

PSYKO- TERAPI

INFORMATION OM OLIKA
PSYKOTERAPIINRIKTNINGAR

Psykiateri
Stiftelsen

för främjande av psykisk hälsa genom psykoterapi

Innehåll

Psykotering är effektiv behandling	1
Legitimerade psykotereuter.	3
Utbildningar med examensrätt	5
Hur får man examensrätt?	7
Felbehandling.	8
PsykoteringStiftelsen.	10
PsykoteringMässan är en kvalitetsmessa	11
Samrådsforum för psykotering	12
Samrådsforums medlemsorganisationer	13
Existentiell psykotering.	15
Familjeterapi – en systemisk terapiform	21
Gruppsykotering	30
Kognitiv beteendeterapi	38
Hypnospsykotering.	50
Psykoanalys	59
Psykoanalytisk parpsykotering	68
Psykodynamisk barn- och ungdompsykotering	70
Psykodynamisk psykotering	79
Relationell psykotering	84

Föreningarna för de psykoterapiinriktningar som ingår i *Samrådsforum för psykoterapi* informerar i denna skrift om sina psykoterapiformer.

Varje förening som så har önskat, presenterar sin syn på den vetenskapliga grunden för psykoterapiforskning, vilka resultat som har uppnåtts för den egna inriktningen fram till idag samt hur utvecklingen kan komma att se ut framöver. Texterna har utarbetats i samarbete med forskningsaktiva medlemmar i respektive förening.

Varje förening är ansvarig för innehållet i sin egen text. Föreningarna har gett varandra synpunkter på texterna men varje förening har själv valt i vilken utsträckning man ändrat sina texter utifrån dessa. Någon granskning och anpassning av innehållet för att komma fram till gemensamma ståndpunkter har inte gjorts vare sig av utomstående experter eller föreningarna. Det är alltså inte någon gemensam uppfattning om psykoterapiforskning och vetenskap som presenteras här utan den aktuella uppfattningen som råder inom respektive förening.

Referenser finns både i denna skrift och på Samrådsforums hemsida, www.samradsforum.se.

Denna skrift ges ut av PsykoterapiStiftelsen.

Psykoterapi Stiftelsen

för främjande av psykisk hälsa genom psykoterapi

Psykoterapi är effektiv behandling

I den första stora metaanalysen (sammanställning av ett stort antal forskningsresultat) 1980 om den allmänna effekten av psykoterapi fann man att effekten var överraskande god. Genom åren har fortsatt forskning visat att de väletablerade psykoterapimetoderna ger påfallande goda resultat även om mängden forskningsstudier är mycket olika för olika typer av psykoterapi. I psykoterapiforskningens standardverk, *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Changes*, vars femte upplaga utkom 2004, redovisas positiva resultat internationellt inom alla väl etablerade psykoterapiinriktningarna.

Människor föredrar oftast hjälp genom samtal före annan slags behandling för psykiska problem.

I Sverige har SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) bl.a. i *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt*, 2004, och i *Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturöversikt*, 2005, visat att psykoterapi har mycket god effekt vid behandling av ångest- och depression.

Psykologiskt stöd och psykoterapi lindrar även sjukdomsförlopp och underlättar läkningsprocesser vid kroppsliga sjukdomar.

Psykoterapi ger i jämförelser med psykofarmaka ofta lika bra eller bättre resultat, särskilt på längre sikt. Psykoterapi ger inte heller några biverkningar.

Psykoterapi, som blir allt bättre evidensbaserad, måste bli mer tillgänglig för och få ökade utvecklingsmöjligheter och forskningsresurser i Sverige.

Forskningsöversikter finns med i föreningarnas respektive presentationer. Nya studier och psykoterapiforskningsresultat kommer kontinuerligt vilket gör det svårt att hålla en tryckt skrift uppdaterad.

Tillgänglighet och kostnad för psykoterapi

Psykoterapi kan erhållas genom den psykiatriska vården eller hos en privat psykoterapeut. Högkostnadsskydd gäller vid psykoterapi inom offentlig sjukvård eller om den privatpraktiserande psykoterapeuten har vårdavtal med landstinget. I övrigt överenskommer patient och psykoterapeut om kostnaden. Det är viktigt att psykoterapeuten är legitimerad av Socialstyrelsen eller har grundläggande psykoterapiutbildning och erhåller handledning av en legitimerad psykoterapeut.

Tillgången till psykoterapi, administrativa rutiner och kostnader för patienter kan skilja sig betydligt mellan olika delar av landet.

Referenser

Smith, M.L., Glass, G.V., & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Lambert, M.J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5:th ed. New York: Wiley.

Forsell, Y., & Hansson, A. (2001). *Psykisk ohälsa och behandlingsbehov ur ett befolkningsperspektiv. Data från PART-studien*. Rapport 2001:2, Enheten för Psykisk Hälsa, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.

Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturoversikt. (2004). Rapport nr 166. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering – SBU.

Behandling av ångestsyndrom: En systematisk litteraturoversikt. (2005). Rapport nr 171. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering – SBU.

Legitimerade psykoterapeuter

År 1985 infördes legitimationen för psykoterapeuter. Yrkestiteln psykoterapeut är skyddad i lag och får bara användas av legitimerade psykoterapeuter. Bara legitimerade psykoterapeuter får anställas som psykoterapeuter av landsting och kommuner i deras hälso- och sjukvård. Legitimationen är en garanti att psykoterapeuten är välutbildad och arbetar på väl beprövat sätt. Den legitimerade psykoterapeuten står under tillsyn av Socialstyrelsen.

Legitimation som psykoterapeut kan erhållas av Socialstyrelsen efter psykoterapeutexamen. Utbildningen måste ha genomförts hos en utbildningsanordnare som har examensrätt från Högskoleverket. Examen kräver 90 högskolepoäng under tre års studier på halvtid. Studenten måste, för att vara behörig till psykoterapeutstudierna ha avlagt psykologexamen, läkarexamen med specialistkompetens i psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri, socionomexamen eller annan motsvarande utbildning på minst 180 högskolepoäng. För de två sistnämnda grupperna krävs dessutom grundläggande psykoterapiutbildning.

Efter den grundläggande psykoterapiutbildningen, inklusive egenerapi, ställs krav på två års yrkeserfarenhet inom psykiatrisk vård eller motsvarande (undantag från detta krav görs för läkare med specialistkompetens i psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri). Utbildningsanordnarna har sedan mer detaljerade antagningsbestämmelser som kan vara något olika.

För att den teoretiska kunskapen ska kunna förankras och fördjupas i den kliniska tillämpningen krävs att man under utbildningens gång kan arbeta halvtid med psykoterapeutiska uppgifter. Kraven för psykoterapeutexamen kan komma att förändras inom de närmaste åren.

Legitimerade psykoterapeuter har Sveriges kanske längsta utbildning.

Det finns drygt 5 700 legitimerade psykoterapeuter i Sverige, varav drygt 4 500 arbetar. Drygt 70 % är kvinnor. (Socialstyrelsens statistik nov. 2009).

De vanligaste grundutbildningarna för leg psykoterapeuter är psykolog, socionom och läkare.

Vad är skillnaden mellan psykoterapeut, psykolog och psykiatriker?

En legitimerad **psykoterapeut** har genomgått den ovan beskrivna utbildningen till psykoterapeut.

En legitimerad **psykolog** har femårig högskoleutbildning plus ett års praktik (PTP). Psykologen arbetar inom många områden t ex inom arbetspsykologi, skolan, rättsväsendet, omsorgsvården och den psykiatriska vården. Psykologen kan göra utredningar, genomföra tester och utföra psykologiskt behandlingsarbete.

Psykologen har basutbildning i psykoterapi och kan efter två års psykoterapeutiskt arbete under handledning samt egen psykoterapi söka till den legitimeringsgrundande psykoterapeututbildningen.

En **psykiatriker** är en legitimerad läkare som sedan specialiserat sig inom psykiatri, vilket tar ca fem år efter läkarlegitimationen. Psykiatrikern är specialist inom området psykiska sjukdomar och har rätt att skriva ut mediciner.

Psykiatrikern har basutbildning i psykoterapi och kan efter två års psykoterapeutiskt arbete under handledning samt egen psykoterapi söka till den legitimeringsgrundande psykoterapeututbildningen.

Utbildningar med examensrätt

Följande utbildningar har fn examensrätt. I Högskoleverkets rapport nyligen, *En ny psykoterapeutexamen*, 2011:20 R, föreslås omfattande förändringar i psykoterapeututbildningens utformning. Den som vill utbilda sig till psykoterapeut rekommenderas att i förväg ta reda på att utbildningen har examensrätt.

Ericastiftelsen

Odengatan 9, 114 24 Stockholm, tfn 08-402 17 60

Hemsida: www.ericastiftelsen.se

Barn- och ungdomspsykiatri

Ersta Sköndal högskola/S:t Lukas utbildningsinstitut

Box 11189, 100 61 Stockholm, tfn 08-555 050 46

Hemsida: www.esh.se

Psykodynamisk individualpsykiatri för vuxna (Stockholm, Göteborg och Lund), grupppsykiatri (Stockholm) samt familjeterapi (Stockholm)

Evidens AB

Packhusplatsen 2, 411 13 Göteborg, tfn 031-10 98 30

Hemsida: www.evidens4u.se

Kognitiv beteendeterapi

Göteborgs universitet

Box 100, 405 30 Göteborg, tfn 031-786 00 00

Hemsida: www.gu.se

Individualpsykiatri för vuxna/PDT och KBT, familjpsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri

Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap

Kompetenscentrum för psykoterapi, 171 77 Stockholm, tfn 08-123 391 05

Hemsida: www.ki.se

Kognitiv beteendeterapi

Linköpings universitet

581 83 Linköping, tfn 013-28 10 00

Hemsida: www.liu.se

Kognitiv beteendeterapi, relationell psykoterapi och familjeterapi

Lunds universitet, Institutionen för psykologi

Box 213, 221 00 Lund, tfn 046-222 36 40

Hemsida: www.lu.se

Psykodynamisk psykoterapi för vuxna respektive barn och ungdom, kognitiv beteendeterapi för vuxna respektive barn och ungdom, samt familjeterapi

Stockholms akademi för psykoterapiutbildning (SAPU)

Brännkyrkagatan 76, 118 23 Stockholm, tfn 08-642 10 24

Hemsida: www.sapu.se

Relationell integrativ psykoterapi

Stockholms universitet, Psykologiska institutionen

106 91 Stockholm, tfn 08-16 20 00

Hemsida: www.su.se

Psykodynamisk psykoterapi och kognitiv beteendeterapi

Svenska institutet för kognitiv psykoterapi

Box 6401, 113 82 Stockholm, tfn 08-690 52 60

Hemsida: www.cbti.se

Kognitiv beteendeterapi

Umeå universitet, Institutionen för klinisk vetenskap/Psykoterapi

901 87 Umeå, tfn 090-786 64 33

Hemsida: www.umu.se

Kognitiv och beteendeorienterad terapi, psykodynamisk terapi, barn- och ungdomspsykoterapi samt familjeterapi

Uppsala universitet, Institutionen för psykologi

Box 1225, 751 42 Uppsala, tfn 018-471 21 29

Hemsida: www.psyk.uu.se

Kognitiv beteendeterapi

Hur får man examensrätt?

Utbildningsanordnare som önskar examenstillstånd ansöker om detta hos Högskoleverket, som utser en bedömargrupp som kvalitetsgranskar utbildningen.

För statliga högskolor beslutar sedan Högskoleverket om högskolan ska beviljas examenstillstånd. För enskilda utbildningsanordnare överlämnas bedömargruppens yttrande och Högskoleverkets förslag till regeringen, som beslutar om ansökan ska beviljas.

Med psykoterapeutexamen från en sådan utbildning kan man hos Socialstyrelsen ansöka om legitimation som psykoterapeut. Diplom, licensiering eller någon annan form av examensbevis från psykoterapiutbildningar ger inte rätt att kunna få legitimation. Utbildningen har då antingen inte godkänts för examensrätt eller inte ansökt om detta.

Felbehandling

Det händer emellanåt att patienten/klienten upplever svårigheter i psykoterapi. Det viktigaste och primära är att försöka reda ut situationen med sin psykoterapeut. Om detta inte går eller missförhållandena är allvarigare kan man vända sig till någon av följande instanser.

Om psykoterapeuten (oberoende av om terapeuten är legitimerad eller ej) är anställd inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården inklusive privat verksamhet som finansieras med offentliga medel kan anmälan göras till

- **Patientnämnden**, som är en förvaltning som finns i varje landsting/region. Patientnämnden är en opartisk och fristående instans. Utifrån inkomna synpunkter och klagomål ska förvaltningen
 - hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården,
 - främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal,
 - hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet,
 - rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse till vårdgivare och vårdenheter och därigenom bidra till vårdens kvalitetsutveckling.
- **Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet**, som är nationell tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården. Enheten är inte bunden av vad som står i anmälan utan kan göra en generell undersökning av terapeutens verksamhet och kan ålägga terapeuten att ändra på sin verksamhetsutövning för att få fortsätta. Socialstyrelsen kan anmäla till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och yrka på att terapeuten åläggs en disciplin påföljd. För en legitimerad psykoterapeut kan det därutöver innebära en inskränkning av legitimationen i form av att en prövotid åläggs eller att legitimationen återkallas. Läs mer på www.socialstyrelsen.se/klagapavarden.

Personer som kallar sig terapeuter men som arbetar helt privat och ej är legitimerade lyder under det som tidigare kallades kvacksalverilagen, numera kapitel 4 i Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531). Kapitlet handlar om begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder.

Det finns också **etiska regler** för psykoterapeuter, psykologer, socionomer, läkare m.fl. yrkesutövare antagna av deras fackförbund och yrkesföreningar. Om man har etiska frågor eller har frågor om hur psykoterapin går till kan man alltså vända sig till terapeutens fackförbund eller till förening för den aktuella terapiriktningen.

PsykoterapiStiftelsen

PsykoterapiStiftelsen bildades 2003 och är en politiskt och religiöst obunden ideell stiftelse.

- Stiftelsen är helt fristående gentemot alla psykoteraeutiska inriktningar, föreningar och organisationer.
- Stiftelsens ändamål är att främja psykisk hälsa hos barn, ungdomar och vuxna genom att verka för att psykoterapi görs tillgänglig för dem som kan ha nytta av den.
- Stiftelsen skall sprida kunskap och stödja forskning om psykoterapi, samt arbeta för utveckling och större tillgänglighet av psykoterapi.
- Stiftelsen skall främja kunskapsutbyte mellan olika inriktningar inom psykoterapi och mellan psykoterapi och andra vetenskaper.

Inom ramen för detta ändamål skall stiftelsen

- hålla informationsmöten, konferenser och regelbundet arrangera större arrangemang, som till exempel PsykoterapiMässan,
- stödja och informera om forskning och utveckling inom psykoterapiområdet,
- bidra till utformandet och spridningen av informationsmaterial om psykoterapi,
- samarbeta med för stiftelsens ändamål lämpliga organisationer.

Stöd stiftelsens viktiga arbete för dem som behöver psykoterapi

- För att fler ska få tillgång till psykoterapi.
- För forskning och utvecklingsarbete inom psykoterapi.
- För att öka kunskapen om psykoterapi.

Pg 90 04 16-9

www.psykoterapistiftelsen.se

PsykoterapiStiftelsen organiserar PsykoterapiMässan och producerar denna informationsskrift.

Psykoterapi
Stiftelsen

för främjande av psykisk hälsa genom psykoterapi



PsykoterapiMässan är en kvalitetsmessa

Utställare är legitimerade psykoterapeuter, deras organisationer, arbetsplatser och institutioner. Särskilt inbjudna är patientföreningar, bokförlag, media, politiker, forskare samt myndigheter och organisationer som berör psykisk hälsa, psykoterapi och psykologiskt samtalstöd.

Utställarna arrangerar föreläsningar och seminarier. Panelsamtal hålls om viktiga aktuella frågor. Kvällsaktiviteter brukar arrangeras, t.ex. filmvisning med diskussion, mässmiddag eller mingel och konstnärliga möten i bild, dans och musik.

PsykoterapiMässan vänder sig till

- Politiker, sjukvårdstjänstemän och anställda inom vård, rehabilitering och folkhälsoarbete – som både behöver och efterfrågar information för att kunna fatta välgrundade beslut om tillgången till psykoterapi.
- Allmänheten, media och psykoterapisökande.
- Yrkesverksamma i till psykoterapi angränsande områden – sjukvård, socialvård, barnomsorg, försäkringskassor, lärare, personal verksamma inom näringsliv och organisationer m.fl.
- Psykoterapeuter – professionella program för att mötas, få inblick i och dialog mellan olika inriktningar men också fortbildning inom den egna inriktningen. Presentation och diskussion av forskningsresultat, metoder och utvecklingsprojekt.

PsykoterapiMässan idag

PsykoterapiMässan har med åren blivit ett forum för information, kunskaps-spridning, utvecklande samtal och informella möten för dem som är verksamma inom och intresserade av psykoterapi och närliggande områden.

www.psykoterapimässan.se



Samrådsforum för psykoterapi

Samrådsforum är en instans för överläggningar mellan samtliga föreningar för de olika psykoterapiinriktningarna för legitimerade psykoterapeuter.

Samrådsforum arbetar för bästa kvalitet inom psykoterapi och psykoterapeututbildning samt för att psykoterapi ska vara tillgänglig på rimliga ekonomiska och administrativa villkor för dem som behöver psykoterapi. Detta skiljer sig från fackförbundens överordnade mål som är att arbeta för medlemmarnas yrkesintressen, löner och arbetsvillkor. Psykoterapeuter är organiserade i flera olika fackförbund inom vilka de utgör en mindre andel av medlemmarna.

Genom Samrådsforum når man landets legitimerade psykoterapeuter och får tillgång till expertkunskaper i aktuella och allmänna frågor som berör människors psykiska hälsa.

När departement, riksdag, Socialstyrelsen eller andra institutioner efterfrågar psykoterapeutisk expertis och på ett samlat sätt vill inhämta psykoterapeuters erfarenheter och synpunkter ska man vända sig till Samrådsforum.

Samrådsforum har överläggningar om aktuella psykoterapifrågor 1–3 gånger/halvår, då också representanter i de stora internationella psykoterapiorganisationerna deltar.

Samrådsforums föreningar organiserar tillsammans fler legitimerade psykoterapeuter än någon annan organisation och har sammanlagt ca 2 600 legitimerade psykoterapeuter som medlemmar – av vilka ett antal också kan erbjuda psykoterapi på andra språk.

PsykoterapiStiftelsen ingår i Samrådsforum.

Samrådsforum

c/o RPC, Engelbrektsgratan 35 B, 114 32 Stockholm

tfn: 08-20 15 89

e-post: info@samradsforum.se

hemsida: www.samradsforum.se

Samrådsforums medlemsorganisationer

Beteendeterapeutiska föreningen (BTF)

Ordf: Björn Paxling

E-post: btf.kansli@gmail.com

Hemsida: www.kbt.nu

Adress: Kammakargatan 62, 111 24 Stockholm

Föreningen för barn- och ungdomspsykoterapeuter (fBUP)

Ordf: Kristofer Wikstad

E-post: fbup@enigma.se

Hemsida: www.enigma.se/fbup

Psykoterapistiftelsen

Ordf: Sigmund Soback

E-post: info@psykoterapistiftelsen.se

Hemsida: www.psykoterapistiftelsen.se

Adress: Box 4039, 102 61 Stockholm

Tfn: 070-113 77 00

Riksföreningen psykoterapicentrum (RPC)

Ordf: Lance Cederström

E-post: rpc@rpc.nu

Hemsida: www.rpc.nu

Adress: Engelbrektsgratan 35 B, 114 32 Stockholm

Tfn: 08-20 15 89

Svenska föreningen för familjterapi (SFFT)

Ordf: Marie Forneman

E-post: marie.forneman@sfft.se

Hemsida: www.sfft.se

Adress: Bronsåldersvägen 11, 831 61 Östersund

Svenska föreningen för klinisk hypnos (SFKH)

Ordf: Michael Rundblad

E-post: michael.rundblad@hypnosforeningen.se

Hemsida: www.hypnosforeningen.se

Adress: Erik Dahlbergsgatan 9, 411 26 Göteborg

Telefon: 031-711 71 18

Svenska föreningen för grupppsykoterapi och grupputveckling

Ordf: Charlotta Endrell

E-post: charlotta.endrell@spray.se

Hemsida: www.gruppterapi.org

Svenska föreningen för kognitiva och beteendearbetande terapier (sfKBT)

Ordf: Poul Perris

E-post: ordforande@sfkbt.se

Hemsida: www.sfkbt.se

Svenska föreningen för psykoanalytisk parapsykoterapi (SFPP)

Ordf: Ann-Sofie Schultz Viberg

E-post: asso@bredband.net

Hemsida: www.parpsykoterapi.com

Svenska psykoanalytiska föreningen (Spaf)

Ordf: Arne Jemstedt

E-post: info@psykoanalys.se

Hemsida: www.psykoanalys.se

Adress: Västerlånggatan 60, 111 29 Stockholm

Telefon: 08-10 80 95

Sällskapet för existentiell psykoterapi (SEPT)

Ordf: Gunnar Nilsson

E-post: styrelse@sept.se

Hemsida: www.sept.se

Svenska föreningen för relationell psykoterapi (sfrp)

Ordf: My Frankl

E-post: ordforande@sfrp.se

Hemsida: www.sfrp.se

Existentiell psykoterapi

Existentiell psykoterapi är en form av humanistisk psykoterapi vilken är paraply-termen för några terapiformer som är tämligen vanliga runt om i världen. I en stor internationell studie (Orlinsky & Rönnestad, 2005) omfattande mer än 5 000 terapeuter uppgav t.ex. över 30 % att de hade någon form av humanistisk psykoterapi som en grundform för sitt arbete. En stor andel av terapeuterna uppgav även att de hade humanistiska perspektiv som främsta sidoinfluens för sitt arbete. I Europa finns humanistiska psykoterapiformer i någon form företrädda i samtliga länder som godkända terapiformer (Zerbetto & Tantam, 2001). De vanligaste formerna är gestaltterapi, existentiell terapi samt klient-centrerad terapi.

Den existentiella terapin har ett filosofiskt och humanistiskt sätt att betrakta psykisk ohälsa och menar att denna uppkommer då människan saknar insikt om hur hon kan förhålla sig till en komplicerad livssituation. Symtom som ångest och depression är tecken på denna ”oförmåga att leva väl” och på att individens hållbarhet och återhämtningsförmåga inte fungerat. Terapin fokuserar således på att hjälpa klienten att förstå och förändra sitt samspel med omvärlden så att detta blir mer anpassat till den person hon är idag och till de livsomständigheter som är för handen. Man kan kalla detta för att den existentiella terapin hjälper klienten att ompröva och att återupprätta sitt liv i en ny form.

En viktig utgångspunkt för arbetet är att se människan inte som fast, stel eller determinerad av sitt förflutna eller av ödet, utan som stadd i ständig förändring och tillblivelse. Vi är inte bara komna till denna värld för att reagera på den och låta allt ske utan vi är ”dömda att välja” d.v.s. fatta beslut om hur vi skall samspara med världen för att våra avsikter (intentioner) med den skall komma till uttryck och förverkligas. Men att leva innebär också att vi måste samspara med allt som är där – med andra människor, med den fysiska tillvaron som är för handen, med omständigheter som tillkommer genom tidens gång och utifrån

vår egen ständiga förändring av våra perspektiv, avsikter och värderingar.

Att leva väl i tiden, i rummet och i relationerna är inte lätt och kräver att man har ett perspektiv på sin tillvaro och är beredd att acceptera att allt flyter och förändras, att vi i stor utsträckning väljer vår tillvaro och vilka vi vill bli och att det verkligen betyder något vad vi själva gör för att må bra i det korta och det långa perspektivet. Här skiljer sig såväl enskilda människor som terapiformer åt – i hur man ser på hur fastlåst människan är av sitt förflutna eller sina inlärdade mönster och i vilken mån utveckling är möjlig. Den existentiella terapin intar här den optimistiska positionen att människan bara är svagt bestämd av sitt förflutna och av sina omständigheter och att hon har potentialen att starkt utvecklas och förändra sig under hela livsloppet.

Vad är existentiell psykoterapi bra för?

Existentiell psykoterapi är särskilt användbart i situationer som klienten kan definiera som en livskris, d.v.s. då det vanda sättet att leva har kollapsat eller ställts på ända genom någon yttre händelse (förlust, skada, skilsmässa) eller genom ett förändrat förhållande till sig själv i form av ålder, förändrade värderingar eller insikter. Uttrycken för en sådan krisartad situation kan skifta, men visar sig ofta i vad som kallas ”utbrändhet” eller depression, upplevelse av meningslöshet och tomhet, brist på glädje och livslust. I forskning har goda resultat särskilt visats av existentiell terapi för deprimerade och traumatiserade klienter samt vid somatopsykiska problem samt vid äktenskaps- och relationsproblem. Kort sagt – i alla lägen då man behöver ompröva sin livssituation är den existentiella terapin ett möjligt redskap för att återfå livslust, mening och riktning i tillvaron. Utprovade modeller för existentiellt arbete med ”svårare problem” finns också – t.ex. av Lander och Nahon (2005).

För vem är existentiell psykoterapi bra?

Den existentiella psykoterapin passar bra för den klient som inser sambandet mellan hur man mår och hur man lever och som kan se behovet av att förändra sitt levnadssätt och sin livsinställning för att må bra. Terapin passar även för den som önskar lära sig att leva bättre för att nå ökad hållbarhet och återhämtningsförmåga. Även om terapiformen är grundad i existensfilosofi och i ”existensens psykologi” så krävs inga djupsinniga kunskaper eller förmågor av klienten eftersom samtalet kretsar runt klientens vardag och hennes livs-arrangemang och utforskar den unika livsform som hon eller han är skapare av.

Hur går det till?

Existentiell terapi är främst en samtalsterapi där klienten och terapeuten tillsammans utforskar hur klientens livsomständigheter ser ut och hur dessa har bidragit till att skapa och upprätthålla den psykiska ohälsa som klienten erfar. Detta utforskande görs på ett särskilt sätt (den fenomenologiska arbetsmetoden) så att klientens livsvärld granskas i detalj, ett stycke i taget, så att hennes tillvaro och skälen till denna skapelse blir tydliggjorda. Särskilt fokuseras på klientens livsberättelse (narrativ), hennes upplevda intentioner och livsmål och hennes meningsskapande processer.

Stor vikt läggs vid att skapa en förtroelig relation mellan klient och terapeut och terapeuten strävar att förena en professionell och personlig (om än inte privat) hållning som skall mana fram och tåla uppriktighet, mod och beslutsamhet i klientens nya livshållning. Existentiell terapi är normalt sett inte långvarig (utsträckt över år) eftersom terapin ofta startas i och med att klienten befinner sig i ett akut krisartat livsläge och terapin drar nytta av den motivation och den kraft detta rymmer. Existentiell terapi sker normalt som individualterapi – med unga och vuxna i alla åldrar – men kan även ske som gruppterapi eller som parterapi där nära relationer granskas och bearbetas.

Hur existentiell terapi kan gå till (och låta) finner man beskrivet i t.ex. *Det existentiella samtalet* (van Deurzen, 1998), *Vardagens mysterier* (van Deurzen, 2003) samt i antologin *Ompröva livet* (Stiwne, 2009).

Var kan man få existentiell psykoterapi och vad kostar det?

Existentiell psykoterapi är ännu under uppbyggnad i Sverige och är ännu inte så vanligt förekommande. Idag beräknas finnas c:a 30 fullt utbildade, legitimerade existentiella terapeuter varav de flesta hittas på SEPT:s hemsida och kan nås där. Ytterligare många personer med existentiell grund- eller fortbildning är verkamma i sin profession med existentiella frågor eller med existentiell vägledning. Flera av dessa kan även nås via SEPT. Kostnaden diskuteras med den enskilde terapeuten.

Sällskapet för existentiell psykoterapi – SEPT

Sällskapet för existentiell psykoterapi, som bildades 2005, är en riks-omfattande förening som vill samla och utveckla intresset för existensfilosofi och existentiell psykologi och psykoterapi. Föreningen har idag (2012) c:a 130 medlemmar varav många är intresserade lekmän, medan många andra är verksamma inom primär- och specialistvård eller är privat verksamma med existentiellt inriktad terapi eller vägledning.

Hemsida: www.sept.se

Forskning och vetenskapliga resultat

Vetenskapligt stödjer sig den existentiella terapin på den samlade forskningen rörande humanistiska psykoterapier men även på grundforskning rörande existentiell psykologi och studier som specifikt studerar den existentiella psykoterapin.

Vad gäller grundforskningen inom existentiell psykologi är denna nyligen väl sammanfattad av Greenberg, Koole & Pyszczynski, (2004). Här sammanfattas en omfattande forskning rörande människans konfrontation med existentiella verkligheter såsom döden, kroppens behov och förändringar, åldrandets konsekvenser, risktagande, meningsskapande, religionens roll, förhållandet till andra människor, frihet, vilja och möjligheten av autentiskt respektive alienerat leverne.

Effekter av humanistiska psykoterapier generellt, och vad som skapar dessa effekter, har beskrivits i flera aktuella översikter (Elliott, 2001; Sachse & Elliott, 2001; Greenberg & Lietaer, 2004; Elliott, 2007; Stiwne, 2008). Regelmässigt finner man att humanistiska terapier är jämförbara med andra terapiformer då dessa jämförs såväl i meta-analyser som i studier där olika terapiformer jämförs inom ramen för samma design (se t.ex. Cuijpers, van Straten, Andersson & van Open, 2008).

Den existentiella terapins specifika forskningsläge före år 2000 är väl beskrivet av Walsh & McElwain (2002). Merparten av denna specifika forskning är av naturalistiskt slag eller kvalitativt designad (t.ex. intervjubaserad) och bygger inte på forskningsdesigner med randomisering och starka kontroller av effektvariabler. Detta sammanhänger med en skepsis som finns rörande en konservativ definition av evidensbegreppet – bl.a. ifrågasätts meningsfullheten i RCT-studier (randomiserade kontrollerade studier) och stark kritik riktas mot relevansen (validiteten) i sådan forskning. För mer om denna internationella debatt se bl.a. Norcross, Beutler & Levant (2005) samt Westen, Novotny &

Thompson-Brenner (2004). Relevanta studier som beskriver den existentiella terapins effekter och vad som antas bringa dessa effekter har dock gjorts av bl.a. Aislin et al (2010), Lantz & Gregoire (2000, 2003), Lantz (2004) samt Gortz, (2005). Svensk och europeisk forskning inom områdena folkhälsa och rehabilitering, religionspsykologi samt inom existensfilosofi är också av betydelse för att arbeta med denna terapiform.

Referenser

- Aislin, G., Sherry, S.B., Stewart, S.H., Sherry, D.L., McGrath, D.S., Fossum, K.M. & Allen, S.L. (2010). The existential model of perfectionism and depressive symptoms: A short-term four-wave longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology*, 57, 423-438.
- Cain, D., & Seeman, J. (2002) (eds.). *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008, 76, 909–922
- van Deurzen, E. (1998). *Det existentiella samtalet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- van Deurzen, E. (2003). *Vardagens mysterier*. Lund: Studentlitteratur.
- Elliott, R. (2002) The effectiveness of Humanistic Therapies. In D. Cain & J. Seeman (Eds.) *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Elliott, R., Greenberg, L.S., & Lietaer, G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In: M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Elliott, R. (2007). Person-centred approaches to research. In: Cooper, M., O'Hara, M., Schmid, P.F., & Wyatt, G. *The Handbook of person-centred psychotherapy and counselling*. London: Palgrave.
- Gortz, A. (2005). Existential quality of life: an outcome criteria in psychotherapy research. [org. Existentielle Lebensqualität: Outcome-Kriterium in der Psychotherapieforschung] *Psychotherapie Forum*, 13, 61-68.
- Greenberg, J., Koole, S.L., & Pyszczynski, T. (2004). *Handbook of Experimental Existential Psychology*. New York: Guilford.
- Greenberg, L.S., Watson, J., & Lietaer, G. (1998). *Handbook of Experiential Psychotherapy*. New York: Guilford.
- Lander, N.R., & Nahon, D. (2005). *The Integrity Model of Existential Psychotherapy in Working with the 'Difficult Patient'*. London: Routledge.
- Lantz, J. (2004). Research and evaluation issues in Existential Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 331-340.
- Lantz, J., & Gregoire, T. (2000). Existential Psychotherapy with couples facing

- breast cancer. A twenty year report. *Contemporary Family Therapy*, 22, 315-327.
- Lantz, J., & Gregoire, T. (2003). Existential trauma therapy with men after heart attack. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 19-33.
- Norcross, J.C., Beutler, L.E., & Levant, R.F., Eds. (2005). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington DC: American Psychological Ass.
- Sachse, R., & Elliott, R. (2001). Process-Outcome Research on Humanistic Therapy Variables. In D. Cain & J. Seeman (Eds.) *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stiwne, D. (2008). Vad är verksamt i humanistisk psykoterapi? I. B. Philips, & R. Holmqvist (red.). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber.
- Stiwne, D. (red.), (2009). *Ompröva livet. Existentiell vägledning och terapi i ny tillämpning*. Lund: Studentlitteratur.
- Walsh, R.A., & McElwain (2002). Existential psychotherapies. In D. Cain & J. Seeman (Eds.) *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Westen, D., Novotny, C.M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- Zerbetto, R., & Tantam, D. (2001). The Survey of European Psychotherapy Training 3: what psychotherapy is available in Europe? *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 4, 397-405.

Familjeterapi – en systemisk terapiform

Familjeterapi är en form av psykoterapi där man arbetar med hela eller delar av familjer för att lösa problem, bemästra svåra livssituationer och komma vidare i kriser. Familjeterapi introducerades i Sverige redan i slutet av 1960-talet, och har sedan dess utvecklats och fått en bred spridning över hela landet. Genom att man tidigt kunde påvisa positivt dokumenterade effekter av familjeterapi, blev denna riktning en av de första som godkändes för legitimation som psykoterapeut i Sverige. Familjeterapi uppstod som en reaktion på erfarenheter av individuella behandlingar, där man ofta kunde se att behandlingseffekter gick tillbaka efter att individen återvänt till sin familj. Man började förstå mer om hur en familj kunde bidra till både uppkomsten och vidmakthållandet av problem. På senare år har familjens betydelse i dessa avseenden betonats allt mindre. Desto större vikt fäster man numera vid familjen som en positiv resurs för övervinnandet av olika svårigheter. Sedan mer än tjugofem år tillbaka bedrivs en systematisk utvärderingsforskning inom familjeterapiområdet i Sverige.

Familjeterapi och andra former av familjesamarbete

Familjeterapi är en form av psykoterapi som bedrivs av därtill speciellt utbildade personer. Familjeterapi är ett gemensamt frivilligt projekt med överenskomna mål och arbetsformer. Den kan bedrivas i privat eller offentlig regi. Familjeterapi skiljer sig från andra former av familjebehandling, familjestöd och familjesamarbete som förekommer inom psykiatrin, socialtjänsten och i den privata sektorn genom dels psykoterapeutens speciella utbildning, dels det speciella psykoterapeutiska kontrakt som utformas.

Teoretisk grund

Teoretiskt grundar sig familjeterapin på systemteorin. Denna innebär i korthet att i ett mänskligt system är helheten alltid mer än summan av delarna. Delarna i ett system hänger samman i ett ömsesidigt samspel, där alla delar påverkar de andra. Sker en förändring i en del av systemet så påverkas också de andra delarna. Detta har stora konsekvenser för psykoterapin. Det innebär t.ex:

- Att en förändring i en del av ett system, t.ex. en familj, kan motverkas eller förstärkas av andra delar i systemet. Ett psykoterapeutiskt förändringsarbete kan alltså bli mer verkningsfullt om olika delar av det system som omger den lidande personen engageras i processen.
- Att en förändringsprocess kan bli mer intensiv om flera personer ur samma familj tar med sig erfarenheter från gemensamma samtal och arbetar vidare med detta också mellan samtalen. På så sätt kan psykoterapin ofta bli både kortare och mer intensiv.
- Att en återgång till tidigare problembeteende blir mindre sannolik, om de närstående har genomgått en gemensam förändringserfarenhet.

Systemteorin är också en teori för att beskriva processer inom individen och mellan individer. Inom individen samspelar handlingar, tankar och känslor på ett sådant sätt att de ömsesidigt påverkar varandra. De individuella psykoterapierna har olika inriktning beroende på om de fokuserar mest på handlingsaspekten, på känslaspekten eller på tankeaspekten. Men också mellan individerna i en familj samspelar handlingar, tankar och känslor i system. Det innebär att familjeterapeuten kan arbeta både med systemet av känslor, av tankar och av handlingar. Ibland arbetar familjeterapeuten huvudsakligen med vad man gör, interaktions-systemet. Samtalen blir möten där man utforskar vad man kan göra annorlunda. I andra lägen arbetar man mer med tankarna, föreställningarna, hur man i familjen tänker om vad som är möjligt och omöjligt. Man har också alltmer kommit att betona den känslomässiga nivån. Affektiv kommunikation är centralt i mycket av den moderna familjeterapin. Systemteorin säger att en förändring på en systemnivå åtföljs också av förändringar på andra nivåer.

Systemteorin är en övergripande teori. Men familjeterapeuten använder sig också av utvecklingspsykologiska, psykiatriska, inlärningspsykologiska och socialpsykologiska teorier för att vägledas i sitt arbete.

Det salutogena perspektivet

Familjeterapi i Sverige idag kan se mycket olika ut idag, men ett förenande drag är vad vi skulle kunna kalla ”det salutogena perspektivet” (det hälsofrämjande).

Det innebär två saker. För det första att man grundar sig på kunskaper om vad det är för faktorer i människors liv som skapar hälsa. (I psykoterapiens tidiga historia tänkte man tvärtom, man fokuserade helt på att försöka förstå vilka faktorer som skapade sjukdom och problem.) Det innebär att familjeterapeuten genom samtalen försöker bidra till att klienternas liv blir begripliga, hanterbara och meningsfulla. Det salutogena perspektivet innebär vidare att terapeuten har sitt huvudintresse inriktat mot här och nu och mot framtiden, medan det förflutna spelar en bakgrundsroll. Terapeuten är också förhållandevis mer intresserad av att urskilja resurser och positiva erfarenheter än av brister och ofullkomligheter. Det salutogena perspektivet utesluter inte att man också fokuserar på svåra upplevelser. En sådan betoning finns i familjeterapier vid trauma, vid anknytningsorienterade familjeterapier och vid emotionellt fokuserade parterapi.

Vad är familjeterapi bra för?

Familjeterapi har prövats på en mängd psykiatriska, sociala och relationella problem. De bäst dokumenterade effekterna vid stora jämförande vetenskapliga studier har visats vid en mängd olika beteende- och känslomässiga problem hos barn och ungdomar. Därför har familjeterapi sedan länge en stark plats som behandlingsmetod vid våra barn- och ungdomspsykiatriska kliniker. Vidare har det visat sig vara framgångsrikt vid arbete med äktenskapskriser och samlevnadsproblem inom äktenskapet. Med vuxna klienter har familjeterapi utvärderats med positiva resultat vid missbruk i olika former och vid allvarlig psykisk sjukdom. Allt fler studier visar också på familjeterapiens roll vid behandling av svåra kroppsliga sjukdomstillstånd både hos barn och vuxna. När familjeterapi har jämförts med andra psykoterapiinriktningar, har resultaten oftast varit att familjeterapi är lika bra, i några fall bättre än andra metoder. När det gäller anorexi, utagerande beteende och kriminalitet hos ungdomar finns särskilt god dokumentation om effektivitet.

När bör familjeterapi väljas?

Känslomässiga och beteendemässiga problem hos barn och ungdomar. Relationsproblem inom familjen eller äktenskapet. Som en nödvändig del i en sammansatt behandling när det gäller: Svår psykisk sjukdom, missbruk, våld inom familjen.

Familjeterapi är en väl beprövad metod med effekter jämförbara med andra psykoterapeutiska metoder avseende: *Ångest, depression, kriser och olika anpassningssvårigheter.*

Familjeterapi kan vara den enda möjliga psykoterapeutiska metoden när målpersonen själv inte är tillräckligt motiverad för ett krävande förändrings-

arbete, men där det finns en engagerad familj som tillsammans kan få ett psyko-terapeutiskt arbete igång. För människor som kommer från en mer familjeorien-terad kultur än den svenska är det ofta naturligt att välja familjeterapi.

Hur går det till?

Vanligen får den sökande själv bestämma vilka familjemedlemmar som ska delta vid det första samtalet. I allmänhet är det en fördel om så många som möjligt som bor under samma tak kan delta från början. Därefter avtalas gemensamt vilka som ska delta, det kan variera mycket under terapins gång. Även individu-ella samtal kan förekomma inom en familjeterapis ram. Ofta kan stora föränd-ringar uppnås på relativt få samtal, det är vanligt att en familjeterapi innehåller mellan fem och femton samtal under ett års tid och vissa fall kan en behandling bli längre. Ett samtal är mellan 45 och 90 minuter långt. Metodiken anpassas till deltagarnas ålder och stil, t.ex. kan en del familjeterapeuter ge hemuppgifter mellan samtalen. Förutsättningen för att familjeterapin skall lyckas, och det gäl-ler ju all psykoterapi, är att en god kontakt mellan terapeut och familj etableras tidigt. Terapeuten lämnar oftast stor frihet till deltagarna att välja vad man bör prata om, men hon är i allmänhet relativt aktiv och styrande i hur samtalet förs. För att ett samtal ska bedrivas så effektivt som möjligt, föredrar många terapeuter att arbeta i par, ofta man och kvinna. I vissa fall kan man få möjlighet att ha ett team som deltagare i samtalet. Teamet kan då via reflektioner bidra till att samta-let förs framåt och man fördjupas i sin förståelse av problemen. Även videoåter-givning av samtal kan i vissa fall vara ett värdefullt hjälpmedel.

Vilka olika familjeterapeutiska metoder finns det?

Familjeterapin har utvecklats i mötet med olika typer av problemställningar till att bli alltmer specifik. Här följer några av de i Sverige mer kända varianterna av familjeterapi.

Systemisk familjeterapi kan dels beteckna de flesta familjeterapier som bygger på systemteoretisk grund, men det kan också betyda en mer specifik form där man arbetar med en speciell intervjuteknik och undviker att ge familjen direktiv. Systemiska principer kan också tillämpas i psyko-terapeutiskt arbete med indivi-der och grupper.

Narrativ terapi inriktar sig på att lyssna efter familjens berättelse och att i samspel omskapa den.

Lösningsfokuserad familjeterapi inriktar sig snabbt på att finna och förstärka familjens egen väg till lösningar.

Funktionell familjeterapi och *multisystemisk terapi* (MST) är vetenskapligt

utprovade metoder som speciellt riktas till ungdomar med asocialt utagerande.

Marte Meo och *Barnorienterad familjeterapi* är metoder som inriktar sig på samspel mellan föräldrar och mindre barn, och där videoåtergivning spelar en stor roll.

Psykopedagogisk familjeterapi har ett tydligt pedagogiskt innehåll och tillämpas mest vid psykiatriska och somatiska sjukdomstillstånd.

Anknytningsorienterad och *emotionellt fokuserad familjeterapi*. De inriktar sig på intensiv affektiv kommunikation och har utvecklats framförallt i arbete med depression, trauma och äktenskapsproblem.

Multi-familjeterapi har på senare år tilldragit sig stor uppmärksamhet. Man arbetar med flera familjer samtidigt i olika konstellationer under intensiva perioder. Arbetssättet används bland annat inom ätstörningsbehandling och vid beteendeproblem hos barn.

Det viktiga för den som söker hjälp är inte att hålla reda på alla dessa metoder, utan att diskutera med psykoterapeuten om hur hon arbetar och att man gemensamt kommer överens om ett arbetssätt som passar båda parter.

Var kan man få familjeterapi, och vad kostar det?

På barnpsykiatriska kliniker, på vuxenpsykiatriska kliniker och på många kommunala familjerådgivningar finns det legitimerade psykoterapeuter med familjeterapeutisk inriktning. I de större städerna finns det också i allmänhet privatpraktiserande familjeterapeuter under rubriken "Legitimerade psykoterapeuter" på Gula Sidorna. Kan man få remiss till en privatpraktiserande familjeterapeut kostar samtalet som ett besök i landstingets sjukvård. Annars får man vara beredd att betala 800 kr–1200 kr per samtal. Legitimerade familjeterapeuter utbildas på universiteten i Lund, Göteborg, Linköping, Stockholm och Umeå.

Referenser

Orientering om familjeterapi

Abrahamsson, E., Berglund, G. (1997). *Skapande konversation. Möten med familjeterapeuter och deras idéer*. Stockholm: Mareld.

Carr, A. (2000). *Family Therapy, Concepts, Process and Practice*. London: Wiley.

Dallos, R. & Draper, R. (2010). *An introduction to family therapy*. Mac Graw Hill, London

Gurman, A. S., Knisker, P. D. (eds) (1991). *Handbook of family therapy, vol II*. New York: Brunner/Mazel.

Hansson, K., Sundelin, J. (red) (1995). *Familjeterapi. Tillämpningar ur ett svenskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

- Hansson, K. (2001). *Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt*. Stockholm: Gothia.
- Hårtveit, H., Jensen, P. (2005). *Familjen plus en. En resa genom familjeterapins praktik och idéer*. Stockholm: Mareld.
- Lebow, J L (2005) *Handbook of Clinical Family Therapy*. Wiley and Sons New York
- Lundsbye, M. et al. (2000) *Familjeterapins grunder. Ett interaktionistiskt perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Olsson, H., Pettitt, B. (1999). *Familjeterapilexikon*. Stockholm: Mareld.

Svenska föreningen för familjeterapi - *sfft*

sfft bildades 1987 i samband med den första nordiska kongressen i familjeterapi i Linköping. Inom föreningen finns elva regionala föreningar som alla ger ut medlemsblad och arrangerar föreläsningar, workshops och andra lokala aktiviteter. Riksföreningen arrangerar en årlig konferens och ger ut tidskriften Svensk Familjeterapi. Vart tredje år arrangeras tillsammans med övriga länder en nordisk kongress. Föreningen är öppen för allasom är intresserade av familjeterapi. Den har c:a 1 000 medlemmar. Gå med via hemsidan nedan.

Riksföreningen är medlem i NFTO, National Family Therapy Organizations.

Hemsida: www.sfft.se

Om psykoterapiforskning

Den familjeterapeutiska forskningen står idag på fast grund både internationellt och nationellt. Under de senaste åren har ett flertal doktorsavhandlingar inom familjeterapi och närliggande områden publicerats i Sverige (t.ex. André Ljöfholm, 2011; Axberg, 2007; Gustle, 2007; Hartzell, 2010; Hedenbro, 2006; Lundblad, 2005). Forskningen inriktar sig huvudsakligen på tre delar; effektstudier, processtudier och cost-benefit studier. Med effektstudier avses undersökningar om en viss behandling har avsedd effekt eventuellt i jämförelse med andra behandlingar. Med processtudier avses att undersöka vad eller vilka faktorer som har effekt inom en viss behandling eller över flera behandlingsformer (common-factor-forskning). Med cost-benefit undersökningar avses studier som lägger tonvikten vid ekonomiska kostnader/utfall av behandlingar. Vidare har man inom familjeterapikretsar utvecklat vad som kallas samforskning mellan kliniker

och familjer. Den fokuserar på att fördjupa förståelsen av vad som är verksamt i den psykoterapeutiska processen.

Forskning och vetenskapliga resultat

Den familjeterapeutiska forskningen uppvisar enligt ett flertal översiktsartiklar (Borgengren & Campenhausen, 2010; Carr, 2009a; Carr, 2009b; Hansson, 2001; von Sydow et al., 2010) positiva resultat inom ett flertal områden. Man har kunnat konstatera klara positiva effekter av familjeterapi inom en rad problem; barn med beteendestörningar, ungdomsocialitet, missbruk (både hos barn och vuxna), psykosomatisk problem hos barn och ungdom (svårinställd diabetes, anorexi, allergiska tillstånd), överviktiga barn, psykoser, par-/äktenskapsproblem samt depression hos ungdomar och vuxna. I Sverige har en rad studier inom olika områden bedrivits, både randomiserade studier och uppföljning av en undersökningsgrupp (föräldrautbildningar, Marte meo, Multidimensional treatment foster care, Multisystemisk terapi, Funktionell familjeterapi, överviktiga barn, anorexi, svårinställd diabetes och familjebehandling på avdelning, psykoser och par-/äktenskapsterapi).

Aktuell och framtida forskning

Under det senaste årtiondet har det kommit flera intressanta processtudier som gäller familjeterapi. Det är viktigt att skilja på processtudier från individualterapi och familjeterapi eftersom den terapeutiska "settingen" är helt annorlunda. Detta betyder att resultat från individualterapi sannolikt inte direkt kan överföras till familjeterapi. Ett viktigt begrepp är "adherence" – modelltrogenhet. Flera studier har visat att om terapeuter följer den modell som är beskriven i en manual blir behandlingsresultaten generellt bättre. Dessutom har man kunnat visa att dålig manualtrogenhet kan ge sämre behandlingsresultat än "behandling som vanligt". Man har också kunnat visa att olika terapeutbeteenden sammanhänger med bättre resultat (Alexander et al. 2000) samt att vissa interventioner sammanhänger med positivt utfall. Ett annat viktigt begrepp i psykoterapiforskningen är "allians". Då det gäller familjeterapi är detta också viktigt, men ter sig något annorlunda än i individualterapi. Här har man kunnat visa att det är viktigt att ha god och jämn allians mellan de olika familjemedlemmarna för att undvika avhopp i terapin (Robins et al., 2003).

Cost-benefit forskningen är som helhet förbisedd vilket är förklarligt eftersom det är komplicerat att ta reda på behandlingskostnader. Internationellt finns emellertid flera bra exempel. Också i Sverige finns exempel, t.ex. minskade vårdkostnader vid familjeterapi för psykosomatiskt sjuka barn, påvisbara

förebyggande effekter av föräldraträningsprogram samt mätningar av kostnads-effektivitet vid Multisystemisk terapi (MST).

Familjeterapi kommer troligen att utvecklas mycket inom det medicinska området, då i kombination med andra behandlingsinsatser. Redan nu har man kunnat visa att det är viktigt att ha ett familjeperspektiv vid neurologiska problem. Inom en snar framtid kan det också bli aktuellt vid beteendegenetiska frågeställningar, speciellt som allt gedignare forskning kommit fram till hur interaktionen mellan gener och miljö fungerar.

Andra utvecklingsområden internationellt och i Sverige inom familjeterapiforskningen handlar om att integrera modern utvecklingspsykologi och anknytningsteori med familjeterapi som t.ex. i behandlingsmetoden Theraplay (Booth & Jernberg, 2010) och anknytningsbaserad familjeterapi (ABFT) (Diamond et al., 2010; Robinson, Hetrick & Martin, 2011). Manualbaserade metoder blir också vanligare inom familjeterapi vilket innebär att det är lättare att uppfylla ”adherence” vilket ger bättre förutsättningar för forskning. Ett sådant exempel är multifamiljeterapi och dess tillämpning vid anorexia nervosa. En manual som bygger på tidigare familjeterapiforskning (Lock, 2011) och engelsk manual finns översatt till svenska av Wallin (2007).

Referenser

- Andrée Löfholm, C. (2011). *Multisystemisk terapi i Sverige – evidensbaserad metod i nytt sammanhang*. Doktorsavhandling. Lund University, School of Social Work.
- Axberg, U. (2007). *Assessing and treating three to twelve-year-olds displaying disruptive behaviour problems*. Doktorsavhandling. Göteborgs Universitet, Psykologiska institutionen.
- Booth, P. B. & Jernberg, A.M. (2010) *Theraplay: Helping Parents and Children Build Better Relationships Through Attachment-Based Play*. Jossey-Bass, Wiley, Third Edition.
- Borgengren, M., & Campenhausen, M. (2010). Vad vet vi om effekten av att ta med familjen i behandlingen. *Fokus på Familien*, 2, 135-157.
- Carr, A. (2009). The Effectiveness of Family Therapy and Systemic Interventions for Child - Focused Problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 3-45.
- Carr, A. (2009). The Effectiveness of Family Therapy and Systemic Interventions for Adult- Focused Problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 46-74.
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., Levy, S. (2010). Attachment-Based Family Therapy for Adolescents with Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2, 122- 131.

- Gustle, L-H. (2007). *Implementering och korttidsuppföljning av multisystemisk terapi*. Doktorsavhandling: Lunds Universitet, Institutionen för psykologi.
- Hansson, K. (2001). *Familjebehandling på goda grunder: en forskningsbaserad översikt*: CUS & Gothia.
- Hartzell, M. (2010). *The First Meeting at Child and Adolescent Psychiatry*. Doktorsavhandling. Uppsala Universitet. Medicinsk fakultet.
- Hedenbro, M. (2006). *The family triad - the interaction between the child, its mother, and father from birth to the age of 4 years old*. Doktorsavhandling: Karolinska Institutet.
- Lock, J. (2011). Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion of Psychiatry*, 24, 274-279.
- Lundblad, AM. (2005). *Kärlek och Hälsa. Parbehandling i ett folkhälsoperspektiv*. Doktorsavhandling: Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap, Göteborg.
- Sydow, K., Behr, S., Schweitzer, J., & Retzlaff, R. (2010). The Efficacy of Systemic Therapy With Adult Patients: A Meta-Content Analysis of 38 Randomized Controlled Trials. *Family Process*, 4, 457-485.
- Robinsonson, J., Hetrick, S. E., & Martin, C. (2011) Preventing suicide in young people: systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 3-26.
- Robins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., & Perez, G. A., (2003). Alliance and Dropout in Family Therapy for Adolescents With Behavior Problems: Individual and Systemic Effects. *Journal of Family Psychology*, 1(4), 534-544.
- Wallin U. (2007) *Multifamiljeterapi vid anorexia nervosa. Behandlingsmanual*. Framtagen vid Enheten för Anorexi och Bulimi. – BUP, USIL, Lund.

Gruppsykoterapi

Gruppsykoterapi – eller gruppterapi som man i allmänhet säger – är psykoterapi där flera människor samtidigt träffar en terapeut. Gruppen kan vara symptom- eller probleminriktad, t.ex. flickor som varit utsatta för incest, barn till missbrukande föräldrar, individer med ätstörningar, tonårsgrupper, individer med utmattningsdepression, krisgrupper o.s.v. Gruppen kan också vara mer allmän och vända sig till individer med olika kön, ålder och problem. Det som är gemensamt är att man, på ett läkande sätt, använder sig av de dynamiska krafter som finns i en grupp. Det kan röra sig om allt från att känna igen sig hos andra – man är inte ensam, hoppet man ser när andra blir bättre, vad man kan lära av andras erfarenheter, glädjen av att betyda något för någon annan, bättre social kompetens till mer komplicerad mellanmänsklig inlärning med insikt på flera olika nivåer.

Människan påverkas och formas av sin relation till betydande andra

Människan påverkas och formas av sin relation till betydande andra, föräldrar, skola, arbete, kamrater. Oavsett vilka akuta problem man lider av så visar sig människans svårigheter i förhållandet till andra, att framträda inför andra, att ta plats, att utveckla och behålla relationer, att klara av både intimitet och separationer. Svårigheterna är naturligtvis olika mellan olika människor, men de svårigheter som finns inom varje individ, bl.a. beroende på tidigare erfarenheter, visar sig i närvaro av och i kontakt med andra.

Ett socialt mikrokosmos

Gruppen kan sägas vara ett socialt mikrokosmos – ett samhälle i miniatyr. Varje gruppmedlem får möjlighet att i gruppen undersöka sitt förhållande till de andra medlemmarna i gruppen och på det viset bättre förstå hur tidigare erfarenheter från den närmaste omgivningen (föräldrar, kärleksrelationer, vänskapsförbindelser, chefer och arbetskamrater) påverkar den bild man har av sig själv.

En spegelsal för individen

Gruppen fungerar som en ”spegelsal”. Anonymiteten och ramarna kring gruppen ger en trygg bas för att undersöka relaterandet till andra och på så vis utvecklas en medvetenhet om det egna agerandet och om hur man uppfattas av andra. Gruppens omfattningsförmåga – gruppterapeutens och gruppmedlemmarnas gemensamma potential, bygger på samtligas livserfarenheter, kunskaper, känslor och tankar.

Att utveckla förmågan att kommunicera

Det fritt flytande samtalet i gruppen är motsvarigheten till psykoanalysens fria associationer. En av de viktigaste uppgifterna i gruppen är att utveckla förmågan att kommunicera, en utveckling som brukar jämföras med den terapeutiska processen. Utveckling av kommunikationen innebär att dilemman, konflikter och förut dolda underliggande och omedvetna svårigheter kan artikuleras i språket.

Historik

Joseph Pratt brukar räknas som gruppterapins pionjär. Han var invärtesläkare och behandlade patienter med svår tuberkulos som han samlade i grupper, då han insåg sambandet mellan kropp och själ och därför ville behandla hela individen. Han beskrev sin gruppterapi redan 1905.

Jacob Moreno (psykodramats konstruktör), ansåg redan 1912 att Freud var begränsad i sina teorier och ville ta vid där han upplevde att Freud slutade, genom att låta patienterna i en terapigrupp leva ut sina drömmar. Med sig själv som regissör uppmuntrade han gruppmedlemmarna att utnyttja de processer som uppstod i gruppen mellan dess olika deltagare.

Adolf Adler, som tillhört kretsen kring Freud, var övertygad om att inte bara den inre dynamiken påverkar människor och deras personlighet utan även yttre interaktioner. Sociala motiv är viktiga för individens utveckling. 1921 började han och hans kolleger med kollektivterapi.

Trigant Burrow (en av de psykoanalytiska pionjärerna i USA) började experimentera med grupper under 1920-talet. Någon form av fältteorier började formuleras av gruppintresserade analytiker, där gruppen sågs som någon form av helhet.

Kurt Lewin var socialpsykolog och ansåg att gruppen är ett fält av krafter/spänningar, som motsvarar de behov och mål gruppdeltagarna strävar efter. Krafterna påverkar varandra, så att gruppen alltid är något annat än summan av sina delar.

Helen Durkin försökte 1964 ge ett psykoanalytiskt djup som komplement till den socialpsykologiska forskningen, som sedan 1930-talet bedrivits av Kurt

Lewin och hans efterträdare, genom att försöka formulera en psykoanalytisk teori om gruppens dynamik.

I slutet av andra världskriget började man använda gruppsykoterapi för att behandla soldater som blivit hemskickade från sina förband p.g.a. psykiska reaktioner. Vid Northfield, ett militärsjukhus utanför London, växte gruppanalytisk psykoterapi och psykoanalytisk gruppterapi fram. På detta sjukhus arbetade först W. R. Bion och senare även S. H. Foulkes.

W. R. Bion "Experiences in Groups" utkom år 1974. Bion benämner tre grundantaganden som försvar i grupper: beroende, flykt/kamp och parbildning i förhållande till den arbetande gruppen. Dessa begrepp har varit centrala i förståelsen av och kunskapen om grupp- och organisationsutveckling.

S. H. Foulkes initierade och utvecklade den gruppanalytiska psykoterapin. Analys i, av och genom gruppen är ett uttryck som fångar essensen i begreppet gruppanalys. Utvecklingen av förmågan att kommunicera står i centrum för Foulkes teorier.

På 60-talet började en del psykoanalytiker i Sverige att intressera sig för grupper. Under 70-talet växte det fram gruppterapiutbildningar och föreningar över hela landet. Grupper var på modet inte minst inom arbetslivet. Många av dessa grupper var aktionsinriktade och uppmuntrade utlevelse, ofta i primitiva och naiva former. Svenska föreningen för Gruppsykoterapi bevarade emellertid sin analytiska tradition.

Vad är gruppsykoterapi bra för?

Gruppsykoterapi erbjuder unika möjligheter att undersöka och förstå sitt förhållande till sig själv och andra. Genom gruppen kan man pröva sitt förhållnings-sätt till andra och bättre förstå sina relationer även utanför gruppen. I gruppen kan man dela oro och farhågor och få hjälp att se nya lösningar på sina problem. Man får höra om andras liv och får nya perspektiv på sitt eget.

I gruppen kan varje medlem växla mellan att vara huvudperson, medspelare, åskådare eller hjälpare. Förmågan att kommunicera utvecklas. När en tillräcklig grad av sammanhållning uppstått i gruppen med inbördes acceptans och tillit, finns också förutsättningar för att djupare och mer okända motiv och behov hos medlemmarna skall göra sig gällande. Emotionella erfarenheter kan bearbetas och ge ökad självinsikt och mognad.

För vem är det bra?

Oavsett vilka akuta problem man lider av, så rör i grunden alla människors svårigheter förhållandet till andra. Att framträda inför andra, att behålla och utveckla relationer, att klara intimitet och separationer är något som kan bearbetas

i gruppsykoterapi. De svårigheter som finns inom varje enskild människa visar sig i närvaro av och i kontakt med andra och terapiformen är därför tillämpbar i de flesta situationer och för de flesta problem. Det är dock inte självklart att alla passar i samma grupp, men man kan skapa grupper för alla.

Hur går det till?

Innan gruppterapin börjar, träffar man gruppterapeuten för bedömnings- och informationssamtal. Gruppterapin kan antingen ske i sluten form – alla börjar och slutar samtidigt, eller i halvöppen form – där deltagaren börjar i en redan pågående grupp och man själv bestämmer, när man vill sluta. På det sättet kan deltagarna själva bestämma den tid de går i gruppen och både start och avslutning blir mer individuell. Det är dock viktigt att ha en viss uppsägningstid, för att ge möjlighet att bearbeta problem med separationer.

Gruppsykoterapi innebär oftast att gruppen träffas en gång per vecka i 1½ timme under en längre period. Enstaka grupper träffas två gånger per vecka. Gruppen kan även vara en korttids grupp, då man träffas 12–20 gånger. Ofta är den då fokuserad på något speciellt problemområde. Gruppterapin har vissa ramar som man förbinder sig att följa i en överenskommelse med gruppterapeuten. Det kan gälla att man förbinder sig att gå i gruppen en viss tid, att man har viss uppsägningstid innan man slutar, att man inte träffas utanför gruppen eller lämnar ut information om enskilda gruppmedlemmar. Överenskommelsen gäller också tid och plats samt hur betalningen bör ske.

Var kan man få gruppterapi? Vad kostar det?

- På vissa psykiatriska mottagningar finns möjlighet till gruppterapi.
- Psykoterapisällskapet i Stockholm, www.psykoterapisallskapet.se.
- Svenska föreningen för gruppsykoterapi och grupp-utveckling bedriver förmedling för den som vill gå i grupp. Förmedlaren svarar även på frågor om gruppterapi. Meddelande kan lämnas på telefonsvarare (08-32 73 43). Man kan även gå in på föreningens hemsida www.gruppterapi.org och få namn och telefonnummer till gruppterapeuter anslutna till förmedlingen.

Gruppsykoterapi är ofta mindre ekonomiskt betungande än individualterapi.

Referenser

- Agazarian, Y. M., Peters, R. (1995). *The visible and Invisible Group*. London: Karnac
- Barnes, E. and H. (1988). *An introduction to groupwork*. New York: Palgrave.
- Dalal, F. (1998). *Taking the Group Seriously - toward a post - Foulkesian Group Analytic Theory*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- Foulkes, S. H. (1986). *Group Analytic Psychotherapy. Method and Principles*. (reprint 2002). London: Karnac.
- Litzell Berg, P. (1997). Om co-terapi och grupp. *Psyko-terapeutiska Skrifställningar Nr 14*.
- Stock Whitaker, D. (2001). *Using groups to help people*. Hove: Brunner-Routledge.
- Widlund, I. (red.) (1995). *Den analytiska gruppen*. Stockholm: Natur & Kultur. Finns som e-bok.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Svensk forskning:

- Ahlin, G. (1996). *Exploring psychotherapy group cultures*. Akademisk avhandling, Institutionen för neurovetenskap, Karolinska Institutet.
- Lundqvist, G. (2005). *Childhood sexual abuse. Women's mental and social health before and after grouptherapy*. Akademisk avhandling, Medicinska fakulteten, Lunds universitet.

Svenska föreningen för gruppsykoterapi och grupputveckling

Föreningen bildades år 2002. Den har sina rötter i tidigare lokala gruppsykoterapiföreningar och Riksförbundet för gruppsykoterapi, som var en paraplyorganisation för de lokala föreningarna. Föreningen är en intresseförening och har till uppgift att utveckla kunskap om grupper och professionellt arbete med grupper, vilka syftar till att bearbeta medvetna såväl som omedvetna psykiska och sociala processer. Föreningen har c:a 100 medlemmar och är internationellt ansluten till EFPP (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the public sector) och IAGP (International Association for Group Psychotherapy and Group Processes).

Hemsida: www.gruppterapi.org

Om psykoterapiforskning

Under rubriken ”gruppterapi” ryms många olika företeelser. Vanligast är kanske att man associerar till s.k. processgrupper, där fokus ligger på interaktionen och utbytet mellan gruppdeltagarna, vilket då betraktas som den centrala psykoterapeutiska faktorn. Forskning om gruppterapi handlar emellertid i lika hög grad om mer strukturerade terapiformer. Gruppterapi kan ha olika teoretiska utgångspunkter, som kan variera från kognitiv beteendeterapi (KBT) till gruppanalys, psykodrama, interpersonlig, psykodynamisk, fokuserad och systemcentrerad gruppterapi.

I forskning behöver man analysera såväl patient- som terapeutfaktorer och deras relation så som den kommer till uttryck t.ex. i den psykoterapeutiska alliansen. Strukturella aspekter av gruppterapi berör frekvens, intensitet, längd på behandling, gruppstorlek, förekomst av uppföljningsträffar och givetvis kontext; om det rör sig om öppenvård eller slutenvård, psykiatri eller primärvård, etc.

Därutöver måste hänsyn tas till det specifika för just gruppterapi, nämligen gruppodynamik och gruppprocesser. Inom detta område har svensk forskning bidragit med viktig kunskap (t.ex. Ahlin, 1996). Frågeställningarna här handlar t.ex. om gruppsammanhållning, kommunikation och öppenhet mellan gruppdeltagarna, eller hur psykoterapeutisk allians till gruppen utvecklas? Hur ska man se på gruppen som helhet, d.v.s. den enhet som vi ofta tänker oss att en grupp utgör? Vad betyder den kunskap vi har om gruppers tendens att utvecklas igenom ett antal faser, varav den mest avgörande handlar om att ta sig igenom skenbart oberoende och konflikt om roller och status. De ovan antyda problemställningarna är sådant som gruppsykoterapiforskare sysselsätter sig med. I det följande begränsar vi oss emellertid till utfallet av gruppterapi i jämförelse med individualterapi och jämförelse mellan olika gruppterapiinriktningar.

Forskning och vetenskapliga resultat

Ett par metaanalyser har redovisats av forskningsprojekt där man jämfört utfall av individualterapi och gruppterapi i samma studie. Tillitski (1990) identifierade 23 sådana som han bedömde hade tillräckligt god vetenskaplig kvalitet. Han kom till samma resultat som vid tidigare liknande genomgångar, d.v.s. patientutfallet var detsamma. Några år senare publicerade Tschuschke (1999) en liknande analys av kontrollerade studier som hade publicerats under åren 1973 och 1999. I hälften av dessa studier fann man inga skillnader i resultat, i fem av studierna gav individualterapi bättre resultat och i sex rädde det motsatta förhållandet. Burlingame et al. (2004) sammanfattar med slutsatsen att den samlade forskningen ger ett starkt stöd för att man inte får några skillnader i resultat mellan de två terapiformerna i stort. Men ytterligare frågor behöver utforskas närmare, t.ex. om det kan förhålla sig så att patienter med vissa diagnoser eller

andra karakteristika kan passa bättre för grupp- eller individualterapi.

Majoriteten av de gruppterapistudier som finns publicerade har haft KBT som teoretisk utgångspunkt. Ännu finns det bara ett fåtal kontrollerade studier som redovisats av terapier där grupprocess har varit den centrala utgångspunkten. Ännu färre har jämfört KBT med processinriktad terapi.

Ett undantag är forskning inom alkoholområdet (Kadden et al., 1989; Sandahl et al., 1998). I dessa studier kom man fram till att KBT-grupperapi lämpade sig bäst för de med ett gravare alkoholberoende medan de med lindriga och måttliga alkoholproblem hade störst nytta av den interaktiva eller psykodynamiska behandlingen. I en annan studie av gruppterapi för patienter som varit långtidssjukskrivna p.g.a. utmattningssyndrom (Sandahl et al., 2007) såg man god symtomförbättring, men man fann inte heller här några skillnader mellan fokuserad gruppterapi (en gruppanalytisk integrativ modell), kognitiv terapi i grupp och ospecifik individualterapi.

En stor Kanadensisk studie av gruppterapi för patienter med komplicerade sorgreaktioner (Piper et al., 2001) gav resultatet att de med mer stabila objektrelationer drog mest nytta av den psykodynamiska gruppterapin, vilket ligger i linje med resultaten från studierna av de alkoholberoende patienterna. Likaså fann man att patienter som hade svårt att resonera i termer av inre psykologiska motiv och konflikter (s.k. ”psychological mindedness”) hade mer nytta av strukturerad gruppterapi. Psykologisk förståelse och en upplevelse av hög gruppsammanhållning visade sig i denna studie vara de faktorer som hade störst samband med gott utfall.

De flesta gruppterapistudier är genomförda på relativt korta terapier (oftast färre än 20 sessioner). Det finns emellertid några undantag. Lorentzen (2000) kunde t.ex. dokumentera goda effekter i termer av symtomförbättring och socialt fungerande efter i genomsnitt 100 sessioner i gruppanalytisk psykoterapi. I en tidig studie fann Piper et al. (1984) att lång tids gruppterapi (i genomsnitt 76 sessioner) gav bättre resultat än kortare terapier (i genomsnitt 22 sessioner).

Tschuschke och Anbeth (2000) har följt ett stort antal patienter i deras naturliga terapiförlopp och fann mycket goda symtomförbättringar hos patienter som gått i lång gruppanalytisk terapi. Goda resultat har även redovisats av långa terapier för unga vuxna (Philips, 2005), patienter med ätstörningar (Valbak, 2003) och kvinnor som blivit utsatta för sexuella övergrepp (Lundqvist, 2005), och missbrukare med personlighetsstörning (Sandahl et al., 2004).

Gruppterapi kan sägas vara evidensbaserad för patienter som har ångestproblematik eller är deprimerade, vid komplicerade sorgreaktioner, stressrelaterad ohälsa, alkoholberoende, ätstörningar, sexuell problematik, för patienter som blivit sexuellt utnyttjade och vid schizofreni.

Aktuell, planerad och framtida forskning

Aktuell svensk gruppterapiforskning handlar dels om processforskning, tex. att förstå vad som är verksamt i gruppterapi (Johansson, 2006) eller utveckling av allians (Lindgren et al., 2007) och dels om utveckling och utvärdering av kort-tidsterapi i grupp (Sandahl & Lindgren, 2006, Sandahl et al., 2007).

Referenser

- Fuhriman, A. & Burlingame, G. M. (1994). *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis*. New York: John Wiley & Sons.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004). Small-group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In Lambert, M.J. (Ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.
- Knauss, W. (2005). Group psychotherapy. In G.O. Gabbard, J.S., Beck & J. Holmes (Eds.) *Oxford textbook of Psychoterapy*. Oxford: Oxford University Press.

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiva och beteendeinriktade terapier är ett paraplybegrepp för behandlingsmodeller som har gemensamt att de i teori och praktik integrerar inlärningspsykologi med kognitiv psykologi/teori och dess analys- och behandlingsmetoder. I vardagstal brukar man för enkelhetens skull använda begreppet kognitiv beteendeterapi (KBT) för samtliga modeller under paraplyet. Underliggande antaganden är att olika svårigheter i livet i stor utsträckning har sitt ursprung i (eller vidmakthålls och förvärras av) inlärningspsykologiska och kognitiva processer. De olika KBT-strategierna syftar till att vara ett medel för patienten att undersöka och bearbeta dessa processer, d.v.s. de sätt individen ser på sig själv och sin omgivning (kognitioner) samt de sätt på vilket individen interagerar med omgivningen (beteenden). KBT är idag den snabbast växande terapiformen i världen och tillämpas förutom individuellt, även som par, familje- och grupp-terapi. Under de senaste åren har även internetförmedlad KBT utvecklats.

KBT historiskt

Beteendeterapi (1950–)

Den tidiga beteendeterapin utvecklades parallellt i främst England, Sydafrika och USA mellan 1950–1970. Förgrundsgestalter var bl.a. den sydafrikanske psykiatern Joseph Wolpe, den tysk-brittiske psykologen Hans Eysenck och den amerikanske psykologen Burrhus F. Skinner. Även om skillnader fanns mellan deras arbetssätt och teorier företrädde de alla ett inlärningspsykologiskt synsätt på människan. De såg psykoterapins grund som en vidareutveckling av kända och välstuderade inlärningsmekanismer samt att vetenskaplig prövning var den nödvändiga grunden för psykoterapier.

Kognitiv terapi (1960-)

Utvecklingen av kognitiv teori och kognitivt orienterade analys- och behandlingsmetoder ägde rum i USA under 1960-talet och framåt. Företrädare för kognitiv terapi arbetade utifrån en bred teoretisk grund där människans mindre anpassade sätt att uppfatta, bearbeta och tolka intryck och händelser (kognitiva processer) förespråkades som viktiga att fokusera för att uppnå förändring t.ex. av sätt att tänka om sig själv och sin omgivning. Några pionjärer i denna ”kognitiva våg” var amerikanerna Albert Bandura, Aaron T. Beck, Albert Ellis och Donald Meichenbaum. Av dessa är det sannolikt Aaron T. Beck som med sin kognitiva terapi haft störst inflytande på modern KBT.

Kognitiv beteendeterapi (1980-)

Från mitten av 80-talet började integration mellan den klassiska beteendeterapin och de kognitivt orienterade metoderna att rejält ta fart. Integrationen underlättades av den s.k. ”kognitiva revolutionen” inom psykologin under 1960 till 1970-talen. Många började därför benämna terapiformen *kognitiv* beteendeterapi eller kognitiv och beteendeorienterad metod – en ny och integrativ terapiform där kognitiva och beteendeterapeutiska teorier och metoder kombinerats till en lyckosam mix.

Hur går det till?

I avsnittet presenteras några kännetecknande drag för KBT. Det bör dock påpekas att det inte finns någon universell lista över kännetecknande drag men följande punkter är sådana som de flesta terapeuter med KBT- inriktning sannolikt instämmer i.

Målinriktat arbetssätt

Patienten och terapeuten sätter tillsammans upp tydliga och uttalade mål för det psykoterapeutiska arbetet. Diskussionerna kring målen med terapin hjälper patienten att klargöra sina förväntningar på terapin. Eventuella missuppfattningar kring det terapeutiska arbetet kan därför tidigt undanröjas. Att tillsammans diskutera konkreta mål för terapin leder även till en betoning på möjligheter och förändring och förstärker patientens aktiva roll i det terapeutiska arbetet.

Samarbete mellan terapeut och patient, aktiv terapeut och patient

KBT-terapeuten strävar efter ett uttalat samarbete med patienten. Patientens problem anses bättre kunna förstås och lösas om båda är aktivt engagerade, bidrar med sina respektive kunskaper och tar ett delat ansvar för att lösa problem. Terapeuten är aktiv genom att t.ex. ställa s.k. sokratiska frågor (frågor som leder till eftertanke och reflektion och därmed hjälper patienten att se saker från andra

synvinklar), lära ut nya färdigheter, undervisa om patientens problem, planera hemuppgifter, etc. Patienten är aktiv genom att t.ex. registrera beteenden och tankar, utföra hemuppgifter, praktisera nya färdigheter, värdera och balansera negativa tankar samt bidra till sessionerna genom att inför dessa tänka igenom vad han/hon vill ta upp.

Strukturerade sessioner

Strukturen hjälper KBT-terapeuten att använda tiden på ett så ändamålsenligt sätt som möjligt för att kunna genomföra olika behandlingsåtgärder och uppnå de uppsatta målen. Vidare förmedlar det strukturerade arbetssättet de färdigheter och beteenden som terapeuten vill lära ut, nämligen målorienterat och aktivt problemlösande fokuserat på specifika svårigheter. Naturligtvis varierar dock graden av struktur utifrån problemtyp och steg i terapin.

Hemuppgifter

En behandlingssession varar vanligtvis mellan 45–60 minuter. Om en klient enbart arbetar med sin problematik under den tiden betyder det att veckans resterande 167 timmar inte används terapeutiskt. Det leder i sin tur till att kontinuiteten i behandlingen tappas och att behandlingstiden därmed förlängs. Hemuppgifter där patienten får en möjlighet att på egen hand arbeta med det som är i fokus under sessionerna används därför rutinmässigt. Dessa hemuppgifter kan exempelvis handla om att göra systematiska observationer av sitt tänkande och agerande, att söka upp fobiska situationer, arbeta med olika typer av självhjälpsmaterial, på egen hand undersöka och ifrågasätta egna tanke-mönster, eller prova nya färdigheter i de situationer där de är tänkta att vara till hjälp för individen.

Korttidsterapi

KBT är i första hand korttidsterapi och en vanlig behandlingstid är 10–25 sessioner. Ett visst antal sessioner behöver dock inte nödvändigtvis bestämmas i förväg utan efter en viss tids behandling (t.ex. 6–10 sessioner) kan en utvärdering göras och fortsatt planering av terapin ske. KBT-tillämpningar finns dock med behandlingstider alltifrån en session (t.ex. vid specifika fobier) till behandlingstider över ett år (t.ex. vid borderline personlighetsstörning).

Flexibelt användande av tiden

Alla sessioner behöver inte vara av samma längd eller ges med samma periodicitet. En serie av sessioner kan t.ex. följas av en serie kortare telefonsamtal eller kontakt över e-post. Bedömningssamtal kan även många gånger förlängas till

80–90 minuter (och därmed reduceras i antal) så att själva behandlingen kan komma igång snabbare. Behandlingen kan inledas med mer frekventa sessioner, t.ex. två gånger i veckan, så att patienten snabbt kan komma över de värsta besvären. Sessioner kan även förlängas under vissa faser av behandlingen. Eller det motsatta, förkortas när patienten börjar må bättre, och därmed själv kan ta ett större ansvar för behandlingen.

Vanliga behandlingsmetoder

KBT-inriktade psykoterapeutiska metoder fokuserar huvudsakligen på att direkt påverka dysfunktionellt beteende och/eller tänkande och därigenom även åstadkomma känslomässig förändring. Med vägledning av den aktuella patientens problematik och utifrån den kliniska fallanalysen väljer terapeuten behandlingsmetoder. Det är vanligt att terapeuten flexibelt använder sig parallellt av ett flertal metoder i ett och samma fall för att uppnå så god behandlingseffekt som möjligt. Det finns ett stort antal kognitiva och beteendeterapeutiska psykoterapimetoder – några av de vanligaste är de nedanstående.

Psykoedukation (patientutbildning)

Psykoedukation används för att informera om karaktären hos de problem patienten beskriver, delge hypoteser om orsaker och vidmakthållande faktorer, beskriva behandlingsmetoder eller kanske råta ut olika missuppfattningar kring problematiken. Dessa pedagogiska inslag lägger en grund för vidare KBT-interventioner.

Bearbetning av kognitioner

Ett flertal varianter av mer renodlat kognitiva metoder finns. De syftar till att förändra kognitioner direkt via samtal för att initiera och befästa förändring eller vara ett förberedelsearbete inför andra, t.ex. beteendeterapeutiska tekniker, och efterföljande kognitiv förändring. Inledningsvis ”tränas” patienten att bli mer uppmärksam på de hastiga, värderande och negativa tankar som åtföljer olika emotioner och längre fram i terapin hjälper terapeuten patienten att värdera och balansera dessa.

Exponering och beteendexperiment

Vid exponering konfronteras patienten med det som utlöser ångesten (t.ex. ett objekt eller en situation), tills den minskar eller helt försvinner. Metoden används för att lösa upp den starka kopplingen mellan rädsla och ångest och olika fobiska (men objektivt ofarliga) stimuli och därmed hjälpa patienten att utveckla mer flexibla och mindre ångeststyrda strategier i tidigare ångestväck-

ande situationer. Patienten får även uppleva att det man fruktar inte inträffar om man stannar kvar i situationen och låter ångesten komma och exponering är därför en mycket användbar metod för att åstadkomma kognitiv förändring. Exponeringen överlappar ofta s.k. beteendexperiment där olika förutsägelser om vad som skall hända i en situation testas (t.ex. att patienten kommer att svimma om han/hon inte gör något för att kontrollera ångesten under en panikattack).

Självhjälp

Med självhjälp menas vanligen användandet av skrivet material, ofta i form av en självhjälpmanual, som vägleder patienten genom behandlingen. Denna typ av material används ofta i KBT som ett komplement till den terapeutledda behandlingen. Ett flertal sådana patientmanualer finns för de mest skiftande områden.

Beteendeaktivering

Bristande initiativlust kan ofta observeras hos deprimerade. Oavsett om detta är en orsak till depressionen, eller en konsekvens av depressionen, leder den till en negativ spiral där passiviteten även skapar en deprimerande livssituation. Beteendeaktivering är därför en av de viktigaste behandlingsmetoderna vid depressionsbehandling och syftar till att bryta denna onda spiral.

Avslappningsövningar och medveten närvaro – ett accepterande förhållningssätt

Om ångest- och stressreaktioner utgör ett inslag i problembilden är många gånger avslappnings- och meditationstekniker av värde. Ett av de enklaste sätten att uppnå viss avslappning är sannolikt att planera in lustfyllda aktiviteter och tid för sig själv i veckoschemat. Ett flertal mer specialiserade metoder finns dock, som exempel kan nämnas tillämpad avslappning, en form av snabbavslappningsteknik, och medveten närvaro, en form av meditation där skeenden (tankar och känslor) noteras men inte värderas. Ett icke dömande och accepterande förhållningssätt förespråkas.

Social färdighetsträning

Att en patient har svårigheter med vissa sociala färdigheter kan bero på flera saker. En anledning kan vara hindrande ångest. Men svårigheterna kan också bero på att man i sitt liv inte lärt sig vissa beteenden. Att klargöra vad det rör sig om för den specifika patienten är viktigt under utredningsfasen, eftersom det leder till olika behandlingar. Om det visar sig att verkliga brister finns i förmågan är social färdighetsträning, där patienten i rollspel får träna upp sin sociala kompetens, en värdefull metod.

Var kan man få KBT?

De riktlinjer som Socialstyrelsen utfärdat för behandling av psykiska problem lyfter tydligt fram kognitiva och beteendeterapeutiska metoder. En effekt av den alltmer ökande efterfrågan på KBT är att terapiformen i annonser m.m. erbjuds av ”vårdgivare” utan formell kompetens i KBT. De främsta utmaningarna just nu är att värna om kvaliteten på utbildningar och att det finns kvalificerade och legitimerade personer som kan utföra behandlingarna på ett bra och säkert sätt.

Tillgången till KBT inom primärvården samt psykiatrin är varierande även om tillgången på KBT ökat inom hälso- och sjukvården de senaste åren.

Du kan hitta terapeuter via Beteendeterapeutiska föreningen (BTF) och Svenska föreningen för kognitiva och beteendearterapier (sfKBT).

Referenser

Några grundläggande KBT-böcker på Svenska

- Andersson, G. (2007). *Ut ur depression och nedstämdhet med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Carlbring, P. & Hanell, Å. (2011). *Ingen panik. Fri från panik och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi, 2:a utgåvan*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Furmark, T., Holmström, A., Sparthan, E., Carlbring, P. & Andersson, G. (2006). *Social fobi – effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Liber.
- Hayes, S. C. & Smith, S. (2007). *Sluta grubbla, börja leva*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Perris, C. (1986, reviderad 1996). *Kognitiv terapi i teori och praktik*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Ramnerö, J. & Törneke, N. (2006). *Beteendets ABC – En introduktion till behavioristisk psykoterapi*. Lund: Studentlitteratur.
- Öst, L.-G. (Red.), (2006). *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur & Kultur.

Beteendeterapeutiska föreningen - BTF

Föreningen bildades 1971 och verkar för att sprida information om och utveckla tillämpningen av BT och KBT i Sverige. Detta sker främst genom olika tidskrifter, samarbete med utbildningar och föreningens hemsida.

Föreningen samarbetar idag med utbildningsgivare till allt ifrån kortare introduktionskurser till treåriga legitimationsgrundande psykoterapiutbildningar. Kontinuerlig vidareutbildning i kognitiv beteendeterapi ordnas av föreningen genom kortare kurser och workshops med svenska och utländska terapeuter och forskare som lärare.

Föreningen samarbetar med kognitivt-beteendeterapeutiska organisationer i andra länder och är medlem i European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. Antalet medlemmar i föreningen har ökat mycket de senaste åren och var 2010 över 1 200 stycken. De flesta medlemmar är psykologer, men även andra yrkesgrupper finns representerade såsom psykiatriker, socionomer, sjuksköterskor m.fl.

För att bli medlem i Beteendeterapeutiska föreningen ansöker man på föreningens hemsida, www.kbt.nu. Där finns även en lista på de medlemmar som genomgått grundläggande eller legitimationsgrundande utbildning med kognitiv beteendeterapeutisk inriktning och som innehar legitimation i sjukvårdande yrken.

Medlemmar får fyra gånger per år medlemstidningen *Beteendeterapeuten* som informerar om vad som händer inom beteendeterapi i Sverige och internationellt, t.ex. om lokalföreningsmöten, medlemsnytt, inbjudan till föreläsningar och workshops. I tidningen ingår även forskningsöversikten *Aktuellt om KBT*.

Alla medlemmar får dessutom föreningens egna internationellt välrenommerade vetenskapliga tidskrift *Cognitive Behaviour Therapy* utan extra kostnad.

Hemsida: www.kbt.nu

Svenska föreningen för kognitiva och beteendearterade terapier – sfKBT

sfKBT hette fram till 2006 Svenska Föreningen för Kognitiv Psykoterapi och Forskning, vilken grundades av professor Carlo Perris och medarbetare 1986. Föreningen har sina rötter i kognitiv terapi som utvecklades på 60-talet av Aaron T. Beck, amerikansk psykiater och psykoterapeut och portalgestalt för terapiformen. Under senare år har föreningen vidgats till att omfatta fler teorier och behandlingssätt inom KBT. Syftet med namnbytet var att betona denna utveckling.

sfKBT är en intresseförening som:

- verkar för att främja kunskap, utbildning, forskning och praktik inom KBT
- består av en riksförening samt fem lokalföreningar geografiskt spridda i landet
- har drygt 1 000 medlemmar, varav mer än en tredjedel är legitimerade psykoterapeuter. 309 personer var auktoriserade av föreningen i november 2011.
- är medlem i European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT)
- ger ut medlemstidningen *Sokraten* fyra gånger per år inklusive webbversion
- har en intern diskussionslista; sfkbt@googlegroups.com
- har återkommande möten i lokalföreningarna, s.k. Sokratiska caféer och ett riksmöte varje år
- driver inga egna utbildningar, men har nära samarbete med flera utbildningsanordnare och bevakar utbildningsstandards samt etiska riktlinjer
- auktoriserar grundutbildningar i KBT i enlighet med ett fastställt policydokument i utbildningsfrågor
- förmedlar information om utbildningar, workshops, terapeuter m.m. på hemsidan där även medlemskap kan sökas.

Hemsida: www.sfkbt.se

Om psykoterapiforskning

Kognitiv beteendeterapi/kognitiva och beteendeorienterade terapier (KBT) har alltid haft en stark förankring i både grundforskning och tillämpad psykoterapiforskning. Precis som i annan typ av forskning bör det ställas höga krav på kvalitet och kvantitet även i psykoterapiforskning. Till *kvaliteten* hör att källor och studiers upplägg är tydligt redovisade, att studier är utformade på ett sådant sätt att alternativa förklaringar till de resultat som nås så långt som möjligt kan uteslutas samt att de slutsatser som dras inte är överdrivna utifrån resultaten.

För att kunna uttala sig om effekter av en viss behandling krävs att den studeras under kontrollerade former. Detta så att effekten inte kan sägas bero på andra omständigheter än själva behandlingen. Kvantitativa, randomiserade och kontrollerade studier då patienterna slumpas till antingen den aktuella behandlingen eller en jämförelsegrupp, är den optimala metoden när syftet är att undersöka effekterna av en viss behandling. Förutom att statistiska skillnader mellan grupper presenteras, är det av stor betydelse att beskriva om behandlingen har lett till en kliniskt signifikant förändring (d.v.s. om skillnaden är meningsfull för patienten). Det är också väsentligt att klarlägga om personens livskvalitet och generella funktionsnivå har förändrats av behandling. Det krävs att KBT visar sig vara mer effektiv än ingen behandling (väntelista); lika bra som en alternativ psykologisk behandling; och minst lika effektiv som medicinering.

I forskningen används även kvalitativa, beskrivande analyser som är viktiga för att beskriva och förstå fenomen. De är ofta en utgångspunkt för fortsatta kvantitativa analyser/experimentella studier.

Saknar man personligen kunskap för att bedöma kvaliteten på forskning är den bästa garantin för en god standard att en studie är publicerad i en vetenskaplig tidskrift som har en nämnd av oberoende forskare som granskar alla artiklar innan de får publiceras. Även *mängden* forskning är viktig eftersom upprepade resultat som pekar i samma riktning ger betydligt större säkerhet i slutsatserna än enstaka studier.

I den kliniska praktiken behöver behandlingsmetoden individanpassas för att gagna den enskilde patienten och en god terapeutisk allians och relation är också viktig för att behandlingen ska bli framgångsrik.

Sin effektivitet till trots är KBT inte en fulländad terapiform som alltid leder till besvärslfrihet för alla patienter. Behovet av vidareutveckling och förbättring av befintliga behandlingsprogram är stort, liksom utvecklingen av nya former av behandlingar. Utvecklingen inom psykoterapi bör framförallt avgöras genom empirisk prövning, s.k. evidensbaserad. En sådan ambition minskar risken för vetenskaplig och klinisk stagnation och befrämjar utvecklingen av än mer effektiv psykoterapi som bättre kan hjälpa fler patienter.

Forskning och vetenskapliga resultat

Inom KBT är såväl teorin som praktiken vetenskapligt baserad. I forskningsbasen ingår hundratals utfallsstudier av olika interventioner och format, som talar för goda behandlingseffekter vid en rad störningar och problemområden. Generellt har det också visats att effekterna kvarstår, eller att ytterligare förbättring har skett vid uppföljning 6 eller 12 månader efter behandling. Goda effekter har visats vid behandling av depression, ångeststörningar, familjeproblem, och ätandestörningar. Detsamma gäller för borderlinestörning, aggressionsproblematik hos våldsverkare, somatiska störningar hos barn, kronisk smärta och som komplement till rutinbehandling vid schizofreni och bipolär sjukdom. Såväl systematiska litteraturoversikter, som existerande metaanalyser och forskningsöversikter av KBT liksom enskilda studier pekar i samma riktning (SBU, 2004; SBU, 2005; Fonagy, 2005; Butler et al., 2006; Öst, 2006).

Bland barn, vuxna och äldre har KBT vetenskapligt stöd som effektiva metoder vid nedan nämnda psykiatriska diagnoser eller problemområden:

- *Barn*: autistiskt syndrom, somatiska störningar, uppförandestörning, egentlig depression, specifik fobi, tvångssyndrom och generaliserat ångestsyndrom.
- *Vuxna*: alkoholmissbruk, kokainmissbruk, schizofreni, egentlig depression, paniksyndrom utan agorafobi, paniksyndrom med agorafobi, specifik fobi, social fobi, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom, generaliserat ångestsyndrom, impotens, vaginism, bulimia nervosa, primär insomni och borderline personlighetsstörning.
- *Äldre*: egentlig depression.

Bland vuxna och äldre har KBT vetenskapligt stöd som *sannolikt* effektiva metoder vid nedan psykiatriska diagnoser eller problemområden:

- *Vuxna*: dystymi, bipolära syndrom, anorexia nervosa, prematur ejakulation.
- *Äldre*: ångeststörningar, sömnstörningar och demenser.

Sammantaget har KBT således vetenskapligt stöd inom det psykiatriska området vid 23 diagnoser efter åldersgrupp och ett mer begränsat vetenskapligt stöd vid ytterligare sju diagnoser eller diagnosgrupper (Roth & Fonagy, 2005). Detta innebär att KBT har det mest omfattande evidensstödet av samtliga psykoterapi-metoder.

Internetbaserade KBT-behandlingar har utvecklats på senare år som komplement till "traditionell" KBT d.v.s. som sker i direkt möte med patienten. Behandling via Internet med visst terapeutstöd är en kostnadseffektiv metod som

potentiellt kan nå fler patienter. Flera kontrollerade studier av Internetbaserad behandling vid t.ex. paniksyndrom, social ångeststörning och depression har genomförts och har visat goda behandlingseffekter (Andersson, 2009).

Aktuell, planerad och framtida forskning

Forskning inom KBT pågår ständigt och studier publiceras i vetenskapliga tidskrifter i mycket hög takt och omfattning. Det pågår en ständig utveckling för att förbättra metoderna, att anpassa dem till fler och mer komplexa områden och att utveckla nya metoder. Traditionellt sett har forskare inom KBT visat ett stort intresse för specifika behandlingsteknikers betydelse för terapiutfall och det har visats att de ibland är mycket viktiga. Särskilt undersöks KBT-tekniker för att förbättra befintliga behandlingsprogram och att utveckla nya tekniker t.ex. vid ångest- och depressionstillstånd. Under det senaste decenniet har även intresset för den terapeutiska relationens betydelse för behandlingsresultatet ökat och inspirerat till nya studier och behandlingar. Mer kunskap behövs, t.ex. om i vilken utsträckning behandlingseffekterna kvarstår över längre tid sedan behandling har avslutats och om KBT då är bättre än andra behandlingsmetoder. Vidare om de processer och verksamma mekanismer som kan förklara negativt/positivt behandlingsutfall, t.ex. genom att jämföra KBT med andra specifika behandlingsmetoder och med varianter av KBT. I synnerhet när det gäller nyare behandlingsmetoder där KBT-fältet har berikats med influenser från österländsk meditation och religion (av *acceptans* och *mindfulness*), behövs det mer forskning och en vidgning av den empiriska basen.

Referenser

- Andersson, A (2009). Using the internet to provide cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy* 47, 175–180.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of metaanalyses. *Clinical Psychology Review* 26(1), 17-31.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guildford Press.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Öst, L. G. (2006). Det empiriska stödet för KBT vid psykiska störningar. I L. G. Öst, (Red.) *KBT: Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. (ss. 263-279). Stockholm: Natur & Kultur.

Hypnospsykoterapi

Hypnos är ett samlingsbegrepp för ett flertal imaginativa och fokuserande behandlingsmetoder. Ordet hypnos används också för att beteckna det tillstånd som metoderna leder fram till, ett tillstånd som gynnar behandlingen. Ibland används ordet "trance" eller FMT (förändrat medvetandetillstånd). Tillståndet kan kännas igen från andra sammanhang och med andra etiketter såsom mental träning, yoga, meditation, mindfulness, mm. I hypnos är man vaken, medveten och fullt kapabel att avbryta det som händer. Man väljer själv vad man vill säga under hypnosen eller efteråt. Man kan t.o.m. ljuga om man vill, på samma sätt som man kan ljuga i andra sammanhang. Det är mycket sällsynt att klienter glömmer vad de sagt i hypnos – troligen lika ovanligt eller vanligt som att glömma vad man sagt i en ordinär samtalsterapi. Däremot har man svårt att lura sig själv i hypnostillståndet, om man inte har starka skäl till det. Det är vanligt att klienter upplever att de kommer väldigt nära sitt allra innersta, i kontakt med sitt nakna, autentiska jag. När man känner sig psykiskt naken är man sårbar. Hypnoterapeuten använder därför aldrig sina tekniker mekaniskt, utan måste ha en särskilt stor lyhördhet för nyanser i kommunikationen.

Till vad nytta?

Nytan med att guida klienten in i ett förändrat medvetandetillstånd är att det öppnar klientens medvetande, ger en större tillgång till kreativa lösningar samt tillgång till personliga känslor, minnen och behov. Terapeuten kan använda hypnos för att lyfta fram just de känslor, tankar och beteenden som har betydelse för klientens utveckling i enlighet med de överenskommelser som gjorts mellan klient och terapeut avseende mål och innehåll. Önskade, men envisa känslor, tankar och beteenden som klienten upplever hindrande kan också lyftas fram, förtydligas och begripliggöras på ett sätt som hjälper klienten att på sikt bli friare

i sina val. Även önskvärda, men hämmade eller nedtryckta egenskaper, känslor, tankar och beteenden kan lockas fram betydligt snabbare med hypnos än i traditionell samtalsterapi.

Hur har hypnosen utvecklats?

Hypnos har en mer än 100 år lång tradition. Begreppet myntades av den skotske läkaren James Braid år 1841. Från att på den tiden användas för att lindra smärta och psykiska besvär, har hypnosen under 1900-talet utvecklats och återupptäckts som effektiv i behandlingen av i stort sett varje, för tidsandan uppmärksam, diagnos. Lärofäderna Sigmund Freud, Pierre Janet och inte minst Ambroise-August Liebeault lyckades alla med konststycket att med hjälp av hypnos få fram bortträngda upplevelser som orsakat besvär senare i livet.

Freud var då nybörjaranalytiker och insåg ännu inte relationens betydelse i behandlingsarbetet. Till skillnad från Liebeault använde han hypnos på ett auktoritärt sätt, vilket kan förklara varför han lämnade metoden, eller snarare modifierade den till en associationsmetod som faktiskt har stora likheter med hur man använder hypnos idag.

Modern hypnos används med stor respekt för klientens integritet, behov av tid, behov av egenkontroll, samt inte minst behovet att känna terapeutens fullständiga närvaro och empati.

Idag betraktas hypnos inte som en egen psykoterapiform, utan ses som en användbar metod inom ramen för någon av de etablerade psykoterapeutiska skolbildningarna. De legitimerade psykoterapeuter som är medlemmar i SFKH (Svenska föreningen för klinisk hypnos) kan ha en kognitiv, beteendeterapeutisk eller en psykodynamisk teoretisk grund. Det som förenar psykoterapeuterna inom SFKH, är att vår kunskap om hypnos och hypnosens utveckling övertygat oss om människans omedvetna kapacitet till förändring och utveckling. Vi är därför inte bundna till de metoder som särskiljer de olika skolorna, utan känner oss fria att integrera kunskap från olika skolbildningar.

Denna integrativa ståndpunkt hos våra medlemmar förstärks vid de internationella kongresser som samlar alla medlemsländerna till föreläsningar och kunskapsutbyte. SFKH ingår i ESH (European Society for Hypnosis) och ISH (International Society for Hypnosis). Dessa paraplyorganisationer har strikta medlemskriterier och etikregler.

Vem får behandla med hypnos?

Etikregler och nationell lagstiftning kring utövanderätten är nödvändig. Hypnos är ett kraftfullt verktyg som i fel händer kan missbrukas, varför vi är särskilt

angelägna om att behålla den svenska lagstiftning som hindrar lekmän från att behandla med hypnos. Den som söker sig till en hypnosterapeut uppmanas att endast anlita en behandlare med en legitimation i ett värdyrke eller en kandidat under utbildning hos SFKH. Detta förtjänar att nämnas eftersom det i Sverige finns alternativa hypnosföreningar som utbildar lekmän inom den s.k. friskvården, och som inte fyller kriterierna för medlemskap i SFKH. En eventuell felbehandling hos sådan lekman kan inte anmälas hos vare sig Socialstyrelsen eller facklig etisk kommitté, således saknas patientskydd.

Vilken inriktning och människosyn har hypnosterapeuter?

SFKH, ESH och ISH står på en vetenskaplig grund med förankring i den kliniska metodutveckling som ständigt pågår internationellt. Vi anser att olika inriktningar kompletterar varandra: Den psykodynamiska kunskapsgrunden ger en gedigen förståelse för omedvetna krafter bakom symptom. De metoder som utvecklats inom den kognitiva psykologin har bidragit med sådana praktiska metoder, som alltid funnits i hypnosterapeutens verktygslåda, om än under olika namn och med olika upphovsmän, som tillskrivs äran av att ha ”uppfunnit” metoden. Effektiva metoder upptäcks ofta samtidigt inom divergerande skolbildningar och presenteras sedan på det språk som respektive skola använder, eller presenteras som något fullständigt nytt och revolutionerande – så att allmänheten förleds tro att det handlar om unika eller nya terapiformer.

Hypnosterapeuter eftersträvar alltså att se essensen i de nya metoderna och integrera dessa med beprövad traditionell metodik. Exempel: En hypnosterapeut använder sin psykoanalytiska kunskap om utforskandets betydelse, och använder hypnosmetoder för att effektivisera detta utforskande moment. Terapeuten kan på så sätt tämligen snabbt hjälpa sin klient att finna hur aktuella problem har sin grund i tidigare erfarenheter. Terapeuten kan hämta inspiration från beteendeterapin och andra symptombemästrande inriktningar. Hon/han kan också ge sin klient hypnos mot smärta eller sömnproblem, under en pågående insiktsorienterad (psykodynamisk) terapi. En rökare eller matmissbrukare kan få hjälp av sin hypnosterapeut att utforska vilka omedvetna krafter som döljer sig under missbruket, samtidigt som terapeuten kan hjälpa klienten att mentalt stärka motivationen till sundare vanor. Hypnostillståndet ger en större intensitet i upplevelserna och terapeuten kan stärka klientens självkänsla och tillit till sin kapacitet.

En kognitivt utbildad psykoterapeut med hypnoskompetens kan använda metoder som många menar är psykodynamiska, t.ex. att utforska hur tidiga upplevelser påverkat utvecklingen av aktuella besvär. Hypnosterapeuten är mycket vaksam på tidigt inlärd mönster hos sin klient, och använder gärna hypnos som

ett redskap att finna när och hur mönstren uppstod, samt vad som behövs för att frigöra läsningar och möjliggöra utveckling. Psykoterapeuter som använder hypnos integrerar metoder från olika skolor och har mycket gemensamt, trots olika teoretisk grund.

Hur hittar man en lämplig hypnosterapeut?

I valet av hypnosterapeut är klienten alltså inte så hjälpt av att fråga efter huruvida psykoterapeuten arbetar kognitivt eller psykodynamiskt. Detta nämns speciellt här, eftersom det numera är en vanligt förekommande fråga. Blivande klienter är nog mer betjänta av att pröva en rekommenderad psykoterapeut och lita på sin upplevelse av denne terapeut under intervjun. En känsla av att bli sedd, rätt uppfattad, förstådd och väl mottagen är en god början. Om klienten sedan känner att psykoterapeuten anpassar sin hypnosmetod så att den känns trygg, givande och personligt utformad, talar detta för en god prognos. Det innebär att terapeuten använder sin hypnoskunskap på helt olika sätt med olika klienter, alltifrån att använda tydliga hypnostekniker som upplevs klart annorlunda än samtalet före och efter hypnosen, till att under själva samtalet mjukt guida klienten in i ett fokuserande som innebär att stanna upp och utforska t.ex. ett ord, en tanke, ett uttalande eller ett minnesfragment.

För vem är hypnos bra?

Generellt kan man säga att den som inser att hans/hennes problem har en psykologisk aspekt, kan kontakta en hypnosutbildad psykoterapeut för ett bedömningsamtal.

Läkare rekommenderar ibland patienter att vända sig till en hypnoskunnig psykoterapeut när kroppsliga besvär är stress- eller orosrelaterade, oavsett om det handlar om kroppslig sjukdom, svårförklarlig smärta eller oro. Den klient som är öppen för att pröva hypnos, måste vara medveten om att hypnosterapi alltid är ett arbete där psykoterapeuten är som en kartläsare med överblick över landskapet och var i processen man befinner sig, men att klienten ändå är den som för fordonet.

Den som förväntar sig att hypnosterapeuten tar över spakarna och suggererar en passiv halvsovande klient som lämnar behandlingsrummet frisk och botad, utan egen ansträngning, kommer att bli besviken.

Om hypnos är lämplig i det enskilda fallet bedöms i intervjun. Om klienten känner förtroende för den intervjuande psykoterapeuten, kan valet bli att fortsätta arbeta psykoterapeutiskt tillsammans oavsett om hypnos används eller om man avvaktar med den metoden.

Referenser

Orientering i klinisk hypnos

- Brown, D., & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and Hypnoanalysis*. London: Karnac/Earlbaum.
- Enqvist, B. (2004). *Inbjudan till Trance. Hypnos i vård och terapi*. Stockholm: Mareld.
- Olness, K., & Kohen, D. (1996). *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*. (3e uppl.) New York: Guilford.
- Spiegel, H., & Spiegel, D. (2004). *Trance and Treatment. Clinical Uses of Hypnosis*. (2a uppl.) Arlington, Va: American Psychiatric Publishing.

Exempel på tillämpningsområden och forskning

- Carolusson, S. (1998). Hypnosis and Transference in the Treatment of Depression. hypnos. *The Journal of European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, vol. 25, 2. 78-86.
- Enqvist, B. (2000). Rädsla, ångest, fobi. hypnos. *The Journal of European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, nr 4-2000.
- Gonsalkorale, W., Houghton, L. A., & Whorwell, P. (2002). Hypnotherapy in irritable bowel syndrome. A large-scale audit of clinical service with examination of factors influencing responsiveness. *American Journal Gastroenterology*, 97, 954-961.
- Karilampi, U., & Carolusson, S. (1995). Marie: a single case study of multiple personality. *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 49. 1995: 133-139.
- Lindgren, E. (2001). Hypnos och Psykosomatisk Problematik. hypnos, the *Journal of European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, nr 4 – 2001.
- Mutter, C. B. (1986). Post traumatic stress disorder. Ur: Dowd, E. T., & Healy, J. M. (red): *Case studies in Hypnotherapy*. New York: Guilford Press.

Övergripande förklaringsmodeller och evidens

- Crawford, H. (2001). Neuropsychophysiology of hypnosis: towards understanding of how hypnotic interventions work. I G. D. Burrows et al (red) *International Handbook of Clinical Hypnosis* (s.61-84). New York: Wiley.
- Engdahl, P. (2002). Hypnos och Trance – det neurokognitiva systemet i destabiliserad övergång. hypnos, the *Journal of European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, nr 1 och 2 – 2002.
- Lynn, S., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, E. & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention. The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48 (2), 239-259.

Svenska föreningen för klinisk hypnos – SFKH

SFKH bildades 1966 och syftar till att främja forskning och utbildning i klinisk hypnos. SFKH ger ut en medlemstidning med forskningsartiklar och kliniska fallbeskrivningar. Medlemskap är begränsat till av Socialstyrelsen legitimerade yrkesgrupper inom vård och omsorg eller personer som i yrke eller studier är synnerligen relaterade till dessa. 2012 är medlemsantalet c:a 700. SFKH är medlem i European Society of Hypnosis och International Society of Hypnosis och samarbetar med dessa paraplyorganisationer i utbildningsprogram. SFKH har utbildat c:a 70 personer till psykoterapeuter och ger dessutom grundkurser i klinisk hypnos, 2-årsutbildningar i medicinsk hypnos, 2-årig basutbildning i psykoterapi (Steg 1) och handledarutbildning.

Hemsida: www.hypnosforeningen.se

Om psykoterapiforskning

Vetenskap: att skapa teorier för att förstå, förklara och granska det vi gör i behandling, vad som hjälper och hur. Vetenskap om hypnos handlar om att granska om och hur hypnosbehandling hjälper (evidensbaserad) och att undersöka vad i behandlingssituationen det är som ger behandlingsresultat (Amundson, 2003).

I hypnos används patientens mentala och emotionella kapacitet för läkning, troligen samma kapacitet som åstadkommer placeboeffekter. Vi betraktar placeboeffekten som ett förtroende som aktiverar hopp och tillit, vilket återspeglas biologiskt i hormoner, signalsubstanser, neuropeptider, m.m. (Rossi, 2004). I hypnos eftersträvar man att aktivera dessa läkningsfaktorer medvetet, i samförstånd med patienten.

Hypnosterapeuter ger akt på om patienten upprepar dysfunktionella relationsmönster och behandlar detta i samtal och i hypnos. Kunskapen om detta baseras på forskning om olika jagtillstånd och hypnoanalys. Hypnos skapar en stark känsla av närhet mellan terapeut och patient. Det kan gynna behandlingen, förutsatt att hypnosterapeuten har god självkänedom och handledning. Forskare och kliniker har uppmärksammat att hypnos leder till en ömsesidig trance, s.k. hypnotisk resonans (Watkins & Watkins, 1997).

Att förstå forskningsresultat och använda dessa: Hypnosterapeuter möts vid internationella kongresser, utbyter erfarenheter och tar del av experimentell och klinisk forskning. Vi integrerar kunskap från såväl kontrollerade studier som psykodynamisk, kognitionspsykologisk, neurologisk och pedagogisk forskning, samt

teoretiskt förankrade kliniska fallpresentationer. Hypnosterapeuter breddar och fördjupar kontinuerligt teori och metod. Ju fler metoder, tekniker och teoretiska modeller vi behärskar, desto större möjlighet har vi att möta varje enskild patient utifrån dennes förutsättningar och bakgrund. Vi betonar betydelsen av filosofisk utbildning i vetenskapsteori, så att terapeuten kan analysera forskningsrapporters bakomliggande antaganden om människans natur och vilken behandlingssyn som styr frågeställningarna, d.v.s. forskarens "förförståelse".

Forskning och vetenskapliga resultat

Ett av hypnosens forskningsområden är att dokumentera resultat (evidensbaserad). Många hypnosforskare tillmötesgår den medicinska traditionens krav på statistiskt signifikant evidensbaserad. Resultatstudier har gjorts på somatiska och psykosomatiska besvär, ätstörningar, IBS (irriterad tjocktarm), astma bronchiale, sängvätning, förlösningsprofylax, stamning, torticollis, fibromyalgi, artrit, epilepsi och andra autoimmuna sjukdomar, pre- och postoperativa tillstånd samt diverse smärttillstånd (Eriksson & Carlsson, 2001; Diseth & Vandvik, 2005; Wik, et al., 1999).

Kvalitativa studier av hypnosterapier som uppfyller akademiska krav på publicerbarhet finns för ångesttillstånd, depression, posttraumatiskt stressyndrom, kronisk trötthet, mm. Referenser finns på hemsidan, www.hypnosforeningen.se.

Ett annat forskningsområde är hur erkänt skickliga psykoterapeuter faktiskt gör, s.k. metodlära. I en klassiker beskrivs resultatet; man tyckte sig hitta gemensamma faktorer hos skickliga terapeuter inom gestalt-, familje- och hypnoterapi. Detta försök att fånga vad som förenar erkänt skickliga psykoterapeuter med sinsemellan olika teoretiska grund, resulterade i en teorioberoende hypnosinfluerad metateori för konsten att bedriva god psykoterapi. (Watzlawick, et al., 1974, 1998).

Hypnosens terapeutiska effekter har förklarats utifrån olika teoretiska perspektiv, såsom psykodynamiska (Fromm, 1998), utvecklingspsykologiska (vårdarens hållande och upprättande av ångestreglerande medvetandetilstånd), neurologiska (Rossi, 2006) och systemteoretiska perspektiv. Forskarens och klinikerns förförståelse påverkar vilket teoretiskt perspektiv de upplever meningsfullt och begripligt och som kommer att rekommenderas till psykoterapeututbildningar.

Aktuell och framtida forskning

Hypnosterapiers vetenskapliga evidens idag, aktuell och framtida forskning är presenterad i Lynn, et al. (2000). Internationella kongresser presenterar aktuell forskning. Forskare försöker identifiera de terapeutiskt verksamma faktorerna i hypnosterapi, ur metod-, interpersonella, kulturella och neuropsykologiska perspektiv. Rubriken på årets (2007) stora forskar- och klinikerkongress i tyska hypnosföreningen DGH är ”*Hypnose im neuronale Netzwerk*”.

Att förstå dissociation har varit ett viktigt forskningsämne sedan drygt 100 år. Freud och Janet försökte behandla kvinnors hysteri med hypnos, Watkins utvecklade hypnosmetoder för att behandla krigsskadade soldater, och dagens psykoterapeuter utvecklar hypnosmetoder för torterade, våldtagna och på annat sätt traumatiserade personer.

Att förstå hur den terapeutiska relationen, patientens och terapeutens medvetandetilstånd samt terapeutisk metod samverkar, är en utmaning som E. Rossi har tagit sig an i publicerandet av de allra senaste teorierna om medvetandetilstånd, neurologi och psykosocialt påverkbar genetik (Rossi, 2006).

Generaliserbar akademisk hypnoskunskap och metodutveckling behöver kompletteras med kunskap om terapeutspecifika faktorer. I kunskaps-utveckling ingår att hypnosterapeuten utvecklar sin genuint personliga behandlingskompetens. Det sker via egenterapi, handledning, kollegialt utbyte via workshops och teoretiskt förankrade fallbeskrivningar, samt reflektion kring etiska, moraliska och vetenskapsteoretiska ställningstaganden som utgör förförståelse och ram i all psykologisk forskning. Även genus-, filosofisk, sociologisk och antropologisk forskning är relevant för kliniskt verksamma hypnosterapeuter.

Referenser

- Amundson, J. K., Alladin, A., & Gill, E. (2003). Efficacy vs Effectiveness Research in Psychotherapy: Applications for Clinical Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis* 46(9), 11-30.
- Diseth T. & Vandvik, I. (2005). Hypnoterapi ved behandlingsrefraktär enuresis nocturna. *Hypnos*, 32(4), 222-230.
- Eriksson, B., & Carlsson, G. (2001). *Åtstörningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Fromm, E. (1998). An Ego Psychological Theory of Hypnosis and the research Evidence supporting it. *Hypnos* 25(1), 31-44.
- Lynn, S., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardeña, E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention. The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 48(2), 239-259.
- Rossi, E., & Ianotti, S. (2004). *A discourse with our genes: the psychosocial and*

cultural genomics of therapeutic hypnosis and psychotherapy. Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen.

Rossi, E. L., & Rossi, K. L. (2006). The Neuroscience of Observing Consciousness & Mirror Neurons in Therapeutic Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(4), 263-278.

Watkins, J., & Watkins, H. (1997). *Ego States: Theory and Therapy*. New York: Norton.

Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1998). *Change: Principals of Problem Formation & Problem Resolution*. [Förändring. Att ställa och lösa problem.] Stockholm: Natur & Kultur. (I original 1974).

Wik, G., Fischer, H., Bragée, B., Finer, B., & Fredrikson, M. (1999). Functional anatomy of hypnotic analgesia: a PET study of patients with fibromyalgia. *European Journal of Pain*, 3, 7-12.

Psykoanalys

Psykoanalys är en behandlingsmetod som syftar till att starta en djupgående förändringsprocess i hela personligheten. Dess främsta mål är ökad självkännet. Vid många slags psykiska störningar och sjukdomar är psykoanalys en unik hjälp till bearbetning och förändring. Den psykoanalytiska behandlingsprocessen ökar individens förmåga att förstå och lösa egna psykiska konflikter och obearbetade trauman. Den syftar till en frigörelse från falska föreställningar om sig själv och omvärlden och bidrar till en mer realistisk självbild. Psykoanalys möjliggör att man kan acceptera erfarenheter av misslyckanden och begränsningar i livet, såväl som att bättre kunna utnyttja sina inre resurser och faktiska möjligheter i den aktuella livssituationen.

Med den psykoanalytiska behandlingsmetoden samlar man in kunskap om människans psyke och hennes samspel med andra. Denna kunskap systematiseras som olika psykologiska teorier, med den gemensamma grunduppfattningen om det omedvetnas psykologiska betydelse. Detta kan uttryckas bildligt som att människans medvetna jag endast utgör ”toppen av ett isberg”, eller att ”jaget inte är herre i sitt eget hus”.

De psykoanalytiska teorierna utgör basen också för psykoanalytisk psykoterapi och andra s.k. dynamiska psykoterapiformer. Oavsett hur dessa andra modifieringar ser ut så bildar den psykoanalytiska kunskapen underlaget till många former av psykoterapi, gruppterapi, familjeterapi, hypnosterapi, kroppsinriktad psykoterapi, mm.

Den psykoanalytiska behandlingen är dessutom i sig en humanvetenskaplig forskningsmetod, som syftar till att såväl bygga upp, som att ompröva, teorierna om människans psyke och hennes samspel med andra människor.

Historik

Psykoanalysen har sitt ursprung hos den österrikiske läkaren Sigmund Freud. Den kom att utvecklas vidare av Freud själv, hans elever och ett antal efterföljare. Psykoanalysen växte fram i och med Freuds pionjärbete i början av 1900-talet, fram till hans död 1939. Såväl under Freuds levnad, som senare, har psykoanalysen kommit att utvecklas i olika inriktningar. Freud själv formulerade en rad teorier om den psykiska utvecklingen, om drömmar, om driflivet och barndomssexualiteten, om personlighetens struktur, om ångest, om neurosernas uppkomst, o.s.v. De flesta av dessa teorier arbetade han om och vidareutvecklade i flera olika versioner, allteftersom han mötte nya patienter och gjorde nya kliniska iakttagelser.

Vid sidan av Wien i Österrike där Freud och hans första lärjungar verkade, utgjorde Berlin och Budapest de viktiga orterna i psykoanalysens tidiga historia. Såväl Karl Abraham i Berlin som Sandor Ferenczi i Budapest sådde teoretiska frön till de riktningar inom psykoanalysen som senare kommit att kallas objektrelationsteori.

Psykoanalysens centra flyttades under nazismens maktövertagande i Mellaneuropa till USA och London, eftersom merparten psykoanalytiker som var judar tvingades i exil. Psykoanalysen i sig med dess människosyn och emancipatoriska strävanden motarbetades i de totalitära staterna, såväl Hitlertyskland som Sovjetunionen. Till USA hade psykoanalysen kommit tidigt också tack vare en serie föreläsningar som Freud höll redan 1909. Den psykoanalytiska riktning som främst utvecklades i USA var den s.k. jagpsykologin, som betonar jagets roll i anpassningen till verkligheten. Viktiga företrädare har bl.a. varit Heinz Hartman och Erik H. Erikson. Psykoanalytiska riktningar som lade en större vikt vid kulturens inflytande på individen och dennes interaktion med omgivningen, kom tidigt att få inflytande i USA, liksom också den sk självpsykologin. Över huvud taget fick psykoanalys tidigt stor spridning inom samhällsvetenskaperna och i populariserande former, inom USA:s kulturliv.

I England utvecklades psykoanalysen i några olika riktningar. Den ursprungliga driftsorienterade psykoanalysen vidareutvecklades under ledning av Anna Freud, Sigmund Freuds dotter, i en närmast egen jagpsykologisk form. Jagets organisering och försvarsmekanismer betonades. Samtidigt utvecklades under Melanie Kleins ledarskap en "kleiniansk" objektrelationsteori, som har kommit att få stor spridning och inflytande över stora delar av den psykoanalytiska världen, i England, Skandinavien, Sydamerika, men också senare i USA. I kleiniansk teori betonas särskilt starkt de infantila, såväl destruktiva som kärleksfulla, omedvetna fantasiernas avgörande inverkan på vårt psykiska liv. Wilfred Bion, en av Kleins efterföljare, utvecklade teorier som har fått en stor genomslagskraft inom den psykoanalytiska världen.

En tredje grupp bestod av psykoanalytiker vilka ville hålla sig oberoende av

såväl Anna Freud som Melanie Kleins idéer. De kom därför att kallas den oberoende gruppen, eller mellangruppen, och där återfinns merparten av de teoretiker som kommit att ge namn till den riktning som kallas objektrelationsteori.

Några tongivande personer här som fått stor betydelse för psykoanalysen är bl.a. Donald Winnicott, Michael Balint och Ronald Fairbairn. Både England och USA är bra exempel på hur tillfälligheter, personligheter och kulturell särart och tidsanda också präglade psykoanalysen. På samma sätt förhåller det sig i Frankrike där psykoanalysens utveckling starkt har formats av Jacques Lacans radikala uttolkning av Freuds texter.

Det är svårt att entydigt uttala sig om den svenska psykoanalysen. Under 60- och 70-talen hade en mer utvecklingspsykologisk, driftsinriktad freudiansk teori, som jagpsykologi, en dominerande ställning inom svensk psykoanalys.

Mångfald, men med de starkaste influenserna ifrån den anglosaxiska världen, karaktäriserar svensk psykoanalys idag. Successivt de senaste årtiondena har såväl objektrelationsteorier som kleininfluerad psykoanalytisk teori och kliniskt tänkande, fått allt starkare ställning i Sverige. Något som vidare kan sägas är att flertalet länge vetenskapsteoretiskt uppfattat psykoanalysen som en humanvetenskap, snarare än som en naturvetenskap. De senare åren har i vissa kretsar ett livligt intresse uppstått kring psykoanalysens koppling till neurovetenskap och biologi. Också psykoanalys med spädbarn, liksom barn- och ungdomspsykoanalys har det senaste decenniet varit på stark frammarsch i Sverige, med många psykoanalytiker som vidareutbildats i den disciplinen.

Vad innebär det att gå i psykoanalys?

Psykoanalys är en genomgripande och långsiktig behandling som bedrivs tre till fem gånger i veckan under flera år. Analysanden (personen som går i psykoanalys) ligger ned och uppmuntras att så fritt som möjligt uttrycka sina upplevelser, tankar och känslor.

Psykoanalytikerns och analysandens gemensamma utforskande av och ökade förståelse för det analysanden uttrycker, leder till att behandlingen framskrider och fördjupas. Även själva inverkan av den tillitsskapande relationen, med dess täthet och regelbundenhet vad det gäller plats och tider, har en avgörande betydelse för behandlingens framgång.

Den process som speciellt utnyttjas i psykoanalys för att få till stånd en djupgående, både kognitiv och emotionell bearbetning, kallas överföring.

I relationen med psykoanalytikern uttrycks känslor och tankar förknippade med omedvetna fantasier och föreställningar som analysanden har om sig själv och andra personer. Också minnen som ursprungligen härrör från betydelsefulla relationer under barndomen återuppväcks i överföringen. Genom förståelsen av vad som gestaltas och återupprepas i samspelet med psykoanalytikern, kan

analysanden få insikt om tidigare bortträngda och okända sidor av sig själv och sina relationer till viktiga andra.

Psykoanalys är ett tätt och regelbundet samarbete mellan analytiker och analysand, under vilket analysanden blir mer och mer medveten om de underliggande källorna till hans eller hennes svårigheter, inte bara på ett intellektuellt sätt, men emotionellt – genom att åter erfara dem tillsammans med analytikern.

Ovannämnda förutsättningar för en psykoanalys samverkar till att göra det möjligt för analysanden att bearbeta och integrera motstridiga delar av sin personlighet, samt att bättre förstå hur hon styrs av omedvetna önskningar och hämmats av omedvetna konflikter. Behandlingen ökar förutsättningarna för analysanden att ta ansvar för sig själv och sitt liv. Ett gynnsamt klimat för psykisk utveckling och mognad skapas.

För vem är psykoanalys bra ?

Det lidande personen som söker psykoanalys har, kan vara av helt olika karaktär och mer eller mindre omfattande. Psykoanalytisk behandling förutsätter att det hos den sökande finns en önskan och motivation för inre förändring och inte enbart ett intresse att bli av med de symtom som denne lider av. Motivation och intresse för självreflektion, att lära känna sig själv bättre, är av större betydelse än de symtom den sökande har.

Likväl kan den som söker psykoanalys vara mer eller mindre försvagad av långvariga symtom såsom depression och ångest, sexuella svårigheter, fysiska symtom utan bevisbara underliggande fysiska orsaker. Man kan t.ex. vara plågad av handikappande tvångsmässiga handlingar eller tankar. En annan människa lever kanske ett inskränkt och isolerat ensamt liv, oförmögen att känna sig nära någon annan. Ett offer för sexuella övergrepp kan lida av en oförmåga att lita på andra människor. Vissa går i analys på grund av upprepade misslyckanden i kärlek, i arbete, som sammanhänger med ett självdestruktivt beteende. Andra söker psykoanalys därför att deras sätt att fungera på, deras karaktärsdrag, allvarligt försvårar för dem att göra viktiga val eller att kunna njuta av livet.

Inte så få söker psykoanalys av den anledningen att andra psykiatriska eller psykologiska behandlingsmetoder misslyckats, eller endast kosmetiskt eller temporärt kunnat vara dem till hjälp. Människor som vill veta om de kan dra nytta av den, kan konsultera en erfaren psykoanalytiker.

Förutom psykoanalytisk behandling arbetar flertalet psykoanalytiker också med tidsbegränsad och längre psykoterapi som bedrivs en till tre gånger i veckan.

Psykoanalytiker med sin speciella kunskap kan tillföra mycket inom vitt skilda områden, t.ex. som lärare och handledare på olika utbildningar och som konsulter och handledare inom organisationer, näringslivet och kulturlivet.

Hur bekostas psykoanalys?

- Hos vissa privatpraktiserande läkaranalytiker inom ramen för landstingets högkostnadsskydd.
- Hos övriga psykoanalytiker till en kostnad som analytiker och analysand kommer överens om.
- Bidrag till psykoanalys kan ibland erhållas via de psykiatriska sektorerna och hos vissa arbetsgivare.
- Det finns möjlighet att för ett nedsatt arvode gå i psykoanalys hos kandidat under utbildning.

Utbildning

Fyra och ett halvt års seminarier kombinerat med eget psykoanalytiskt arbetet under handledning, samt egen psykoanalys. För närmare information se Svenska psykoanalytiska föreningens hemsida: www.psykoanalys.se.

Referenser

Den vetenskapliga dokumentationen om psykoanalys är omfattande. För orientering se IPA:s hemsida www.ipa.org.uk och klicka vidare till research. Där återfinns bl.a. sammanställningen *"An open door review of outcome studies in psychoanalysis"*.

Studier med svensk anknytning

- Bárány, A-S., Sandell, R. & Schubert, J. (1993). *Effekter av lång psykoterapi och psykoanalys – en forskningsöversikt*. Stockholms läns landstings Psykoterapiinstitut, (Rapport från PI nr 6).
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., & Schubert, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPP). *International journal of Psychoanalysis*, 81(5), 921-943.
- Szecsödy, I., m.fl. (1997). *The European Multi-site Collaborative Study of Psychoanalysis (Sweden, Finland, Norway, Holland and Italy)*. Paper presented at the Symposium on Outcome Research (Chair Otto Kernberg) International Psychoanalytic Association Congress, Barcelona, August 1997.
- Szecsödy, I., m.fl. (1999). *Multicenter collaboration of research on process and outcome of psychoanalysis*. Paper presented at the international Psychoanalytical Congress, Santiago.

Några andra senare studier

- Fonagy, P., et al. (2005). Psychodynamic psychotherapies. Evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of Menninger Clinic*, 69, 1-58.
- Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86:841-68.

Svenska psykoanalytiska föreningen – Spaf

Vid ett konstituerande möte 3 maj 2010 gick de två psykoanalytiska föreningarna i Sverige, Svenska psykoanalytiska föreningen och Svenska psykoanalytiska sällskapet, samman och bildade en ny, gemensam förening. Den nya föreningens namn är Svenska psykoanalytiska föreningen (Swedish Psychoanalytical Association). Den är – som de båda tidigare föreningarna var – ansluten till den 1910 grundade International Psychoanalytical Association (IPA) och till European Psychoanalytical Federation (EPF).

Den tidigare Svenska psykoanalytiska föreningen grundades 1934 och Svenska psykoanalytiska sällskapet (vars namn fram till 1999 var Svenska föreningen för holistisk psykoterapi och psykoanalys) grundades 1968. De båda föreningarna hade sedan många år ett alltmer fördjupat samarbete både vetenskapligt och praktiskt och samgåendet var en naturlig följd av detta.

Den nya Svenska psykoanalytiska föreningen består av 250 psykoanalytiker och 45 kandidater.

Föreningens institut bedriver utbildning av psykoanalytiker, för såväl psykoanalys med vuxna som barn- och ungdomsanalys. Föreningen har en omfattande vetenskaplig verksamhet, en mottagning för förmedling av psykoanalys och psykoanalytisk psykoterapi samt bedriver utåtriktad verksamhet i form av offentliga seminarier och kurser, bl.a. i samarbete med ABF.

Förutom i Stockholm är medlemmar verksamma i Göteborg, Lund-Malmö samt i Uppsala. Medlemmarna har en yrkesmässig bakgrund som läkare, psykolog och/eller legitimerad psykoterapeut och bedriver både psykoanalys och psykoterapi.

Barn och ungdomsmottagningen BUM bedriver och förmedlar barn- och ungdomspsykoanalys. Psykoanalytikernas spädbarnsmottagning erbjuder samtals hjälp till spädbarn och deras föräldrar.

Hemsida: www.psykoanalys.se

Om psykoterapiforskning

Psykoanalytiskt inspirerad forskning har fokuserat på personlighets- och utvecklingspsykologiska snarare än på psykoterapeutiska frågeställningar. Här förekommer allt från fall- och teoristudier till mer traditionella gruppstudier av patienter och terapeuter, oftare inom en humanistisk/kvalitativ än en positivistisk forskningstradition. Den psykoanalytiska/psykodynamiska behandlingsforskningen har framför allt ägnats åt processtudier, t.ex. av faktorer i relationen mellan patient och terapeut/analytiker, men numera märks ett ökat intresse för så kallad effektforskning, med syftet att kartlägga effekter av psykoanalys och psykoanalytisk psykoterapi vid olika kliniska tillstånd och – framför allt – i interaktion med olika personlighetsfaktorer. Det är ett viktigt grundantagande att en behandlings effektivitet alltid bestäms av patientens personlighetsmässiga förutsättningar att tillgodogöra sig den aktuella metoden.

I ett psykoanalytiskt perspektiv måste man därför betrakta evidensbaserings totalitära anspråk med skepsis. Psykoanalytisk forskning är alltså inte bara forskning på en behandlingsmetod utan också ett utforskande av människans inre och ofta omedvetna fungerande. Därför kan kliniskt utförd psykoanalys i sig inrangeras bland de kvalitativa forskningsmetoderna. Den psykoanalytiska fallstudien erbjuder en unik metod att intensivt och i detalj studera och generera kunskaper om komplexa mentala processer.

Forskning och vetenskapliga resultat

De grundläggande och gemensamma idéerna i de psykoanalytiska teorierna har varit föremål för omfattande vetenskaplig prövning (Fisher & Greenberg, 1996; Sandell, 1997; Westen, 1998). Till exempel: antagandet om omedvetna psykiska processer som utövar inflytande på våra tankar, känslor och handlingar har ett solitt stöd i äldre och nyare (bl.a. neurobiologisk) forskning och kan numera betraktas som okontroversiellt, med en självklar plats i modern kognitionsforskning. Ett annat grundläggande antagande, att det mentala livet präglas av omedvetna konflikter och försvar, har också stöd i nutida forskning på perceptuella och kognitiva processer, liksom barndomstidens avgörande inflytande på den vuxna personligheten och betydelsen av omedvetna förväntningar och attityder i relationer människor emellan, s.k. överföring (Luborsky m.fl., 1998).

Vad prövningar av psykoanalytiska terapier beträffar, finns experimentellt stöd för gynnsamma effekter av korttidsterapier vid flera olika kliniska tillstånd (t.ex. Milrod m.fl., 2007). Att de inte givits ett starkt evidensvärde av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) i Sverige förklaras av de avgränsande kriterier för så kallat vetenskapligt stöd som SBU har upprättat på basis av en behandlings- och forskningsmodell som man kopierat från medicinsk/

farmakologisk forskning. Denna snäva avgränsning har ifrågasatts från flera håll (Sandell, 2006) och är svår att förena med de fynd som återkommande gjorts i internationell psykoterapiforskning. I själva verket är en övergripande slutsats som psykoterapiforskningen dragit att de huvudsakliga väletablerade metoderna på psykoterapimarknaden i genomsnitt är ungefär lika effektiva vid de flesta kliniska tillstånd (Lambert & Ogles, 2004). Forskning har också givit vid handen att den terapeutiska metoden förklarar bara en liten del av behandlingsresultatet i jämförelse med patient-, terapeut- och relationsfaktorer (Wampold, 2001). Särskilt avgörande är patientens engagemang och beredskap att utveckla ett fruktbart samarbete med terapeuten. Terapeutens bidrag är att i ett empatiskt, bekräftande, genuint samarbete erbjuda en relation som i sig har en utvecklande funktion, samtidigt som patienten utvecklar en självförståelse som svar på terapeutens konfrontationer och tolkningar (Orlinsky, Rönnestad & Willutzki, 2004). Just så fungerar psykoanalytisk terapi. Vad som i övrigt är de verksamma mekanismerna i psykoanalytiska terapier – liksom i alla andra terapiformer – är ännu inte klarlagt. Flera studier av den psykoterapeutiska processen har dock visat att de faktorer som har starkast samband med ett gott behandlingsresultat – oberoende av vilken psykoterapiform som praktiseras, psykoanalytisk eller ej – är terapeutens utforskande uppmärksamhet på patientens delvis omedvetna önsningar, känslor, tankar, drömmar, fantasier och emotionella engagemang i terapin och den terapeutiska relationen (Ablon & Jones, 1998; Ablon, Levy & Katzenstein, 2006; Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue & Hayes, 1996; Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer & Gagnon, 1998; Hayes & Strauss, 1998; Jones & Pulos, 1993; Vocisano m.fl., 2004). Även dessa faktorer betonas starkt i psykoanalytiska terapier.

Aktuell och framtida forskning

Den internationella psykoanalytiskt informerade (och inspirerade) forskningen är livlig, särskilt av det slag som man brukar benämna processforskning, d.v.s. undersökningar av interaktionen mellan patient/analysand och terapeut/analytiker. Dessutom bedrivs och planeras välkontrollerade studier av effekter på bl.a. depression på flera platser i Tyskland, England och Nordamerika. Fortsatt fokusering på denna typ av effektstudier är angelägen inför framtiden.

Referenser

- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71-83.
- Ablon, J. S., Levy, R. A. & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 216-231.
- Fisher, S. & Greenberg, R. P. (1996). *Freud scientifically reappraised. Testing the theories and therapy*. New York: Wiley.
- Jones, E. E. & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 306-316.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Ed.), *Garfield and Bergin's Handbook of psychotherapy and behaviour change (5th ed.)* (ss. 139-193). New York: Wiley.
- Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (Eds.) (1998). *Understanding transference*. Washington DC: American Psychological Association.
- Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., et al. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 265-272.
- Orlinsky, D. E., Rönnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. I M. J. Lambert (Ed.), *Garfield and Bergin's Handbook of psychotherapy and behaviour change (5th ed.)* (ss. 307-390). New York: Wiley.
- Sandell, R. (1997). De psykodynamiska terapiernas vetenskapliga stöd. *Psykisk Hälsa*, 38, 35-50.
- Sandell, R. (2006). Evidensbasering – ett omstritt projekt. *Psykologtidningen*, 52 (13), 23-26.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124, 333-371.

Psykoanalytisk parpsykoterapi

Psykoanalytisk parpsykoterapi är en psykoterapiform där fokus ligger på paret relation och på den känslomässiga och ofta omedvetna innebörden i paret svårigheter. Uppmärksamhet ägnas åt partnervalet och de behov som detta uttrycker samt individernas och paret historia som en bakgrund till den aktuella situationen. I psykoanalytisk parpsykoterapi söker man en vidgad förståelse för omedvetna drivkrafter bakom och det egna bidraget till samspelet. Det blir då möjligt att på ett friare sätt förhålla sig till sig själv och varandra. En förändring av det som låst och hindrat blir möjlig.

Psykoanalytisk parpsykoterapi bygger vidare på kunskaper från psykoanalysen som teori och metod för att förstå och möta svårigheter hos par.

Vad är psykoanalytisk parpsykoterapi bra för?

- Vid kriser, ångesttillstånd, depressioner, sexuella svårigheter eller psykosomatiska besvär relaterade till parrelationen.
- Vid svårigheter som får konsekvenser för parrelationen, t.ex. kriser, sjukdom, förluster eller andra förändringar.

För vem?

- För par där båda parter önskar hjälp med känslomässiga svårigheter i sin relation.
- För par som är oroliga för att barnen reagerar med att få psykiska eller psykosomatiska symtom på föräldrarnas samspel.
- För par som önskar hjälp att hantera förändringar i familjen, t.ex. i samband med separation, styvfamiljsproblematik eller i relation till barnen.
- För att kunna tillgodogöra sig terapin bör båda parter ha – eller kunna

utveckla – en öppenhet för att förstå mer av sig själv och sin egen del i det gemensamma samspelet.

Hur går det till?

Paret träffar en parpsykoterapeut regelbundet – i allmänhet 60–90 minuter varje eller varannan vecka – under en tidsrymd som man gemensamt kommer överens om. Kontakten med psykoterapeuten kan innebära ett antal konsultationer eller en psykoterapi under flera månader. Utgångspunkt för samtalen är det som paret upplever som bekymmersamt och tillsammans med terapeuten utforskas bådas bild och upplevelser av problemet.

Vad kostar det?

Paret betalar efter överenskommelse med psykoterapeuten som följer gängse taxa för privatpraktiserande eller den taxa som gäller på aktuell arbetsplats.

Hur kan man få psykoanalytisk parpsykoterapi?

Svenska föreningen för psykoanalytisk parpsykoterapi (SFPP) kan förmedla kontakt med psykoanalytiskt orienterad parpsykoterapeut.

Referenser

Tavistock Centre for Couple Relationships' s hemsida www.tccr.org.uk hänvisar till dokumentation från psykoanalytisk terapi med par.

I London finns även Society of Couple Psychoanalytic Psychotherapists - SCPP; www.couplespsychotherapy.co.uk.

För litteraturtips: Se vår hemsida: www.parpsykoterapi.com.

Psykodynamisk barn- och ungdomspsykoterapi

Det psykoterapeutiska arbetet utgår från psykoanalytisk teori och modern utvecklingspsykologi. Exempelvis är objektrelationsteori och anknytningsteori betydelsefulla då de fokuserar på individens utveckling i samspel med viktiga andra. Psykoterapeuten utgår från att det bakom symptom och beteenden som barnet uppvisar kan finnas omedvetna fantasier, önskningar och konflikter. Det barnet visar kan också vara reaktioner på händelser som varit traumatiserande eller sammanhang som varit barnet övermäktiga och som barnets omogna psyke inte klarat av att hantera. Det kan också vara en lämplig behandling för barn med allvarliga psykiska funktionshinder, där behandlingen inriktas på ett uppbyggande av psykiska och kognitiva funktioner.

Psykoterapin anpassas alltid efter barnet eller ungdomen och föregås av en noggrann bedömning av barnets resurser och problem för att avgöra vilken behandling som är lämplig. Föräldrarnas eller vårdnadshavarnas möjligheter att stödja en terapeutisk behandling tas också med i bedömningen.

Vad är barn- och ungdomspsykoterapi bra för?

- För att barnet eller ungdomen skall få förståelse för sig själv och sin omvärld och få hjälp att skapa sammanhang.
- För att undanröja hinder för den normala utvecklingen.
- För att stärka barnets eller den unges självbild.
- För att ge barnet/ungdomen redskap så att det kan fungera bättre i relation till sin omgivning.

För vem är det bra?

För barn och ungdomar

- som känner ångslan, ångest, starka mindervärdeskänslor/låg självkänsla eller som är deprimerade,
- som har ett starkt aggressivt och destruktivt agerande mot sig själv eller andra, och som visar någon form av eget psykiskt lidande kring detta,
- med bristande anknytning som kan visa sig i kontakt- och kommunikationssvårigheter,
- som visar symptom på psykisk ohälsa efter traumatiska upplevelser,
- som har psykiska problem relaterade till kronisk sjukdom, neuropsykiatriska eller andra funktionshinder,
- som har psykologiskt betingade svårigheter vad gäller inlärning eller motorik.

Ungdomsåren ställer särskilda krav på den växande människan. Ungdomar utsätts för särskilda påfrestningar och svårigheter som de kan behöva få prata om i psykoterapi. Det centrala med inträdet i tonåren är att kroppen utvecklas och mognar och att den psykiska utvecklingen på olika sätt måste hålla den takten och bära vad den ”nya kroppen” signalerar. Kroppens förändring och mognad sker parallellt med den psykiska förändringen. Många ungdomar känner då inte igen sin kropp och humörsvängningar vilket kan leda till stor oro över att vara psykiskt avvikande eller sjuk.

Terapeutisk behandling kan då behövas

- för att få en tydligare och tryggare identitet under sin utveckling mot en alltmer självständig individ,
- för att ges en andra chans till känslomässig bearbetning av tidigare trauman som kan innebära att en positiv ungdomsutveckling initieras innan vuxenlivet tar vid med nya krav.

Hur går det till?

Grundtanken i en psykodynamisk terapi med barn och ungdomar är att en människa utvecklas i relation till såväl sina inre förutsättningar som yttre förhållanden, i relation till föräldrar, syskon, och omgivande samhälle. Dynamiken finns inom individen: barnet/den unge reagerar på sin verklighet med känslor och fantasier som i sin tur påverkar upplevelser, kognition, beteenden och samspel.

Det generella målet i en psykodynamisk barn- och ungdomsterapi är att undanröja inre, psykologiska hinder för normal utveckling. Den terapeutiska behandlingen utgår från det individuella barnet eller ungdomen och dess förutsättningar. Barnets/den unges emotionella och kognitiva utvecklingsnivå, dess

medfödda styrkor och svårigheter samt personlighet och temperament är faktorer som påverkar hur terapin utformas och vilka mål som sätts för individen.

I en barnpsykoterapi arbetar terapeuten utifrån förutsättningen att barnet uttrycker sig själv och sin problematik i lek och relaterande till terapeuten och det är genom terapeuten bemötande och samspel tillsammans med barnet som utveckling kommer till stånd och bearbetning kan ske.

Vilka träffas och hur länge? Barnpsykoterapi på psykodynamisk grund innebär ofta att barnet träffar en terapeut och föräldrarna har en parallell samtalskontakt, antingen med barnets terapeut eller med en egen föräldraterapeut. I föräldraterapin erbjuds föräldrarna möjlighet att arbeta med att förstå både barnet och dess beteende samt sina egna känslor i förhållande till barnet. De får även hjälp att hitta nya och mer adekvata förhållningssätt till sitt barn och hjälp att anpassa dessa efter barnets utveckling. Barnterapeuten får även viktig information om barnets verklighet i hem, förskola och skola. Vanligen pågår en behandling c:a ett till två år, men även kortare och längre terapier förekommer. Under åren har även andra former av psykodynamiska barnterapier vuxit fram. Korttidsterapi för barn är en sådan form. Där träffar barnet terapeuten 10–20 gånger, med parallell föräldrakontakt, och arbetar kring ett tydligt formulerat fokus. Ibland kan gemensam föräldra-barnterapi vara att föredra. Den psykodynamiska och utvecklingspsykologiska kunskapen finns med i grunden men tonvikten läggs då ofta på direkt arbete med den verkliga relationen mellan förälder och barn.

Ramar (d.v.s. i förväg bestämda regler) är en viktig bas i psykodynamisk barnterapi. Barnet träffar oftast terapeuten en till två gånger per vecka, samma tider varje vecka och i samma rum. Ramarna är till för att skapa en hållande miljö för barnet, där relationen till terapeuten kan fördjupas utan att barnet ska behöva lägga energi på att förhålla sig till eller oroa sig för förändringar.

Lek. Rummet är utrustat med utvalda spel och sådant lekmateriale som stimulerar fantasin och barnets kreativitet. Materialet används fritt på det sätt barnet väljer för att bäst uttrycka sig. Mycket ofta sker leken genom att barnet självmant initierar någon form av kontakt med terapeuten.

Terapeuten svarar på barnets lek och relaterande utifrån den nivå som barnet befinner sig på. Det innebär att själva handlingarna/interventionerna terapeuten gör ser olika ut för olika barn. För vissa barn handlar det om en bearbetning av specifika trauman där terapeuten finns med som en följeslagare. Genom leken återupprepar barnet sina erfarenheter och känslor från de traumatiska situationerna och får hjälp att strukturera sina upplevelser och sitt tänkande kring det som skett. Barnet kan därmed gå vidare med minnet av det traumatiserande som en integrerad erfarenhet av något svårt men som det ändå klarat av. För ett annat barn finns kanske grundläggande brister på grund av sårbarhet eller

omgivningsfaktorer. Ofta finns kombinationer av dessa. Terapeutens uppgift blir då att hjälpa barnet till vidare utveckling av anknytningsförmågan och den inre psykiska strukturen. I psykodynamisk barnpsykoterapi används tolkningar ibland, men mycket av arbetet sker genom leken i dess symboliska form, genom terapeutens bemötande av barnet och genom andra former av verbala interventioner.

Kontakter med skola/förskola. I barnpsykoterapi har terapeuten ofta kontakt med barnets förskola/skola tillsammans med föräldrarna. Barnen är då informerade och får komma med synpunkter på vad som ska tas upp. I vissa fall är det bättre att kontakten med skolan istället sker via föräldraterapeuten då det är viktigt att barnets integritet beaktas.

Ungdomspsykoterapi är en egen terapiform. Tonåringen befinner sig i en utveckling (konflikten mellan självständighet och beroende) och kan både längta efter och skrämmas av en kontakt med och en relation till en ny vuxen. För ungdomar som inte längre har leken som uttrycksform får samtalet en allt större betydelse. Men terapeuten har en mer aktiv hållning och ett mer personligt förhållningssätt än i vuxenpsykoterapi.

Tonåringar kan gå i både långa och kortare individualkontakter av psykodynamisk inriktad terapi. Längden kan vara svår att avgöra från början men kan bestämmas i samråd efter ett antal inledande orienterande samtal.

Kontakten med föräldrar varierar beroende på tonåringens ålder och svårigheter. Yngre tonåringar kan behöva ha en behandling där föräldrarna medverkar antingen i en parallell samtalskontakt eller deltar i vissa i förväg uppgjorda samtal.

Vid behov kan även psykoterapeuten ha kontakt med skolan tillsammans med tonåringen och föräldrarna.

Vilka krav ställs på familjen?

- Att möjliggöra för barnet/ungdomen att komma till de avtalade tiderna.
- Att utgöra det stöd barnet/ungdomen behöver för att kunna genomföra terapin.
- Att föräldrarna parallellt har en kontinuerlig samtalskontakt, alternativt för äldre, ännu omyndiga ungdomar, att de ändå ger sitt godkännande till terapin.
- I de fall barnet inte bor hos sina föräldrar ställs dessa krav på barnets dagliga vårdnadshavare.

Var kan man få barn och ungdomspsykoterapi? Vad kostar det?

- Inom den offentliga barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten (BUP) är all behandling kostnadsfri.
- Vid Ericastiftelsen i Stockholm, avgiftsfritt.
- Hos privatpraktiserande barn- och ungdomspsykiater betalar man själv till terapeuten. Terapeuterna kan nås via bl.a. Riksföreningen PsykoterapiCentrum. I vissa fall kan behandlingen bekostas av olika bidrag/anslag hos de psykoterapeuter som har avtal med kommun eller landsting.

Oavsett vårdgivare sker alltid en individuell bedömning innan ställnings-tagande till behandling sker, om psykodynamisk barn- och ungdomspsykoterapi är den lämpligaste behandlingsmetoden, i just detta skede.

Utbildning

Utbildningen av legitimerade psykoterapeuter med inriktning på barn- och ungdomspsykoterapi sker sedan många år vid Ericastiftelsen i Stockholm. Vid universiteten i Göteborg, Linköping samt i Umeå erbjuds numera också utbildning i barn- och ungdomspsykoterapi. Den legitimationsgrundande utbildningen består av en treårig påbyggnadsutbildning (90 hp) efter grundläggande psykoterapiutbildning som i sin tur omfattar 1½–2 års studier. Flertalet legitimerade psykoterapeuter har grundutbildning som psykolog, läkare eller socionom.

Referenser

- Blomberg, B. (2005). När är psykodynamisk psykoterapi en lämplig behandling för barn? *Mellanrummet*, nr. 1, 11-24.
- Boalt Boëthius, S. & Berggren, G. (2000). *Forskning om barn- och ungdomspsykoterapi. En kunskapsöversikt*. Ericastiftelsen.
- Carlberg, G. (1999). *Vändpunkter i barnpsykoterapi. Psykoterapeuters erfarenheter av förändringsprocesser*. Akademisk avhandling, Stockholms Universitet/ Ericastiftelsen.
- Carlberg, G. (2005). Barnpsykoterapi och evidens. *Mellanrummet*, Nr. 13, 69-78.
- Eresund, P. (2002). *Att behandla störande beteende. Metodutveckling i barnpsykoterapi*. Akademisk avhandling, Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.
- Høstmark Nielsen, G., Binder, P-E. & Holgersen, H. (2004). Individual terapi med barn og unge. En velfundert, nyttig og regnigssvarande behandlingsform? *Matrix*, 21, nr 1, 22-40.
- Muratori, F., Picci, L., Bruni, G., Patarnello, M. & Romagnoli, G. (2003).

A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalising disorders in children. *Journal of American Academy and Child Adolescent Psychiatry*, 42, 331-339.

Tydén, A. (2002). *Tidsbegränsad barnpsykioterapi – barn och föräldrars erfarenheter*. Rapport från Ubi, Stockholms Läns Landsting.

Med skönlitterär kvalitet

Cleve, E. (2000). *Från kaos till sammanhang. Psykioterapi med en pojke som har diagnosen ADHD*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Cleve, E. (2002). *En stor och en liten är borta. Kristerapi med en tvåårig pojke*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Föreningen för barn- och ungdomspsykioterapeuter – fbup

Bildades 1985 och är öppen för legitimerade psykioterapeuter utbildade vid Ericastiftelsen eller med likvärdig utbildning i barn- och ungdomspsykioterapi.

Föreningen är tillsammans med Södra Sveriges barn- och ungdomspsykioterapeutiska förening samt Föreningen för barn- och ungdomspsykioterapeuter i västra Sverige, ansluten till European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector (EFPP), bildad 1991 i London.

Hemsida: www.enigma.se/fbup

Om psykioterapiforskning

Under den senaste tioårsperioden har flera internationella studier om barnoch ungdomspsykioterapi påbörjats och redovisats. Även i Sverige ökar omfattningen av forskningen. En intensiv diskussion förs bland barn- och ungdomspsykioterapeuter om begreppet evidens och om hur kliniker genom dokumentation kan medverka till fördjupade kunskaper. Behovet av ökade insatser både vad gäller kvantitativt och kvalitativt inriktad forskning inom området är stort.

Forskning och vetenskapliga resultat

Så kallade metastudier visar att effekten av psykioterapi för barn och ungdomar är jämförbar med effekten av vuxenpsykioterapi. Studier visar att 3/4 av patienterna blir bättre än icke behandlade patienter men beskriver samtidigt att effekterna kan variera mycket inom olika terapiformer (Kazdin, 2004).

Den komplexa bilden av verksamma faktorer i vuxenpsykioterapi gäller även

barn- och ungdomspsykoterapi. Det vill säga: effekten av terapin påverkas av ett samspel mellan patientfaktorer, terapeutfaktorer och specifika teknikfaktorer.

Ett flertal studier har presenterats där effekterna av terapi vid olika typer av problem redovisas. Vägjorda studier av psykodynamisk kort- och långtidspsykoterapi där man använt kontroll- eller jämförelsegrupper visar på mycket goda och bestående resultat för patienter med depression, ångest och utagerande beteende (exempelvis Muratori et al., 2003; Kronmüller et al., 2005; Trowell et al., 2007). Andra problemområden som är väl utforskade inom ordinarie kliniska verksamheter är exempelvis: barn som utsatts för olika typer av övergrepp, barn i familjehem, barn med somatisk sjukdom och psykoterapi för ungdomar, unga vuxna.

Forskningsöversikter av hög kvalitet har publicerats (exempelvis Boalt Boëthius & Berggren, 2000; Kennedy, 2004; Kennedy & Midgley, 2007). Av dessa framgår att det nu sker en kraftfull utveckling av forskningsmetodik och av valida och reliabla bedömningsinstrument. Forskningen om effekter av terapi är etablerad och allt oftare redovisas studier där också terapiprocessen kommer i fokus. En central fråga är kartläggningen av mekanismerna bakom förändring. I barnpsykoterapi studeras exempelvis hur den terapeutiska alliansen och leken kan relateras till resultaten av terapier. Metoder finns nu för analys av terapiförlopp med både kvantitativ och kvalitativ metod där ljud- och videoband utgör forskningsmaterialet. Fortfarande finns en stark tradition att öka kunskaper om psykoterapiförlopp genom detaljerade studier av enstaka fall, så kallade ”single-case”-studier. När det gäller de små barnen utgör forskning inom föräldra/ barnterapi ett intressant område. Där utarbetas och utprövas sätt att bedöma samspelet mellan föräldrar och barn i nära samarbete med den forskning som bedrivs om anknytning och spädbarnspsykologi. Analyser av samspel i ett mikroperspektiv med hjälp av videoband är ett mycket lovande forskningsfält. I arbetet med att beskriva evidens för behandling är det viktigt att lyssna på brukarna. I dag pågår flera studier där man, främst via intervjuer, följer upp barn- och ungdomspsykoterapier. Dessa studier kan i vissa fall röra nu vuxna personer som får berätta om sina erfarenheter och minnen av terapi. Av de intervjuade har minst 2/3 en klar bild av terapin och beskriver att den varit till hjälp och har erbjudit redskap som varit användbara senare i livet.

Aktuell och framtida forskning

I Sverige finns nu en betydande forskning. Ett par avhandlingar om barnpsykoterapi har publicerats (Carlberg, 1999; Eresund, 2002). Viktig dokumentation av terapiförlopp finns beskrivna i skönlitterär form (Cleve, 2000; Cleve, 2002). Barn- och ungdomspsykoterapin har också stärkts av att tidskriften *Mellanrummet* startades 2000. Här finns ett forum för kliniker och forskare att publicera

och diskutera.

Vid Ericastiftelsen pågår Erica Process and Outcome Study (EPOS) som innebär att ett stort antal tidsbegränsade, målrelaterade barnterapi med parallell föräldrakontakt dokumenteras och analyseras. Terapierna bedrivs på olika mottagningar i Sverige och i Danmark. Exempel på områden som kommer att belysas i publikationer är: förändringsprocessen och effekten av terapi speglad genom utsagor från föräldrar, barn- och föräldraterapeuter och barnen själva, betydelsen av att formulera mål för psykodynamisk psykoterapi och betydelsen av tidsbegränsning.

Glädjande är att alltfler kliniker i dag är intresserade av att dokumentera och att kritiskt granska sitt arbete. I framtiden kommer säkert fler svenska randomiserade och kontrollerade studier men också studier där de kvalitativa metoderna utvecklas. Strävan att förstå mekanismer bakom förändring utgör drivkraften både för kliniker och forskare.

Referenser

- Boalt Boëthius, S. & Berggren, G. (2000). *Forskning om barn- och ungdomspsykiatri. En kunskapsöversikt*. Stockholm: Ericastiftelsen.
- Carlberg, G. (1999). *Vändpunkter i barnpsykiatri. Psykiaterers erfarenheter av förändringsprocesser*. Akademisk avhandling: Stockholms universitet, Pedagogiska institutionen.
- Carlberg, G. (2005). Barnpsykiatri och evidens. *Mellanrummet*, 13, 69-78.
- Cleve, E. (2000). *Från kaos till sammanhang. Psykiatri med en pojke som har diagnosen ADHD*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Cleve, E. (2002). *En stor och en liten är borta. Kristerapi med en tvåårig pojke*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Eresund, P. (2002). *Att behandla störande beteende. Metodutveckling i barnpsykiatri*. Akademisk avhandling: Stockholms universitet, Pedagogiska institutionen.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Predictors of outcome in child psychoanalysis: A retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 44, 27-77.
- Horn, H., Geiser-Elze, A., Reck, C., Hartmann, M., Stefani, A., Victor, D., et al. (2005). Zur wirksamkeit psychodynamische kurzzeitpsychotherapie bei kindern und jugendlichen mit depression. *Praxis der Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie*, 54, 578-597.
- Høstmark Nielsen, G., Binder, P-E., & Holgersen, H. (2004). Individualterapi med barn og unge. En velfundert, nyttig og regnigssvarande behandlingsform? *Matrix*, 21(1), 22-40.

- Jeanneau, M., & Winzer, R. (2007). *Psykodynamisk psykoterapi för unga. Utvärdering av projektet Ungdomar och Unga Vuxna vid Ericastiftelsen*. Rapport 2007:1, Stockholm: Centrum för folkhälsa och Ericastiftelsen.
- Kazdin, A. E. (2004). Psychotherapy for children and adolescents. I M. J. Lambert, Bergin and Garfield's *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (5th ed.) (ss. 543-589). New York: Wiley.
- Kennedy, E. (2004). *Child and adolescent psychotherapy: A systematic review of psychoanalytic approaches*. London: North Central London Strategic Health Authority.
- Kennedy, E., & Midgley, N. (2007). *Process and Outcome research in child, adolescent and parent-infant psychotherapy: a thematic review*. London: North Central London Strategic Health Authority.
- Kronmüller, K-T., Postelnicu, I., Hartmann, M., Stefini, A., Geiser-Elze, A., Gerhold, M., et al. (2005). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit angststörungen. *Praxis der Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie*, 54, 559-577.
- Maar, V., Poulsen, D., Dittmann, H., Gregersen, R., & Bentz, M. (2007). Terapeutisk allianci i föräldrebehandling. *Matrix*, 24, 4-30.
- Midgley, N. (2004). Sailing between Scylla and Charybdis: Incorporating qualitative approaches into child psychotherapy research. *Journal of Child Psychotherapy*, 30, 89-111.
- Midgley, N. (2005). Recollections of being in child psychoanalysis. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 60, 157-177.
- Muratori, F., Picchi, L., Bruni, G., Patarnello, M., & Romagnoli, G. (2003). A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalising disorders in children. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 42, 331-339.
- Trowell, J., Joffe, I., Campell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M., et al. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy: an outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 157-167.
- Winkelmann, K., Stefini, A., Hartmann, M., Geiser-Elze, A., Kronmüller, A., Schenkenbach, C., et al. (2005). Zur wirksamkeit psychodynamischer kurzzeit-psychotherapie bei kindern und jugendlichen mit verhaltensstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie*, 54, 598-614.

Psykodynamisk psykoterapi

Psykodynamisk terapi har utvecklats ur en omfattande klinisk tradition för att genom ett terapeutiskt arbete förändra och utveckla en individs unika mönster av begränsande föreställningar, känslor och relationer.

Det underliggande antagandet är att olika psykiska svårigheter i livet i stor utsträckning har sitt ursprung i (och vidmakthålls och förvärras av) rigida och konfliktfyllda föreställningar om sig själv och andra. Symtom ses i detta perspektiv främst som ett uttryck för oförmågan att med gamla föreställningar möta och hantera aktuella livssituationer. Även om ett viktigt syfte med en psykodynamisk psykoterapi är att uppnå symtomfrihet kommer terapin inte att ensidigt fokusera på symtomet. Istället ses symtom som meningsfulla uttryck för en inre eller yttre konflikt eller svårighet som behöver synliggöras för att få en mer konstruktiv och varaktig lösning.

Psykodynamisk terapi syftar till att vara en stabil och trygg plats för individen att undersöka, upptäcka och bearbeta de problematiska livsmönster hon bär med sig, särskilt som dessa kommer till uttryck och kan synliggöras i relationen till terapeuten.

Genom att undanröja de ofta självuppfyllande själv- och omvärldsbilder som hindrar en person från att använda sig av sina resurser kan hon komma vidare i sin egen utveckling och få friheten att fatta beslut som bättre överensstämmer med den person hon faktiskt är.

Psykodynamisk terapi har under lång tid utvecklats genom inflytande från forskning och klinisk erfarenhet inom psykoanalytisk teori, utvecklingspsykologi och personlighetspsykologi. Psykodynamisk terapi är en av de mest etablerade psykoterapiformerna i världen och tillämpas, förutom i individualterapi, även som par-, familje- och grupperapi.

Under de senaste 10–20 åren har det skett en betydande utveckling av både teori och praktik vilket gett upphov till en rad olika psykodynamiska terapi-

modeller. I allmänhet skiljer man mellan två typer av psykodynamisk terapi, korttidsterapi (7–30 sessioner) och långtidsterapi (>30 sessioner).

För patienter med en mer begränsad problematik kan psykodynamisk korttidsterapi vara en lämplig behandling. Flera olika utprovade modeller finns, så som affektfokuserad psykoterapi, intensiv dynamisk korttidsterapi och relationell psykoterapi.

För patienter med en mer omfattande och komplex problematik passar framförallt längre psykodynamisk terapi, t.ex. Tranference Focus Therapy (TFT) eller Mentaliseringsbaserad terapi (MBT). MBT är speciellt anpassad till patienter med borderline personlighetsstörning. I MBT kombineras individuell terapi och gruppterapi. Terapin fokuserar på att förbättra patientens mentaliseringsförmåga, det vill säga förmågan att reflektera kring mentala tillstånd hos sig själv och andra.

Vad är psykodynamisk psykoterapi bra för?

Det finns idag en omfattande forskning som visar att psykodynamisk terapi, utifrån ett stort antal studier och metastudier, väl uppfyller kraven på empiriskt validerad och evidensbaserad behandling. Aktuell empirisk forskning har också visat att psykodynamisk terapi har varaktig effekt vid olika psykiatriska diagnoser. Behandlingsmetodens inriktning på förändring av patienters specifika strategier och förhållningssätt, bakom olika (ofta flera) former av svårigheter och symtom utgör en påtaglig styrka i klinisk praxis.

I en aktuell genomgång av psykodynamisk terapi presenteras 31 randomiserade och kontrollerade behandlingar (RCT), som ger psykodynamisk terapi empirisk evidens vid en rad olika psykiatriska diagnoser. Evidens har påvisats för *depression* och *ångestsyndrom* samt för *psykosomatiskt syndrom*, *anorexia nervosa*, *bulemia nervosa*, *borderline personlighetsstörning*, *kluster C personlighetsstörning* och *missbruksproblematik*. Resultaten visar att psykodynamisk terapi ger signifikanta och goda effekter på specifika problem vid avslutad terapi och förbättras ytterligare vid uppföljning, (Leichsenring, 2009).

I en aktuell metaanalys avseende psykodynamisk långtidsterapi vid svårare problematik påvisades en övertygande evidens för längre psykodynamisk terapi vid behandling av både *komplex problematik/personlighetsstörning* och *svårare depressiva och/eller ångestsyndrom*. Metastudien visade att psykodynamisk långtidspsykoterapi leder till förbättringar av symtom, självbild och förmåga att relatera till andra som består flera år efter avslutad terapi. Effektstorleken var påfallande hög i jämförelse med annan behandling, (Leichsenring & Rabung, 2011).

För vem är psykodynamisk psykoterapi bra?

Psykodynamisk psykoterapi är bra för personer som lider av de flesta psykiatriska tillstånd samt för personer som önskar förändra sitt sätt att hantera relationer eller sin bild av sig själva. Det avgörande är att personen själv har en önskan om att förstå sig själv bättre och en önskan om förändring. Liksom i alla psykoterapiformer behöver personen vara villig att ta en aktiv del i det psykoterapeutiska arbetet vilket i psykodynamisk psykoterapi innebär att berätta om sig själv, sina känslor och sina relationer så öppet det går.

Nästan alla kan således ha nytta av en psykodynamisk psykoterapi men hur lång terapin behöver vara beror på vem personen är och vilka svårigheter man önskar övervinna. För att kunna tillgodogöra sig en psykodynamisk korttidsterapi behöver man ha ett visst mått av förmåga att knyta an i en ömsesidig relation samt kunna reflektera kring sig själv och sina känslor. Personer med mer omfattande svårigheter att relatera eller reflektera eller större problem med tillit behöver oftast längre behandling.

Hur går det till?

Psykoterapin innebär ett nära samarbete mellan psykoterapeut och patient inom ramen för en trygg relation och ett samarbetskontrakt. De yttre ramarna kan variera från en överenskommelse om att träffas fyra gånger för att få perspektiv på en konkret livssvårighet till en intensiv psykoterapi flera gånger i veckan under ett eller flera år.

Den terapeutiska relationen är en unik, tillåtande relation. Den erhålls med hjälp av de terapeutiska ramarna, av regelbundenhet och konstans avseende tid, plats och professionellt förhållningssätt samt terapeutens känslomässiga närvaro.

Det tillåtande klimat som utvecklas i terapin och närheten i relationen gör att terapeuten kan bemöta patienten utan att kränka och sära. Patienten kan då lämna sitt förnekande och börja reflektera över sin situation, sina mönster, reaktioner, relationer och val. Tillsammans med terapeuten kan patienten upptäcka nya sidor hos sig själv och våga pröva att tänka och handla på nytt sätt och mer självständigt. Att sörja och därmed lämna det som var och som skulle varit anorlunda får sitt utrymme. Det blir då möjligt att lägga smärtsamma minnen bakom sig i stället för att odsla energi på att hålla borta eller kompensera, där olika symtom varit en viktig del. Avslutningsarbete är en betydelsefull fas av terapin. Separationen från terapeuten och terapin innebär också ett sorgearbete, en erfarenhet vi alla behöver ha med oss i livet.

Var kan man få psykodynamisk psykoterapi och vad kostar det?

Psykodynamiska psykoterapeuter arbetar både inom den offentliga sjukvården och privat. Hos de som är anställda inom, eller har avtal med landstinget gäller högkostnadsskydd. I annat fall överenskommer patient och psykoterapeut om kostnaden. För att komma i kontakt med en psykodynamisk psykoterapeut kan man vända sig till psykiatrin på hemorten, vända sig till RPC:s förmedlingsverksamhet, söka under rubriken legitimerade psykoterapeuter i telefonkatalogen eller genom S:t Lukas och Ericastiftelsen.

Riksföreningen psykoterapicentrum – RPC

RPC bildades 1971 och är landets största intresseförening för att utveckla och stödja psykodynamiskt orienterad psykoterapi. RPC har 11 lokalföreningar och c:a 1 150 medlemmar, huvudsakligen legitimerade psykoterapeuter. RPC arbetar bl.a. med fortbildning, information, etik, vårdavtalsfrågor och kontakter med myndigheter/institutioner angående psykoterapins tillgänglighet, utveckling och plats i vården.

RPC skriver remissvar på statliga utredningar och gör uppvaktningar och aktioner beträffande psykoterapi och psykoterapeututbildning. RPC deltar i psykoterapins utveckling internationellt genom medlemskap och insatser i internationella psykoterapiorganisationer. RPC är medlem i EFPP. RPC följer och stödjer psykoterapiforskningens utveckling. RPC ger ut tidningen INSKTEN.

Hemsida: www.rpc.nu

Forskningsöversikter

- Abbass, A.A., Hancock, J. T., Henderson, J., Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *AJP in Advance*, March 17.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., Kernberg, O. F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *Am J Psychiatry*; 164:922-928.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome

- studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909–922.
- Gerber, A. J. et al. (2011). A Quality-Based Review of Randomized Controlled Trials of Psychodynamic Psychotherapy *Am J Psychiatry* 168:1
- Hau, S. och Leuzinger-Bohleber, M. ed. (2005). *Position Paper on Psychoanalytic Therapy*. Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse (DGPT). På basis av denna genomgång har det tyska vetenskapsrådet godkänt PDT som vetenskapligt grundad behandling för alla typer av psykisk ohälsa hos vuxna.
- Holmqvist, R. och Phillips, B. (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber förlag.
- Leichsenring, F. et al. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Generalized Anxiety Disorder. A Randomized, controlled Trial. *Am J Psychiatry*, 166:8: 875–881.
- Leichsenring, F. (2009). Psychodynamic Psychotherapy: A review of Efficacy and Effectiveness Studies. I R.A: Levy & J.S.Ablon (eds) *Handbook of Evidence-based Psychodynamic Psychotherapy. Bridging the Gap between Science and Practice*. New York: Humana Press.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 15–22.
- de Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R., Dekker, J. (2009). The Effectiveness of Long-Term Psychoanalytic Therapy: A Systematic Review of Empirical Studies. *Harvard Review of Psychiatry*, Feb 2009, s. 1–22.
- Midgley, N., & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, 1–29.

Artiklar

- APA Presidential Task Force (2006): *Evidence-Based Practice in Psychology*.
- Barber, J.P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19(1):1–12
- Lindgren, O., Folkesson, P. & Almqvist, K. (2009) Psykoterapiens g-faktor. *Läkartidningen*, 37: 2285–2288.
- Sandell, R. (2006). Evidensbasering – ett omstritt projekt, *Psykologtidningen nr 13*:23–26.
- Sandell, R. (2009). Den terapeutiska relationen – faktisk interaktion eller inre representation? *Psykologtidningen nr 9*:12–16.
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychological Association*, 63(2), 98–109.

Relationell psykoterapi

En av människans viktigaste drivkrafter är att vara i en relation. Att skapa varaktiga relationer till andra ger oss sammanhang och mening och är nödvändigt för vår överlevnad. Relationell psykoterapi är ett professionellt och samtidigt genuint personligt möte mellan två människor, där var och en bidrar med sina erfarenheter och sin historia. Det är självklart den hjälpsökande som står i centrum, men det går inte att bortse från att psykoterapeuten också är en medmänniska och att de båda befinner sig i ett gemensamt sammanhang, som de påverkar och påverkas av. Därför utforskar man tillsammans samspelet i själva mötet.

En viktig del av terapin är att försöka förstå och förändra relationsmönster, där psykoterapeuten kan hjälpa patienten att upptäcka hur tidiga sätt att relatera ibland upprepas. När mönster för anknytning och samspel, som inte längre fungerar, gestaltas i terapin kan detta bli en utgångspunkt för förändring och mötet med terapeuten en ny erfarenhet.

Vad är relationell psykoterapi?

- Står för ett förhållningssätt mer än en specifik inriktning.
- Är mer integrativ än renodlat psykodynamisk. Kognitiva inslag används mer eller mindre av olika terapeuter som arbetar utifrån ett relationellt förhållningssätt.
- Vilar på en psykodynamisk grund, bl.a. utifrån brittisk objektrelationsteori, självpsykologi, anknytningsteori. Affektteori och neurobiologisk forskning är viktiga för metodutvecklingen.
- Stöder sig på modern utvecklingspsykologi som, bl.a. utifrån resultat av spädbarnsforskning, betonar anknytningsrelationen mellan föräldrar och barn som avgörande för utveckling och som grund för hur människan lyckas skapa och upprätthålla goda relationer.

En relationell psykoterapeut

- är empatiskt närvarande både professionellt och medmänskligt samtidigt. Relationellt synsätt bygger på föreställningen om mötet mellan två individer som ständigt påverkar varandra. Patienten är i centrum men inte som ett objekt för psykoterapeutens kunskap, utan i centrum för bådars respektfulla utforskande av patientens känslor, beteende och inre arbetsmodeller,
- delar med sig av sina egna iakttagelser och känslor när de kan tjäna patientens utveckling och en tillitsfull terapeutisk relation,
- lägger mer vikt vid vad som sägs än vid att tolka det som sägs. Samtalet om samspel i rummet är viktigt. Patienten inbjuds att tillsammans med terapeuten uttrycka vad som sker här och nu, verbalt med fokus på affekter och tankar,
- lägger märket till röstläge, mimik och gester. Det icke-verbalas betydelse i psykoterapeutiskt samspel får stöd av spädbarnsforskning och neurobiologisk vetenskap,
- lägger större vikt vid hur livsberättelsen berättas än vad som berättas. Därmed inte sagt att livsberättelsen är oviktig,
- betonar nya erfarenheter mer än insikt. Ny erfarenhet av att vara med en annan människa är en intersubjektiv erfarenhet, som förändrar. Insikt är intrapsykisk, inom en människa, och leder inte nödvändigtvis till förändring,
- hjälper patienten att uppmärksamma mentala tillstånd i sig själv och andra, att förstå att den andre också har en egen agenda, egna känslor och tankar, som kan vara olika ens egna och att förmågan att omfatta detta är beroende av känsloreglering och trygghet, så kallad mentalisering,
- tar hänsyn till inte bara psykiska omständigheter i en människas utveckling utan också den sociala, kulturella och politiska kontexten.

Alla relationella psykoterapeuter har sin personliga stil och olika teorier och metoder i fokus. Ovanstående är exempel på vad ett relationellt förhållningssätt kan innebära.

Referenser

- Fosha, D. (2000). *The Transforming Power of Affect*. New York: The Perseus Books Group.
- Holmquist, R. (2010). *Relationell psykoterapi: så här gör man*. Stockholm: Liber.
- Holmquist, R. (2007). *Relationella perspektiv på psykoterapi*. Stockholm: Liber.
- Mitchell, S. (2004). *Relationality—From Attachment to Intersubjectivity*. New York: Tyler & Francis Ltd.
- Wachtel, P. (2008). *Relational Theory and Practice of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Wallin, D.J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Svenska föreningen för relationell psykoterapi – sfrp

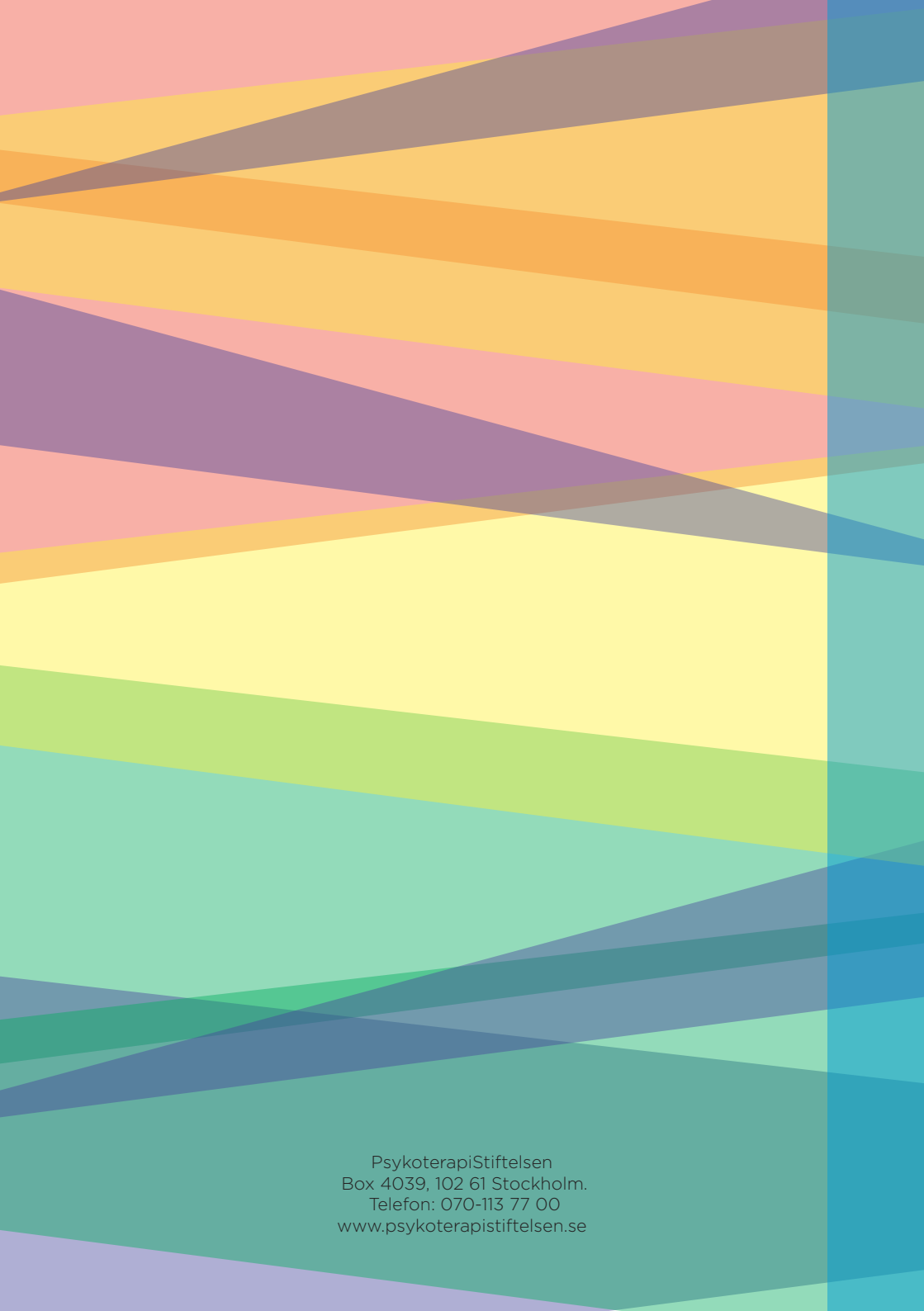
Föreningens syfte är att skapa ett sammanhang och en tillhörighet för psykoterapeuter med intresse för relationell psykoterapi.

sfrp ser också som sin uppgift att i den allmänna samhällsdebatten ge röst åt den människosyn som dessa teorier omfattar.

Vidare vill föreningen utgöra ett stöd för stiftelsen SAPU:s verksamhet och samtidigt stimulera till samarbete med andra grupper och individer både nationellt och internationellt.

Föreningsmöten med olika teman och föreläsare ordnas flera gånger per termin. Mer information om våra förenings- och medlemsträffar hittar du i webbplatsens kalendarium.

Hemsida: www.sfrp.se



PsykoteraPistiftelsen
Box 4039, 102 61 Stockholm.
Telefon: 070-113 77 00
www.psykoteraPistiftelsen.se