det destruktiva systemet är dominerande till en position där en mer konstruktiv del/UTA är dominerande. Davanloo märkte att då han systematiskt arbetade med motstånd hos patienter med högt motstånd mobiliserades det omedvetna. Detta



observerade han genom att patienten upplevde, tidigare omedvetna, visuella bilder i form av anknytningspersoner eller andra störande bilder då han systematiskt arbetade med patientens motstånd. Detta upptäcktes vara en manifestation av dynamiska krafter inom patienten som arbetar med att bringa fram omedvetna känslor, impulser och minnen till det medvetna för att bli läkta. Denna kraft kallade Davanloo för UTA eftersom den inte fungerar medvetet eller frivilligt utan opererar annorlunda än medvetna komponenter av den terapeutiska alliansen (Abbass, 2015).

UTA är en intuitiv och omedelbar egenskap i alla människor. De allra flesta som söker sig till terapi har en önskan om att läka och knyta an tryggt vilket förstås som ett grundläggande mänskligt behov, och det precisa arbetet ögonblick för ögonblick som ISTDP erbjuder, tillsammans med att patienten och terapeuten är närvarande i den terapeutiska relationen, väcker denna infantila längtan. Patienten vet att det är en unik möjlighet att reparera en del av sig själv som blev sårad för längesen (Ten Have-De Labije et al., 2012). UTA är en inneboende drivkraft med önskan om läkning och strävan efter det som är sant, vilket utforskas tillsammans med andra. Terapeutens egen UTA får här en betydelse och Abbass (2015) skriver att en ärlig och omhändertagande terapeut kan aktivera UTA och Kuhn (2014) skriver att terapeutens egen UTA kan frambringa material som kan ha stor terapeutisk betydelse och bör inte ignoreras. Ett mål i ISTDP är att stärka UTA så att patienten kan komma i kontakt med omedvetna processer och få uppleva sina känslor och bearbeta dessa. UTA:s strävan är att föra fram omedvetna känslor och impulser till det medvetna för att bli bearbetade och läkta för att på så sätt våga vara känslomässigt nära sig själv och andra och finna ett meningsfullt liv. Alliansen, medveten och omedveten, är det starkaste vapnet terapeuten har mot patientens motstånd och gör hela arbetsprocessen klarare. UTA är åtskild från medveten allians eftersom medveten allians är beroende av patientens intellektuella nyfikenhet på sig själv och medvetna positiva känslor gentemot terapeuten (Della Selva, 2004).

UTA och motstånd är krafter som existerar i omvänd proportion till varandra (Davanloo, 1995). UTA mobiliseras när motståndet får vila och UTA är inte alls, eller lågt aktiverat när motståndet är högt. När patientens inre läkande kraft, UTA, mobiliseras kommer detta att möjliggöra att patienten får tillgång till tidigare bortträngda känslor och minnen och bidra med information genom visuella bilder av tidigare trauman samt anknytningspersoner och med länkar från nu till då. Detta kommer bidra till att terapeuten och patienten förstår

källan till patientens problematik. Denna process kallas 'unlocking of the unconscious', eller upplåsning av det omedvetna som jag kommer använda mig av framöver. (Della Selva, 2004).

ISTDP syftar till att snabbt åstadkomma betydelsefulla och varaktiga förändringar i patientens psykologiska välbefinnande. Ett unikt drag hos ISTDP är dess fokus på utvecklingen av en djup och intensiv terapeutisk relation, där terapeuten aktivt använder denna relation för att hjälpa patienten att konfrontera och bearbeta tidigare undvikna känslomässiga upplevelser. I denna process är UTA av central betydelse, då det representerar en omedveten överenskommelse mellan patient och terapeut om att arbeta tillsammans mot patientens läkning. Detta innebär en unik dynamik där patientens motstånd och försvarsmekanismer uppmärksammas och hanteras direkt i terapin.

### **Ångest, försvar/motstånd och överföring i ISTDP**

I ISTDP sker ett radikalt annorlunda närmande av patientens motstånd, nämligen genom terapeutens aktiva utmaning och press på motståndet till det utmattas. Davanloos utveckling av ISTDP är en strävan efter att förtydliga och effektivisera det psykoanalytiska arbetet med motstånd och överföringsprocesser. Ett mer aktivt sätt att arbeta med detta presenterades. Davanloo menar att då det uppstår avbrott i det kärleksfulla bandet mellan barnet och vårdnadshavare/förälder reagerar barnet med sadistiskt mordiskt raseri. (Davanloo, 1995). Då rupturer likt dessa uppstår och inte genomarbetas mellan förälder/vårdnadshavare och barn leder det till skuld och sorg, och till straffande sadistiska reaktioner från överjaget, mot barnets jag (Frederickson, 2013). Om barnet inte kan processa sina smärtsamma upplevelser tillsammans med förälder/vårdnadshavare kommer barnet undvika sina känslor samt relationer som triggar dessa och bli rädd för att vara nära sina känslor eller människor som triggar dem. Barnet kommer att behöva förlita sig på sina försvar och få ångest av att närma sig sina känslor eller relationer som triggar dem. Minnen, känslor och skuld trängs bort till det omedvetna för att skydda barnet från att bli överväldigad av känslor och impulser (Ten Have-De Labije et al., 2012). De flesta patienter som söker terapi har blivit sårade i tidigare relationer och lärt sig att närhet leder till smärta. Patienten kommer å ena sidan till en terapi med omedvetna försvar mot att närma sig omedvetna, obearbetade känslor och minnen och, å andra sidan, med hopp och önskan.

Eftersom smärtsamma inre upplevelser är bortträngda från det medvetna är patientens inre konflikt omedveten och patienten kan då inte bli ett med sin känslomässiga sanning

(Frederickson, 2013). Vi kan undvika våra känslor och den ångest de väcker genom försvar, vilka i sin tur kan skapa symtom och lidande. Komplexa känslor av smärta, kärlek, ilska, längtan och skuld över ilskan blir begraven och patienten kommer att vara rädd för att närma sig sina känslor och för att vara nära människor som triggar dem. Dessa komplexa känslor är således relaterade till anknytningstraumat och kommer mobiliseras i patientens nuvarande relationer och specifikt i den terapeutiska relationen eftersom terapeuten bryr sig om patienten och patienten sökt sig till terapeuten med hopp och önskan om hjälp med relationella och känslomässiga problem (Abbass, 2015).

Motstånd, som i ISTDP definieras utifrån lågt, måttligt och högt motstånd är fundamentalt i ISTDP. Motståndet kan definieras som patientens användande av försvar i en terapeutisk situation, men motståndsbegreppet sträcker sig längre än så med ett omfång från det specifika fokuset på patientens försvar i en session till helheten av patientens självförstörande system. I ISTDP identifieras tre primära motståndslägen: motstånd mot att känna känslor, motstånd mot känslomässig närhet och överjagsmotstånd. Lågresistenta patienter försvarar sig huvudsakligen mot upplevande av känslor och för sköra patienter eller patienter med högt motstånd spelar de andra två motståndslägena en större roll. En av de vanligaste metaforerna i ISTDP är att motståndet bildar en mur, en mur mellan patienten och dess känslor och/eller en mur mellan patient och terapeut. Defensivt agerande stör medvetenheten om känslor, självomsorg och engagemang i nära mänskliga relationer, inklusive relationen till terapeuten. Syftet i ISTDP är att föra in motståndet i rummet, eller som Davanloo skriver, att 'tilta' in patientens karaktärsförsvar i överföringen (Kuhn, 2014). Detta görs genom systematisk press och utmaning av motståndet, ögonblick för ögonblick, i samtal med patienten. Då patienten blir medveten om sitt motstånd och då patientens bjuds in till att uppleva sina känslor kommer detta generera ångest och för att undvika smärta och inre hot försvarar sig patienten (Abbass, 2015). Det systematiska utmanandet, klarifieringen och pressen på patienten motstånd, tillsammans med att uppmärksamma patientens ångestnivåer, pågår till patientens försvar är uttröttande och redo att ges upp. Patienten utvecklar känslor gentemot terapeuten då terapeuten närmar sig patienten, vilka är känslor som ofta är överförda från någon i patientens historia, därmed termen överföring (Malan, 1995).

## **Unlocking of the unconscious i ISTDP**

När patientens motstånd klarifierats och utmanats och ångesten detta väckt har reglerats byggs ett tryck av känslor upp inom patienten och patienten kan uppleva sina känslor utan motstånd i relation till terapeuten eller till annan viktig person i patientens nutid som det dyker omedvetna impulser och fantasier till. I ISTDP kallas denna process för mobilisering av överföringskänslor (Kuhn, 2014). Då exempelvis ilska uppenbarar sig kommer patienten få en omedveten impuls att att ha ihjäl personen som ilskan riktas mot. Terapeuten uppmuntrar patienten att visualisera fantasin när hon känner ilskan fysiologiskt och kognitivt samt impulsen av ilskan (Abbass, 2015). När patienten visualiserar fantasin slappnar hennes kropp av i passagen av ilska. Genom passagen av känslor sker en överföring, ett helt eller delvis utbyte av personen känslorna riktades mot, till bilden av en annan person, vanligen en förälder, syskon eller annan tidig anknytningsperson (Kuhn, 2014). Detta berättar för oss att medveten ilska till en person i nutid är förbunden med omedveten ilska till en tidigare anknytningsperson. Den här överföringen från en person i nutid till en tidigare viktig person är vad som i ISTDP kallas upplåsning av det omedvetna. Känslor gentemot person i nutid överförs till känslor gentemot person i patientens historia och när patienten känner komplexa överföringskänslor gentemot person i dåtid kommer nya minnen och känslor upp som hjälper patienten att se hur omedvetna känslor drivit på patientens nuvarande symtom och lidande. När patienten kan känna medveten skuld över sin omedvetna ilska kommer skulden inte längre att hålla igång patientens destruktiva system eller driva på patientens självbestraffning och lidande, dvs. det som orsakat patientens problematik. Patientens omedvetna kommer veckla ut sig och det kommer bli mer tydligt för patienten vad som orsakat lidande. Detta kan bidra till signifikanta karaktärsförändringar, inte bara symtomreduktion (Frederickson, 2013).

## **Metod**

### ***Introduktion till vald metod***

I det här avsnittet introduceras arbetets design. Jag har valt att göra en litteraturstudie med en scoping review, eftersom scoping review ger möjlighet att undersöka den befintliga kunskapen om det fenomen jag ämnar undersöka. En scoping review är en översiktsstudie. Det saknas dock etablerad svensk översättning på scoping review, således kommer termen scoping review att användas även fortsättningsvis i denna studie. En scoping review är en kunskapsöversikt med fokus på att granska och sammanställa resultaten från tidigare

forskning med syfte att besvara forskningsfrågan. Det är en nyare form av systematisk litteraturstudie som lämpar sig för att få översikt över områden där det antas finnas begränsat antal artiklar och den anses vara lämplig som metod för examensarbete på universitet på grund av sin oftast begränsade karaktär avseende inkluderade studier att hantera (Forsberg & Wengström, 2016). Med detta i åtanke valdes scoping review som forskningsdesign eftersom antalet studier inom det fenomen jag önskar undersöka är begränsat. Scoping review kan innefatta flera olika typer av källor, inklusive opublicerad litteratur. En potentiell fördel med scoping reviews är att resultaten kan redovisas på ett lättillgängligt sätt, så att läsaren kan få en mer tillgänglig överblick över området (Forsberg & Wengström, 2016). Jag har identifierat tre forskningsfrågor till denna scoping review.

- Hur mobiliseras den omedvetna alliansen i ISTDP?
- Vilka tecken finns på omedveten terapeutisk allians?
- Hur används den omedvetna terapeutiska alliansen mellan patient och terapeut?

Dessa frågor är sprungna ur kliniskt arbete inom den psykodynamiska terapimetoden ISTDP. I litteratur och i mitt kliniska arbete där jag har regelbunden handling med erfaren ISTDP-terapeut har jag stött på begreppet UTA och har förstått, då jag visat videoinspelade terapisesioner i handledning, att UTA är mer eller mindre aktiverad vid olika tillfällen under sessioner. Jag har upplevt det svårt att få en helhetssyn på hur UTA ter sig och visar sig, hur jag som terapeut kan hjälpa patienten att mobilisera denna och hur jag tillsammans med patienten kan använda denna för ett framgångsrikt arbete. Med denna scoping review, som behandlar fenomenet, syftar jag till att bidra med en vidare bredd av UTA. Då det i ISTDP-litteratur saknas en enhällig definition av begreppet UTA står denna uppsats för en vidare syn på fenomenet och syftar till djupare förståelse för UTA:s användning i det psykoterapeutiska arbetet.

### ***Urval***

Jag har i litteratursökning använt mig av databasen *PsycInfo*. Som sökbegrepp i första steget användes begreppet ”unconscious therapeutic alliance”. Denna sökning gav 8 träffar varav fyra av dessa inkluderades i denna uppsats. Dessa var Davanloo (1987), Town (2013), Osimo (2012) och Abbass (2021). Fyra av sökträffarna var artiklar från en äldre tidskrift inom ISTDP som består av långa transkript av sessioner med ISTDP som behandlingsmetod. I

samråd med erfaren ISTDP-forskare, tillika min handledare, beslöts att dessa artiklar exkluderades då de inte tillför information till frågeställningen kring UTA. I samråd med min handledare beslutade jag att utöka sökningen till att innefatta begreppet “unlocking of the unconscious”. Sökning med detta begrepp utförde jag i *PsycInfo*, vilket gav sju träffar, där två av sökträffarna redan är inkluderade i uppsatsen, en av artiklarna var på tyska och exkluderades därför, två av träffarna behandlade “unlocking of the unconscious” från ett neurobiologiskt perspektiv och exkluderades och en av sökträffarna var ett bokkapitel som jag, i samråd med handledare, inte ansåg tillföra mer än de inkluderade artiklarna redan gör. En av sökträffarna inkluderades i denna uppsats, Abbass (2017). I samråd med handledare breddade jag sökningen till databasen *Scopus*. Sökorden “unlocking the unconscious” användes. Denna sökning gav sex träffar där två av artiklarna redan är inkluderade i uppsatsen. Tre av sökträffarna är tre kapitel ur samma bok och exkluderades då de inte tillför mer information utöver de inkluderade källorna. En av sökträffarna inkluderades i denna uppsats, Vyjayanthi (2014). Jag beslutade då att använda sökorden “unconscious therapeutic alliance” i *Scopus* gav detta sex träffar där tre redan är inkluderade i uppsatsen och tre av träffarna exkluderades på grund av ovan nämnda anledning att de är bokkapitel som inte tillför ytterligare information kring fenomenet UTA än vad inkluderade källor gör. Detta gav sex inkluderade artiklar. För att ytterligare bredda fältet inkluderade jag, i samråd med min handledare, ytterligare två empiriska studier som behandlar “unlocking the unconscious”. Dessa var Lilliengren et. al (2014) och Johansson et. al (2017). Två nyligen publicerade studentuppsatser som berör “unconscious therapeutic alliance” och “unlocking the unconscious” inkluderades i samråd med handledare. Dessa var Eriksson (2023) och Eriksson & Åberg (2023). På detta sätt har jag i denna uppsats täckt in de empiriska och icke-empiriska studier som finns som behandlar dessa två begrepp. Detta gav totalt 10 artiklar, varav fem är empiriska studier och fem är icke-empiriska. De inkluderade artiklarna redovisas i Tabell 1.

### **Tabell 1**

#### *Inkluderade artiklar*

Artikel	Författare	Publiceringsår	Typ av studie
ISTDP-terapeuters upplevelser av medveten	Eriksson, M.	2023	Konceptuell

terapeutisk allians			
The Unconscious Therapeutic alliance	Davanloo, H.	1987	Konceptuell
Brief Dynamic Psychotherapy in a Case of Obsessive Compulsive Disorder	Vyjayanthi, S.	2014	Konceptuell
Alliance rupture-repair processes in intensive short-term dynamic psychotherapy: Working with resistance	Abbass, A. & Town, J.	2021	Konceptuell
Intensive Experiential-Dynamic Psychotherapy in the treatment of long-standing depression	Osimo, F.	2012	Konceptuell
ISTDP vid depression och interpersonella problem	Eriksson, K. & Åberg, K.	2023	Empirisk
Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy Trial: Effectiveness and Role of "Unlocking the unconscious"	Abbass, A.	2017	Empirisk
Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for generalized anxiety	Lilliengren, P et. al	2017	Empirisk

disorder: A pilot effectiveness and process-outcome			
Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome	Johansson, R et.al	2017	Empirisk
Effectiveness and Cost Effectiveness of Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Does Unlocking the Unconscious Make a Difference?	Town, J et. al	2013	Empirisk

### ***Bearbetning av data***

I en studie med kvalitativ ansats avgör forskarens perspektiv hur bearbetning och tolkning ska genomföras. En kvalitativ ansats bygger på ett induktivt analysförfarande vilket innebär att forskaren utifrån observationer beskriver, förklarar och tolkar. För att kunna bygga ramverk för att kunna kommunicera och presentera kärnan av resultaten behövs mönster identifieras (Forsberg & Wengström, 2016). Bearbetning av de tio granskade artiklarna är gjorda med kvalitativ bearbetning och gör anspråk på att identifiera vad som är meningsbärande och att nå djup i texterna. De valda artiklar som inkluderats i studien har noga granskats där varje artikel behandlats utifrån de tre frågeställningarna. Bearbetningen av data har syftat till att förstå, beskriva, och tolka utifrån frågeställningar. Varje artikel är granskad utifrån begreppen "UTA" och "unlocking the unconscious" och sedan granskade utifrån varje frågeställning. Varje artikel är läst utifrån frågeställningarna: hur mobiliseras den



omedvetna alliansen?, vilka tecken finns på omedveten allians?, hur används den omedvetna alliansen mellan patient och terapeut i terapirummet? där analysmetoden syftar till att hitta mönster för att besvara frågeställningarna. Tolkning av artiklar utifrån dessa fenomen samt frågeställningar har bidragit till resultaten i denna studie.

### ***Kvalitetsgranskning***

En scoping-review kan innefatta flera olika typer av källor. För att öka tillförligheten för denna uppsats valdes att utföra en kvalitetsgranskning av alla inkluderade artiklar. Detta gjordes utifrån Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Förfarandet i CASP för inkluderade kvantitativa/kohortstudier innebar att svara på 12 frågor per studie (CASP Checklists - Critical Appraisal Skills Programme, 2024) samt 9 frågor per studie för de kvalitativa, icke-empiriska/konceptuella studierna (CASP Checklists - Critical Appraisal Skills Programme, 2024). Summan som framkom genom svar på frågorna är ett mått på kvaliteten på studien. Instrumentet CASP användes för att komma fram till summan för varje studie. Maximalt kunde 12 poäng fås för kohortstudie och 9 poäng för konceptuell studie. Kvalitetsgranskningen med CASP redovisas i tabell 2 och 3.

### ***Forskningsetiska aspekter***

Jag bedömer att detta inte är aktuellt för denna typ av studie.

### ***Kunskapsanspråk***

Jag har gjort en tolkning hur jag kan se på kunskapsanspråk och epistemologisk hållning i en scoping review och tolkat hur jag kan ta mig an en scoping review. Kunskapsanspråket är att vara heltäckande utifrån den litteratur jag samlat in. Jag har gjort ett försök till att samla in allt meningsfullt material jag hittat om UTA och samlat in alla empiriska studier som finns gällande unlocking of the unconscious. Den epistemologiska hållningen är av kvalitativ art och jag beskriver mig själv att ha en tolkande hållning.

### ***Förförståelse***

Jag är ISTDP-utbildad genom 3-årig coreutbildning och arbetar dagligen med ISTDP. Coreutbildningen är ett treårigt utbildningsprogram med fokus på att lära ut etablering av ett effektivt terapeutiskt samarbete och lära ut färdigheter för att arbeta med olika typer av patienter med känslomässigt fokus. Detta sker genom teori, teknik, videoobservation,

handledning och färdighetsträning/rollspel. Mina tre frågeställningar har framkommit som en naturlig del av mitt arbete. Det finns skillnader i hur UTA definieras i ISTDP-litteratur och mitt syfte med denna uppsats är att en djupare förståelse av UTA och en önskan om att få svar på tre frågeställningar sprungna från hjärtat hos en ISTDP-terapeut. Jag står ödmjuk inför att denna förståelse och mitt arbete med ISTDP påverkar formuleringar i uppsatsen, något som är oundvikligt i en inläsning- och skrivandeprocess.

### **Syfte**

Denna systematiska översikt syftar till att analysera och sammanställa artiklar som alla på olika sätt belyser UTA och att genom dessa besvara tre frågeställningar. Utgångspunkten är att UTA är ett centralt begrepp inom ISTDP som för mig som ISTDP-terapeut upplevts som mystiskt och svårfångat. Dessutom finns det ingen enhällig definition av UTA i litteratur samt begränsad forskning kring fenomenet. De tre frågeställningar som uppkommit ur detta är: *Hur mobiliseras den omedvetna alliansen i ISTDP? Vilka tecken finns i terapirummet på omedveten terapeutisk allians? Hur används den omedvetna terapeutiska alliansen mellan patient och terapeut?* Denna uppsats strävar efter att ge en djupare förståelse för UTA:s mekanismer och dess effekter på terapiprocessen. Det finns en förväntan om att resultaten från uppsatsen ska kunna användas i klinisk vardag, en djupare förståelse för hur UTA fungerar, mobiliseras och används i terapisessioner.

Besvarandet av frågeställningarna har gjorts genom granskning och analys av tio artiklar där resultaten av analysen visar att UTA mobiliseras genom terapeutens aktiva press på patientens motstånd tillsammans med fokus på patientens känslomässiga reaktioner i relation till terapeuten, den så kallade överföringen. Tecken på den omedvetna terapeutiska alliansen kan visa sig från låg till hög grad beroende på låg till hög grad av mobilisering av patientens omedvetna, och det framgår att terapeuten kan använda den omedvetna terapeutiska alliansen för att skapa mer innehåll från det omedvetna och på så sätt bidra till att läkandeprocesser sätts igång hos patienten.

### **Resultat**

Efter sökprocess och bedömning av att inkludera de renodlade artiklar som mig veterligen finns om UTA och de empiriska studier som finns som behandlar begreppet ”unlocking the unconscious” bedömdes totalt tio artiklar relevanta att inkludera i denna

scoping review. Studierna har publicerats mellan åren 1987-2023. Resultaten redovisas utifrån frågeställning. Varje frågeställning utgör således en del av resultatpresentationen. Resultat redovisas enligt varje frågeställning för sig där relevanta artiklar inkluderas för att besvara frågeställning. De inkluderade artiklarna redovisades i Tabell 1.

### ***Frågeställning 1: Hur mobiliseras den omedvetna terapeutiska alliansen i ISTDP?***

Davanloo (1987) skriver att det är terapeutens aktiva uppgift i ISTDP att systematiskt utmana patientens försvar och motstånd när det uppkommer, genom ihållande press på motståndet samt press på patienten att uppleva sina sanna känslor. Davanloo (1987), Eriksson (2023) och Town et al (2013) menar att motståndet inte endast behöver medvetandegöras och utmanas utan försvaren och dess funktion behöver klarifieras i denna process för att skapa tydlighet för patienten. Davanloo (1987), Eriksson (2023) och Abbass & Town (2021) skriver att motståndsarbetet och terapeutens press på att bjuda in patienten till ett nära känslomässigt samarbete kommer att mobilisera patientens blandade känslor och leda till att UTA stadigt aktiveras under ytan. Patientens motstånd kan då komma att öka på grund av att blandade känslor aktiveras i överföringsrelationen då terapeuten försöker närma sig patienten. Motståndarbetet upprepas då, och kräver ofta mindre arbete för att uttröttas. Att engagera patienten att fokusera här och nu i sessionen är en del av mobilisering av UTA (Osimo, 2012). ISTDP möjliggör för patienten att på ett tryggt sätt uppleva känslor till tidigare och nuvarande viktiga nära personer, känslor som tidigare orsakat ångest och försvar (Abbas & Town, 2021). I samtliga granskade artiklar beskrivs arbete med patientens motstånd som en förutsättning för att mobilisera UTA. Abbass et al (2017) beskriver denna process, identifierad av Davanloo, utifrån tre sekvenser och dessa är: terapeutisk ansträngning, terapeuten engagerar patienten att vara engagerad och terapeuten uppmuntrar patienten att inte försvara utan att känna alla känslor utlösta av samtalet under sessionen. Vidare menar Abbass et al (2017) att denna process aktiverar komplexa känslor och en omedveten aspekt av den terapeutiska alliansen, nämligen UTA som kan vara aktiverad från låg till hög grad. De terapeutiska ansträngningarna ska främja dominans av UTA över dominans av patientens omedvetna motstånd skriver Town et al (2013) och Vyjayanthi (2014). Eriksson (2023) skriver att patienten kommer ha blandade känslor i terapirummet, både positiva känslor i form av tacksamhet och uppskattning, men också negativa känslor då terapeuten bjuder in till ett nära känslomässigt samarbete eftersom patienten lärt sig undvika anknytningsituationer.

Därför kommer press på ett nära känslomässigt samarbete att mobilisera patientens blandade känslor, öka motståndet och samtidigt öka graden av UTA. Motståndsarbetet är centralt för att mobilisera blandade känslor och UTA uppges det i samtliga inkluderade artiklar. Davanloo (1987) och Eriksson (2023) menar att ett upprepat systematiskt arbete med motståndet med bibehållen inbjudan till nära känslomässigt samarbete och inbjudan för patienten att uppleva sina känslor kommer mobilisera ett stadigt, successivt växande, UTA under ytan och då motståndet "tiltar" in i överföringen kommer patienten uppleva sina komplexa överföringskänslor direkt i terapirummet. Abbass & Town (2021) skriver att omedveten ångest visar sig hos patienten när trycket av blandade överföringskänslor byggs upp inom patienten. Vyjayanthi (2014) skriver vidare att känslomässigt tryck inom patienten byggs upp genom arbete med motstånd och inbjudan till att uppleva sanna känslor och då detta accepteras dominerar UTA motståndet (Vyjayanthi, 2014). Tillsammans med att patienten har en direkt upplevelse av blandade komplexa överföringskänslor, och UTA är starkt mobiliserat, låses det omedvetna upp. Då det omedvetna är upplåst har UTA fritt utrymme och kan på så sätt bidra med meningsfull information och meningsfullt innehåll.

I samtliga berörda artiklar som alla berör fenomenet UTA behandlas också processen upplåsning av det omedvetna. En process som jag utifrån samtliga artiklar tolkar som en förutsättning för att UTA ska få fritt utrymme är upplåsning av det omedvetna. Denna process kommer till med hjälp av ett stadigt växande UTA under ytan och i takt med att UTA mobiliseras i högre grad med hjälp av arbete med motstånd och inbjudan till nära samarbete och att uppleva sanna känslor sker en upplåsning av det omedvetna. Bland annat skriver Davanloo (1987) att systematisk press på patientens motstånd tillsammans med uppmuntran till känslor i överföringen leder till stegring av UTA och så småningom att motståndet 'tiltar' in i överföringen där UTA är dominerat motståndet och en direkt upplevelse av komplexa känslor leder till upplåsning av det omedvetna och plötslig stegring av UTA. Enligt Abbass et al (2017) och Johansson et al (2017) leder ett utmanat högt motstånd till komplexa överföringskänslor och då dessa känslor upplevs direkt kan upplåsning av det omedvetna ske. Eriksson (2023), Eriksson & Åberg (2023) och Osimo (2012) menar att upplåsning av det omedvetna kan ske när komplexa blandade överföringskänslor upplevs somatiskt och genomlevs i terapirummet. Detta då UTA nått en högre grad av mobilisering, vilket nås med utmaning och press på motståndet och uppmuntran till att känna överföringskänslor, en process som möjliggör direkt åtkomst till patientens omedvetna. Vid upplåsning av det

omedvetna är UTA starkt mobiliserat. Eriksson & Åberg (2023) menar att graden av upplåsning av det omedvetna definieras i termer av balans mellan de två omedvetna krafterna försvar/motstånd och UTA. Resultat i Lilliengren et al (2017) studie styrker att högre nivå av mobilisering av komplexa blandade känslor är associerade med större behandlingseffekt. Detta grundläggande antagande i ISTDP, att upplåsning av det omedvetna kan kopplas till terapeutiska framgångar, stärks också i Johansson et al (2014) studie.

Då motståndet utmanas mobiliserar stadigt UTA under ytan skriver Davanloo (1987) och ju mer UTA kan dominera motståndet desto större genombrott till komplexa känslor och tillgång till omedvetna minnen och känslor får patienten. UTA mobiliserar inom patienten i samarbete med terapeuten. Tidigare bortträngda känslor och minnen lyfts upp till ytan och vägleder det terapeutiska arbetet, vilket är upplåsning av det omedvetna. Samtliga artiklar berör denna process, där upplåsning av det omedvetna och en plötslig stegring av UTA bidrar till att patienten får tillgång till tidigare omedvetna minnen och känslor som då de kommer upp till ytan kan upplevas, bearbetas och förstås. Town et al (2013) beskriver det som att det omedvetna låses upp när UTA är dominerat motståndet och detta möjliggör genomarbetning av tidigare omedvetna känslor och minnen. Johansson et al (2014) formulerar detta som att komplexa överföringskänslor uppstår när motståndet utmanas och upplåsning av det omedvetna kan då komma till stånd där alla känslor som visar sig av exempelvis tacksamhet, ilska och uppskattning är tecken på att UTA är i kraft. Vidare skriver Town et al (2013) och Lilliengren et al (2017) att upplåsning av det omedvetna är passagen då komplexa överföringskänslor i terapirummet gentemot terapeut eller annan nutida person byts ut till visuell bild av tidigare anknytningsperson eftersom det är dessa känslor som varit katalysator för överföringskänslorna. Eriksson (2023) skriver att UTA stiger i kraft i samband med att patientens blandade överföringskänslor mobiliserar och i patienten uppstår en intrapsykisk kris när UTA får överhanden över motståndet eftersom den tidigare omedvetna alieneringen med motståndet medvetandegörs och ges upp. När försvaren är utmanade och utmattade kommer patienten till en brytpunkt där patienten upplever sina överföringskänslor direkt i terapirummet. Davanloo (1987) skriver att denna direkta upplevelse har dramatisk och kraftfull effekt där patientens omedvetna visar sig i form av meningsfulla associationer, drömmar, fantasier och nya, tidigare omedvetna, minnen och detta ger upphov till en stegring av UTA, och av patientens motivation. Davanloo (1987) och Town et al (2013) är eniga om att UTA möjliggör för patienten få tillgång och till nya, tidigare omedvetna och bortträngda

minnen och associationer och kan på så sätt rapportera nytt material som hjälper detta till att kasta ljus på den dynamiska struktur som är ansvarig för patientens lidande. Abbass et al (2017) och Johansson et al (2014) beskriver detta som att UTA visar sig i form av mentala föreställningsbilder kopplade till anknytningstrauma. Patienten kommer genom upplevandet av sina känslor närmare sin egen verklighet, sina behov och hälsa. (Eriksson, 2023). Osimo (2012) menar i sin artikel att detta förhindrar återfall i symtombild.

Artiklarna skiljer sig åt i att beskriva betydelsen av terapeutens inbjudan till känslomässig närhet som en faktor i att mobilisera komplexa blandade känslor i överföringen. De flesta artiklar nämner enbart arbete med patientens motstånd som en faktor till graden av upplåsning av det omedvetna och graden av aktivering av UTA. Bland annat skriver Eriksson & Åberg (2023) om ”aktiv konfrontation av patienten försvar” och Town et al (2013) om ett ”snabbt avlägsnande av patientens motstånd”. Johansson et al (2014) och Abbass (2017) uppger som förutsättning för upplåsning av det omedvetna att behandlingsmotståndet blivit adekvat utmanat och att försvar mot känslomässig närhet är besekrat.

### ***Frågeställning 2: Vilka tecken finns i terapirummet på omedveten terapeutisk allians?***

Jag kommer börja med att redovisa resultaten på denna frågeställningen genom att använda mig av den uppdelning Lillengren et al (2017) gör i sin artikel. Davanloo gör en uppdelning som redogörs för i Johansson et al (2014) artikel där skillnaden utgörs i det tre sista stegen vilka Davanloo benämner som partial unlocking of the unconscious, major unlocking of the unconscious och extended major unlocking of the unconscious. Det är en uppdelning av hur UTA visar sig utifrån motståndets grad och karaktär. På följande sätt visar sig UTA som tecken utifrån grad och nivå av motstånd och grad och olika nivåer av komplexa överföringskänslor. Johansson et al (2014) påvisar i sin studie att major unlocking of the unconscious där UTA dominerar motståndet predicerar bättre behandlingsutfall. Det sätt uppdelningen presenteras på här kommer från Lillengren et al (2017)

**Low rise av komplexa överföringskänslor:** då motstånd dominerar terapiprocessen är den karaktäriserad av intellektuell dialog. Det är lite eller ingen emotionell aktivering pågående hos patienten och få eller inga tecken på omedveten ångest eller försvar.

**High rise av komplexa överföringskänslor:** klinisk observation av omedveten ångest eller försvar i form av distanserande beteende som undvikande av ögonkontakt, vända

bort kroppen, nervöst leende eller karaktärsförsvar som passivitet är tydliga signaler på att patienten är aktiverad i obearbetade komplexa anknytningsrelaterade överföringskänslor. Då patienten är mobiliserad på denna nivå aktiveras UTA och visar sig genom att patienten intellektuellt kan dra paralleller mellan dåtida och nutida känslomässigt laddade relationella händelser. UTA är mobiliserat men övermannat av motstånd och ångest.

**Partial breakthrough:** Komplexa överföringskänslor har nått en hög nivå och den i huvudsak känslomässiga upplevelsen hos patienten är sorg över trauma eller förlust eller sorg över att se konsekvenser av försvar och motstånd. Den känslomässiga upplevelsen kan leda till att grad av motstånd sjunker något. UTA mobiliseras ytterligare och växer men är svagare än motståndet och visar sig med kognitiva länkar till tidigare eller nuvarande anknytningstrauma.

**Partial unlocking of the unconscious:** Patienten upplever direkt komplexa överföringskänslor, som sorg, ilska och skuld över ilskan tillsammans med terapeuten. UTA dominerar försvar och motstånd och resulterar i en minskning av ångest och patienten kan göra kristallklara länkar till tidigare anknytningstrauma och mellan nuvarande och tidigare komplexa känslor gentemot andra.

**Major unlocking of the unconscious:** Patienten upplever en stark passage av komplexa överföringskänslor gentemot terapeuten vilka inkluderar positiva känslor, ilska, skuld över ilskan och sorg. UTA är i detta skede kraftigt mobiliserat och visar sig genom att den mentala bilden av terapeuten, skapad av direkt upplevelse av komplexa överföringskänslor, överförs till bilden av en tidigare anknytningsperson.

Eriksson (2023) skriver att vid hög grad av aktivering av komplexa överföringskänslor och lågt aktiverad UTA kommer patienten med viskningar från det omedvetna. Exempel på detta är då en självbesträffande patient säger ”kanske är jag inte en så dålig person” (Davanloo, 1987). Eriksson (2023) skriver vidare att dessa viskningar uppkommer inom korta fönster, ibland bara en mening av djup förståelse hos patienten. Då motståndet har överhanden över UTA stängs fönstret till det omedvetna snabbt. Då UTA blir ytterligare mobiliserat men där motståndet fortfarande är starkare kan UTA visa sig genom omedvetna felsägningar och negationer. Felsägningar är ord patienten inte hade för avsikt att uttrycka, men som visar sig ha omedveten betydelse. Negationer är när patienten simultant avslöjar och förnekar omedvetna önsknings. Fram till att känslor bryter igenom i form av impuls visar sig UTA

genom att patienten använder negationer. Vid en högre aktiverad UTA, då UTA dominerar motståndet, visar sig UTA som mer eller mindre kristallklara länkar till anknytningstrauma och bidrar med meningsfull information. Tecken på UTA i detta skede är att patienten slappnar av, sänker röstläget och får energi och djupare kontakt med sina känslor. Patienten uttrycker livlighet, närhet och öppenhet, ärlighet samt spontanitet och livlighet. Vid mobiliserad UTA finns en affektiv nivå kopplad till det patienten pratar om. UTA är meningsfull information vars uttryckssätt är kvalitativt annorlunda än uttryck av ångest och försvar, detta då patienten beskriver något insiktsfullt om sig själv med målande språk, meningsfulla länkar och visuella bilder. UTA visar sig med nya insikter som tidigare inte varit tillgängliga. Town et al (2013), Abbass (2017) och Eriksson & Åberg (2023) uppger att det i detta skede är möjligt för patienten att rapportera nytt material, UTA visar sig således med att patienten framkommer med nytt innehåll. Lilliengren et al (2017), Eriksson (2023) och Davanloo (1987) menar att vid kraftigt mobiliserad UTA får patienten tillgång till tidigare omedvetet material, och nya element introduceras in i samtalet. Tillsammans med terapeuten kan detta innehåll användas för att förstå den terapeutiska processen och patientens historia, lidande och symtom, d.v.s det som patienten sökt hjälp för. Koppling till detta kan liknas vid att patienten förstår att det är något som händer här i mina relationer och som hände då och därför ger mening för mig (Eriksson, 2023 och Osimo, 2012). Information från UTA är klagörande, insiktsfull och ny. Det är bilder, tankar, metaforer, känslor och drömmar. Patienten kan bli poetisk, kreativ och distinkt i sitt språk och öka användandet av metaforer. Davanloo (1987) skriver att det är möjligt att utforska relationer utanför överföringsrelationen och göra tolkningar av dessa först efter att sann och meningsfull information introducerats med hjälp av UTA.

### ***Frågeställning 3: Hur används den omedvetna terapeutiska alliansen mellan patient och terapeut?***

Samtliga granskade artiklar tar hänsyn till graden av upplåsning av det omedvetna i mobiliseringen av UTA. Samtliga empiriska artiklar undersöker på olika sätt effekten av upplåsning av det omedvetna och behandlingsutfall. UTA är sammankopplat med upplåsning av det omedvetna då en upprepad utmaning av motståndet stadigt mobiliserar UTA under ytan och UTA har fri lejd vid upplåsning av det omedvetna. Ju högre grad av komplexa överföringskänslor som upplevs, desto mer kraftigt aktiveras UTA. Osimo (2012) menar att



patientens upplevelse av kraftfulla känslor i en session inte kan annat än att leda till mobilisering av känslor gentemot terapeuten. Vid upplåsning av det omedvetna, när UTA har överhanden över motståndet, samarbetar UTA i terapirummet vilket visar sig i att mentala föreställningsbilder överförs från terapeuten eller annan nutida viktig person till en person i patientens förflutna. Enligt Town et al (2013) gör patienten då klara länkar, får minnen och bilder associerade med trauma relaterad till rupturer i anknytning och genom att uppleva hitintills undvikna känslor har läkande krafter dominans över krafter från motståndet. Vyjayanthi (2014) skriver att patienten endast kan förstå sina problem, agerande, tankar och känslor genom att förstå underliggande känslor. I Abbass et al (2017) artikel beskrivs att senaste årens forskning kring upplåsning av det omedvetna visat major unlocking som predicerat med bland annat symtomreduktion, att interpersonella svårigheter förbättras och en förbättring i arbetsförmåga. Johansson et al (2014), som undersöker om 'major unlocking' predicerar behandlingsutfall beskriver att komplexa känslor gentemot en person i dåtid blir triggade av komplexa känslor aktiverade i terapisessionen. Lilliengren et al (2017) undersöker mobilisering av komplexa överföringskänslor som prediktor för behandlingsutfall och Eriksson & Åberg (2023) antyder att ISTDP med är en effektiv behandling vid depression och interpersonella svårigheter.

Lilliengren et al (2017) och Eriksson & Åberg (2023) beskriver att ett centralt element i en ISTDP-behandling är att patienten utforskar upplevelser av sanna känslor gentemot nutida eller dåtida viktiga personer. Eriksson & Åberg (2023) menar att vidare att konsolidering av materialet som uppkommit under högt mobiliserat UTA och upplåsning av det omedvetna ger större förståelse för den terapeutiska processen. Konsolideringsfasen är en omfattande sammanfattning av vad som hänt i den terapeutiska processen och vad patienten lärt sig. Förloppet och överföringen kan analyseras och patienten får insikt i hur omedvetna känslor är länkade till tidigare aversiva erfarenheter. Först vid upplevande av bakomliggande känslor finns möjlighet att se klart och förstå (Vyjayanthi, 2014).

UTA beskrivs både som en inneboende kraft, som på förhand finns inom patienten och det beskrivs också i artiklarna som ett mellanmänniskt fenomen som uppstår mellan två människor. Eriksson (2023) beskriver att den omedvetna önskan att knyta an tryggt utforskas i relation till andra. Eriksson (2023) beskriver en samtidig mobilisering av UTA eftersom också terapeuten har en strävan efter det som är sant i den terapeutiska relationen. UTA används för att stärka patientens egen läkandekraft. Terapeuten hjälper patienten genom aktiv press på

försvar och att bjuda in till nära känslomässigt samarbete. Genom ett ihållande, aktiv, vältrimmad och obeveklig press på motståndet kan patienten med hjälp av terapeuten få större kontakt med sin läkandekraft. Då UTA är mobiliserat kan terapeuten hjälpa patienten att förstärka UTA genom att använda samma ord och metaforer som patienten använder och validera längtan och öppenhet genom förstärkande ord. Eriksson (2023) redogör för terapeutens upplevelser av egen mobiliserad UTA i terapirummet och hur denna används tillsammans med patienten då kontakten med terapeutens egen UTA är viktig för att ha nytta av patientens UTA. Dessa är upplevelser av delad verklighet mellan patient och terapeut, delade upplevelser av terapiarbetet och ett gemensamt språk. Det är upplevelsen av två som strävar mot samma mål, där terapeut och patient är i samklang och gränser suddas ut där terapeuten upplever samma eller liknande upplevelser som patienten. Delade upplevelser och bilder kan förstås som överensstämmande motöverföring, till exempel att terapeuten kan känna ilska när ilska mobiliseras i patienten. Terapeutens mål är att känna igen när UTA mobiliseras och inte bli rädd för vad UTA producerar. Terapeuten kan då följa UTA för att hjälpa patienten att maximera sin känslomässiga upplevelse och sammanfatta vad som kan läras från UTA. Terapeuten behöver kunna identifiera patientens uttryck för UTA för att hjälpa till att förstärka patientens egen läkande kraft. Terapeutens egen UTA kan visa sig i form av målade beskrivningar som inte brukar användas, eller genom fysiska reaktioner. Town et al (2013) beskriver vidare att när terapeuten, tillsammans med patienten gjort arbetet med att mobilisera och aktivera UTA, är uppgiften för terapeuten att senare sitta med, bredvid patienten, och upptäcka, utforska, uppleva de omedvetna som fram till nu varit oupptäckt mark. När det omedvetna är nära ytan gör patienten själv länkar till sin historia. Terapeuten hjälper i det här skedet endast till med detta genom uppmaningar (Davanloo, 1987). I processen där det omedvetna är upplåst är försvar och ångest tystat och patienten kan vandra relativt lugnt (Town et al, 2013). Enligt Davanloo (1987) samarbetar UTA då spontant material kommer från patienten utan att behöva pressas fram eftersom arbetet med att mobilisera UTA är gjort och motståndet är lågt. Terapeuten kan då enkelt fråga ”vad får det dig att tänka på?” för att hjälpa patienten att länka samman komplexa känslor med sin historia och att förstå sig själv. En rekapitulerings av det som hänt hjälper till att mobilisera UTA och hjälper patienten att få djupare förståelse kring sin historia kopplat till psykisk lidande. UTA används mellan patient och terapeut för att utforska patientens historia, tidigare omedvetna minnen, känslor, drömmar och fantasier då UTA är fullt aktiverat. På det sättet samarbetar

UTA med terapeuten. Vid fullt mobiliserat UTA kan patienten uppleva sina sanna känslor med terapeuten och terapeuten gör tolkningar och länkar av materialet för att förstå patientens nuvarande problem och symtom. UTA samarbetar för att rekonstruera psykopatologin, vilket är det UTA önskar, att läka och knyta an tryggt.

### ***Resultat av kvalitetsgranskning***

CASP användes för att kvalitetsgranska studierna där varje studie granskades var för sig enligt mätinstrumentet. 12 frågor besvarades för kohortstudierna och 9 frågor för de konceptuella studierna där summan som framgår för varje studie är ett mått på kvaliteten på studien. Som framgår av Tabell 2 och Tabell 3 hade vissa av studierna hög till medelhög kvalitet och vissa av studierna hade låg kvalitet. Resultaten bör därför tolkas med försiktighet. Tabell 2 redovisar kvaliteten enligt CASP för kohortstudier och Tabell 3 redovisar kvaliteten för de konceptuella studierna.

### **Tabell 2**

#### *CASP för kohortstudier*

Författare	Summa enligt CASP
Eriksson & Åberg 2023	9 av 12
Abbass et al 2017	7 av 12
Lilliengren et al 2017	7 av 12
Johansson et al 2014	9 av 12
Town et al 2013	5 av 12

### Tabell 3

#### *CASP för konceptuella studier*

Författare	Summa av poäng enligt CASP
Eriksson 2023	9 av 9
Davanloo 1987	2 av 9
Vyjayanthi, 2014	7 av 9
Abbass Town, 2021	7 av 9
Osimo, 2012	6 av 9

### Diskussion

Denna scoping review har syftat till att analysera och sammanställa artiklar som alla på olika sätt belyser den omedvetna terapeutiska alliansen i ISTDP, på engelska förkortat UTA, och att genom dessa artiklar besvara tre frågeställningar. Utgångspunkten är att UTA är ett centralt begrepp inom ISTDP som för mig som ISTDP-terapeut upplevts som mystiskt och svårfångat. De tre frågeställningar som uppkommit ur detta är: Hur mobiliseras den omedvetna alliansen i ISTDP? Vilka tecken finns i terapirummet på omedveten terapeutisk allians? Hur används den omedvetna terapeutiska alliansen mellan patient och terapeut? Resultaten visar att UTA mobiliseras genom terapeutens aktiva press på patientens motstånd tillsammans med fokus på patientens känslomässiga reaktioner i relation till terapeuten, den så kallade överföringen. Mobilisering av UTA sker också då terapeuten bjuder in patienten till ett känslomässigt nära samarbete. Tecken på UTA kan visa sig från låg till hög grad beroende på låg till hög grad av mobilisering av patientens omedvetna. Tecken från UTA kan exempelvis vara felsägningar och viskningar, att patienten blir uppmärksam på vilka konsekvenser det får för patientens liv att upprätthålla försvar och motstånd, att patienten får djupare kontakt med sina känslor och att patienten själv gör klara länkar till anknytningstrauma och på så sätt förstår mer om sig själv och ursprunget av det lidande patienten söker hjälp för. Det framgår att terapeuten kan använda UTA för att skapa mer innehåll från det omedvetna och på så sätt bidra till att läkandeprocesser sätts igång hos patienten. Då UTA är mobiliserat och aktivt kan patienten upptäcka och utforska tidigare omedvetna aspekter av sig själv. Senaste årens forskning kring upplåsning av det omedvetna har påvisat att "major unlocking", som inom

ISTDP är den högsta graden av upplåsning av det omedvetna där patienten har fysiska upplevelser av sina känslor tillsammans med nya minnen och visuella bilder, predicerar positivt behandlingsutfall gällande flera psykiska störningar.

### ***Resultatdiskussion***

I litteraturen kring ISTDP benämns UTA som en inneboende kraft, något som på förhand existerar i patienten. Det framgår i flera av artiklarna att UTA mobiliseras tillsammans med terapeuten. Resultat i frågeställning tre visar att terapeutens egen mobiliserade UTA är viktig för att ha nytta av patientens UTA och visar sig genom upplevelse av delad verklighet mellan patient och terapeut, delade upplevelser av terapiarbetet och ett gemensamt språk där patienten och terapeut är i samklang. Detta kräver emotionellt engagemang och förmåga hos terapeuten. En terapeut som själv kan sägas ha högt motstånd mot exempelvis känslomässig närhet kommer ha svårt att hjälpa patienten att mobilisera UTA. ISTDP är en metod som jag upplever kräver ett närmast livslångt lärande. Detta gör metoden tilldragande och samtidigt svår. Terapeutens teoretiska samt känslomässiga förmåga sätts på prov vid utmaning av patientens motstånd. Det sociala hänsynstagande som ofta sker i relationer behöver utmanas i ISTDP då terapeuten hjälper patienten att närma sig sin känslomässiga sanning och att utmana försvar. Det krävs en terapeut som vågar avbryta, visa patienten hur motståndet visar sig, att vara engagerad i ögonblick för ögonblick och att ha förmåga att vara i ett känslomässigt spänningsfält tillsammans med patienten. Mig veterligen finns det lite litteratur kring terapeutfaktorer eller personlighetsfaktorer och graden av mobilisering av UTA eller upplåsning av det omedvetna. I en av de granskade artiklarna, Johansson et al., (2014) finns variabeln ”expertis” med som en faktor för att uppnå ’major unlocking of the unconscious’.

Resultat i denna uppsats visar att det finns en affektiv nivå kopplad till det patienten pratar om vid mobiliserad UTA. Forskning visar att de mest effektiva terapeuterna är de som är skickliga på att underlätta fördjupning och expansion av patientens affektiva uttryck. Abbass & Town (2021) skriver att ökad nivå av affektupplevelse för patienten i en session manifesterar sig som ökad motivation och insikt, och prediktor för starkare allians vidare i arbetet. Ju mer skickligt terapeuten kan facilitera affektiva upplevelser/uttryck hos patienten, desto fler positiva förändringar kan patienten uppvisa (Diener et al., 2007). Dessa resultat går i linje med de terapeutiska tekniker som står för förändring i psykodynamisk terapi. Summers

& Barber (2012) uppger att en patient som engageras i att med intensitet ippleva sina känslor och utveckla förståelse om kontexten för sina känslor, tillsammans med nya insikter kommer att ha nytta av detta.

Det finns en mängd litteratur som behandlar faktorer inom patienten som influerar på arbetsalliansen och kring terapeutens nödvändiga relationella och tekniska förmåga i att etablera en medveten arbetsallians. Alliansen är en stark prediktor i utfallet av psykoterapi och framgångsrika ISTDP-terapeuter är dom som är kapabla att etablera och upprätthålla en arbetsallians med ett brett spektrum av patienter (Ten Have-De Labije et al., 2012). Kvaliteten på den terapeutiska alliansen är en av de mest robusta prediktorn för framgång i behandling (Safran & Muran, 2000). Coughlin (2023) redogör för forskning gällande att terapeuters höga nivå av emotionella intelligens är prediktor för etablerandet av stark arbetsallians med ett brett spektrum av patienter, samt vikten av ett personligt inre arbete för att möjliggöra engagemang i processen med patienten. Patienten kommer att utveckla känslor gentemot terapeuten genom att dela med sig av smärtsamma minnen och erfarenheter som en konsekvens av en ärlig och äkta relation (Osmio, 2012). Detta leder till frågor kring om det finns viss fallenhet eller terapeutfaktorer som lämpar sig vid ISTDP. Lämpar sig vissa personlighetsegenskaper hos terapeuter väl för just ISTDP? I en studie (Lingiardi et al., 2017) påvisas att terapeutens anknytningsstil, interpersonella historia och mönster kan påverka utfallet av de tekniska interventionerna och den terapeutiska alliansen. Resultaten från studien antyder att terapeutens kapacitet att skapa en positiv interpersonell koppling till patienten kan hjälpa till för att skapa ett varmt, accepterade och stödjande terapeutiskt klimat som kan öka möjligheten för större psykoterapeutiska förändringar.

Patienten kan i den terapeutiska relationen iscensätta relationer. Detta ses i ISTDP som motstånd där terapeuten hjälper patienten att bli uppmärksam på iscensättningen om den skapar lidande för patienten i andra relationer. Det motstånd som undersöks i samtliga artiklar inkluderar även idén om iscensättning. Abbass & Town (2021) uppger att patienten kan upprepa undvikande av potentiell känslomässig närhet till en annan människa genom att inta en provocerande hållning med terapeuten. Anknytningstrauma innebär att barnet internaliserar kränkande och försummande aspekter av tidigare anknytningsfigurer och dessa aspekter är ofta tillfogat jaget, men kan också bli tillfogade andra eller projicerade och fruktade (Kuhn 2014). Adresseras inte detta drivs patienten och terapeuten in i en dynamik till att agera på sätt som inte korresponderar med sin egen sanning (Stern, 2010). UTA kan utifrån resultaten i

denna uppsats användas för att skapa nytt innehåll till terapin och genom insikt i hur omedvetna känslor är kopplade till trauman hjälper patienten att förstå sig själv utifrån sin historia. Motöverföring blir ett viktigt begrepp i sammanhanget och refererar till impulser och känslor som stiger i terapeuten under behandlingen av en patient och kan användas i den terapeutiska processen, liksom information från UTA, för att fördjupa patientens förståelse för sig själv. Detta är ytterligare en dimension för terapeuten att vara medveten om i sessionen. Sättet att intervensera ögonblick för ögonblick, att vara känslomässigt engagerad och bjuda in patienten till känslomässigt engagemang samt att se patientens iscensättning kräver en aktiv och mycket engagerad terapeut. Detta bidrar i stort till att arbete med ISTDP upplevs mycket meningsfullt.

Resultaten i denna scoping review kan tolkas som att patientens motstånd är något som är dåligt och ska arbetas bort och UTA som något bra och hälsosamt. Det är viktigt att komma ihåg att motståndet är något patienten behövt ha i sitt liv. Vid en annan tid i livet har det varit smart och användbart i den miljö patienten befunnit sig i. Motståndet kan, tillsammans med patienten, behöva ses ur denna synvinkel för att patienten ska kunna förstå sig själv kring hur motstånd som nu skapar lidande i patientens liv, en gång kunnat vara en strategi för överlevnad. Motstånd kan förstås som en tidig hälsosam anpassning till en ohälsosam kontext (Selva, 2004).

Flera artiklar betonar att patienten önskar närma sig sin känslomässiga sanning och att detta kan leda till förändringar i patientens karaktärsstruktur. Frederickson (2013), Abbass (2015), Selva (2004) beskriver att patienten genom att uppleva sina känslor kommer närmare sig själv, sin sanning, sina behov, förutsättningar och därmed hälsa. Resultat kring hur UTA kan användas i den terapeutiska processen som framkommer i denna uppsats är i linje med litteratur kring vad närmandet av känslomässig sanning kan bidra med i människans liv. En terapeut som kan hjälpa patienten att facilitera känslomässigt upplevande och uttryck är positivt associerat med behandlingseffekt (Diener, et al., 2007).

Denna uppsats utforskar frågeställningar som är uppkomna ur dagligt kliniskt arbete med ISTDP. Resultaten visar tydliga svar kring hur UTA kan mobiliseras och användas i terapirummet och påvisar tydliga tecken på hur UTA är synlig i sessioner. Uppsatsen ger, vilket var ett eftersträvat syfte, fördjupad insyn i UTA och svar som kan användas i en klinisk vardag med ISTDP som behandlingsform.

### ***Metoddiskussion***

Denna scoping review hade som syfte att undersöka ett fenomen där studier och artiklar som renodlat behandlar fenomenet UTA är begränsat. Därför utökades också sökningen till begreppet "unlocking of the unconscious". Scoping review är en metod för att kartlägga områden på relativt kort tid och kan användas för att finna nya vägar för forskning och för att summera och sprida forskning. En fördel med att använda scoping review är att det är möjligt att ta med olika typer av studier, även om de har olika metoder (Forsberg & Wengström, 2016). En potentiell nackdel skulle kunna vara att de empiriska studier som är inkluderade i denna scoping-review inte är RCT-studier och att det finns vissa brister i data. Scoping review kan innefatta flera olika typer av källor och ämnar därmed inte att bedöma kvaliteten. Dock beslutades det att kvalitetsgranska alla artiklar utifrån Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Detta gjordes genom att svara på 12 frågor per studie för de inkluderade empiriska studierna och 9 frågor per studie för de icke-empiriska studierna. Kvalitetsgranskningen med CASP visade att vissa av studierna hade låg till medelhög kvalitet och resultaten tolkas därför med viss försiktighet. Scoping review förefaller lämplig för denna uppsatsens syfte. Antal artiklar komna ur sökprocessen är en konsekvens av snäv frågeställning, som är sprungen ur klinisk vardag med arbete inom ett område där forskning är begränsad. Resultaten som visar sig i denna scoping-review är användbara i klinisk vardag i arbete med ISTDP.

### ***Slutsatser och kliniska implikationer***

En närgranskning av fenomenet UTA har gjorts i denna uppsats. Detta har gjorts genom granskning och tolkning av tio artiklar som behandlar "unconscious therapeutic alliance" och "unlocking of the unconscious". För verksamma kliniker kan uppsatsens resultat få betydelse genom mer information hur vi kan se på UTA, hur UTA kan användas och mobiliseras i sessioner och vilka tecken som finns på ett lågt till högt aktiverat UTA. Detta kan ha betydelse för att i klinisk verksamhet effektivisera arbete i att hålla uppmärksamhet på och mobilisera patienten UTA, och detta kan i sin tur ha betydelse för den terapeutiska processen. Uppsatsen bygger på epistemologisk ansats och kunskapsanspråket att vara heltäckande utifrån rådande forskning är uppnått.



### ***Framtida forskning***

För framtida forskning ser jag gärna studier som berör utforskandet av specifika terapeutfaktorer som kan möjliggöra graden av upplåsning av det omedvetna. Eftersom flera studier inkluderade i denna uppsats påvisar att graden av upplåsning av det omedvetna påverkar utfallet av den terapeutiska kontakten där 'major unlocking of the unconscious' predicerar bättre behandlingsresultat hade det varit intressant att undersöka vilka terapeutfaktorer som terapeuter som uppnår 'major unlocking of the unconscious' har.

## Referenser

- Abbass, A. (2015). *Reaching Through Resistance: Advanced Psychotherapy Techniques*. Seven Leaves Press.
- Abbass, A. A., Town, J. M. (2021). *Alliance rupture-repair processes in intensive short-term dynamic psychotherapy: Working with resistance*. Wiley.
- Abbass, A., Town, J. Ogradniczuk, J., Joffres, M., Lilliengren, P. (2017). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy Trial Therapy Effectiveness and Role of "Unlocking the unconscious*. Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 205, Number 6.
- CASP Checklists - Critical Appraisal Skills Programme. (6 maj 2024). *CASP Cohort Study Checklist*.  
<https://casp-uk.net/checklists/casp-cohort-studies-checklist-fillable.pdf>
- CASP Checklists - Critical Appraisal Skills Programme. (6 maj 2024). *CASP Qualitative Studies Checklist*.  
<https://casp-uk.net/checklists/casp-qualitative-studies-checklist-fillable.pdf>
- Coughlin, P. (2023). *Facilitating the Process of Working Through in Psychotherapy*. Routledge.
- Davanloo, H. (1987). *The Unconscious Therapeutic alliance*. In P. Buirski (Ed.), *Frontiers of dynamic psychotherapy: Essays in honor of Arlene and Lewis R. Wolberg* (pp. 64-88). Brunner/Mazel.
- Davanloo, H. (1995). *Unlocking the unconscious: selected papers of Habib Davanloo, MD*. (New ed.) New York, NY: Wiley.
- Della Selva, P. C. (2004). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Routledge.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., Weinberger, J. (2007). *Therapist Affect Focus and Patient Outcomes in Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis*. Am J Psychiatry; 164:936-941.
- Eriksson, K, & Åberg, K. (2023) *ISTDP vid depression och interpersonella problem*. [Psykologexamensarbete, Institutionen för psykologi, Stockholms universitet].
- Eriksson, M. (2023). *ISTDP-terapeuters upplevelse av omedveten terapeutisk allians*. [Psykologexamensarbete, Institutionen för psykologi, Stockholms universitet].

- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur och Kultur.
- Frederickson, J. (2013). *Co-Creating Change: Effective Dynamic Therapy Techniques*. Seven Leaves Press.
- Have-De Labije, J. T., & Neborsky, R. J. (2018). *Mastering Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Karnac Books.
- Johansson, R., Town, J. M., & Abbass, A. (2014). *Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome*. *Peer J*, 2, e548.
- Kuhn, N. (2014). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Reference*. Createspace Independent Publishing Platform
- Lillengren, P., Johansson, R., Town, J. M., Kisley, S., Abbass, A. (2017). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for generalized anxiety disorder: A pilot effectiveness and process-outcome*. Wiley.
- Lingiardi, V., Muzi, L., Tanzilli, A., Carone, N. (2017). *Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review*. Wiley.
- Malan, D. H. (1995). *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*. CRC Press.
- Milton, J., Polmear, C., & Fabricius, J. (2004). *A Short Introduction to Psychoanalysis (Short Introductions to the Therapy Professions)*. SAGE Publications Ltd.
- Osimo, F. (2012) *Intensive Experiential-Dynamic Psychotherapy in the treatment of long-standing depression*. *Theory and Practice of Experiential Dynamic Psychotherapy*. Taylor & Francis Ltd.
- Rosenberg, P. (1987) *Resistance in Psychoanalysis and Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*. *International Journal of Short-term Dynamic Psychotherapy* 2(1): 35-53.  
<https://istdpinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Rosenberg-Resistance-in-Psychanalysis-ISTDP.pdf>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000) *Negotiating the Therapeutic Alliance: A relational treatment guide*. Guilford Publications.
- Sigrell, B. (2000). *Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi*. Natur och Kultur.

- Stern, D. B. (2010). *Partners in Thought: Working with Unformulated Experience, Dissociation, and Enactment*. Taylor & Francis.
- Summer, R. F. & Barber, J. P. (2012). *Psychodynamic Therapy: A Guide to Evidence-Based Practice*. The Guilford Press.
- Svenska föreningen för ISTDP (6 maj 2024). *För klienter: hitta en terapeut*.  
<https://istdpsweden.se/istdp-terapeuter/>
- Town, J. M., Abbass, A., Bernier, D. (2013). *Effectiveness and Cost Effectiveness of Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Does Unlocking the Unconscious Make a Difference?* American Journal of Psychotherapy. Vol. 67, No. 1.
- Vyjayanthi, S. (2014). *Brief Dynamic Psychotherapy in a Case of Obsessive Compulsive Disorder*. Indian Journal of Psychological Medicine. Vol 36, Issue 3.