



ERSTA  
SKÖNDAL  
HÖGSKOLA

**S:t Lukas utbildningsinstitut**

Psykoteraeutprogram, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

Hösttermin 2016 - vårtermin 2017

**Likt men olik.**

**Alliansen i ISTDP och Klassisk Psykodynamisk  
Terapi**

**Same but different.**

**Alliance in ISTDP and Classic Psychodynamic  
Therapy**

**Författare:**

Silvia Ketterer



ERSTA  
SKÖNDAL  
HÖGSKOLA

## Innehåll

<b>Innehåll.....</b>	<b>2</b>
<b>1 Inledning.....</b>	<b>1</b>
<b>2 Bakgrund.....</b>	<b>1</b>
2.1 Teoretiska utgångspunkter för terapeutisk allians.....	1
2.2 Egots roll för alliansen.....	2
2.3 Utvecklandet av alliansbegreppet i ISTDP.....	2
2.4 Tidigare forskning.....	3
2.4.1 Empiriska vetenskapliga studier.....	3
<b>3 Syfte och frågeställningar.....</b>	<b>4</b>
<b>4 Metod.....</b>	<b>4</b>
4.1 Undersökningsdeltagare.....	4
4.2 Datainsamlingsmetoder.....	4
4.3 Bearbetningsmetoder.....	4
4.4 Genomförande.....	5
<b>5 Forskningsetiska frågeställningar.....</b>	<b>6</b>
<b>6 Resultat.....</b>	<b>6</b>
6.1 Förutsättning för alliansen.....	7
6.1.1 Terapeutens kompetens.....	7
6.1.1.1.....ISTDP	7
6.1.1.2.....Klassisk psykodynamisk psykoterapi	7
6.1.2 Terapeutens engagemang.....	8
6.1.2.1.....ISTDP	8
6.1.2.2.....Klassisk psykodynamisk psykoterapi	8
6.1.3 Patientens vilja och motivation.....	9
6.1.3.1.....ISTDP	9
6.1.3.2.....Klassisk psykodynamisk psykoterapi.	9
6.1.4 Kontrakt och ram.....	10
6.1.4.1.....ISTDP	10
6.1.4.2.....Klassisk psykodynamisk psykoterapi	10
6.2 Inverkansfaktorer på alliansen.....	10
6.2.1 Patientens grad av skörhet.....	10
6.2.1.1.....ISTDP	10
6.2.1.2.....Klassisk psykodynamisk psykoterapi	11

6.2.2	Metods specifika interventioner.....	11
6.2.2.1	.....	ISTDP 11
6.2.2.2	.....	Klassisk psykodynamisk psykoterapi 12
6.3	Perspektiv på allians.....	12
6.3.1	Begreppet allians, alliansbrott.....	12
6.3.1.1	.....	Begreppet allians 13
6.3.1.2	.....	Alliansbrott 13
6.3.2	Anknytning, emotionell kontakt, terapeutisk relation. .	14
6.3.2.1	.....	Anknytning och emotionell kontakt 14
6.3.2.2	.....	Terapeutisk relation 14
<b>7</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>14</b>
7.1	Metoddiskussion.....	14
7.2	Resultatdiskussion.....	16
7.2.1	Likheter.....	16
7.2.2	Skillnader.....	17
7.2.3	Förslag till fortsatt forskning.....	20
	<b>Referensförteckning.....</b>	<b>21</b>
	<b>Bilaga 1.....</b>	<b>25</b>
	<b>Bilaga 2.....</b>	<b>26</b>

## Sammanfattning

**Inledning:** Olika terapimetoder erbjuder olika sätt att hjälpa patienterna. ISTDP utmärker sig genom att vara offensiv och som i alla metoder tillskrivs alliansen en viktig roll. Det är terapeuter som ska jobba med alliansen men hur de upplever den, vilka likheter och olikheter de ser i de metoderna de jobbar med har knappast uppmärksammats. Studiens syfte är att belysa psykodynamiska psykoterapeuters syn på alliansen i både ISTDP och klassisk psykodynamisk psykoterapi.

**Frågeställningar:** Hur ser kliniskt verksamma psykodynamiska psykoterapeuter på den terapeutiska alliansen i både klassisk psykodynamisk psykoterapi och ISTDP ser? Vilka är de skillnader och likheter i hur de skapar och upprätthåller den?

**Metod:** Sex legitimerade psykodynamisk utbildade psykoterapeuter som är utbildade i ISTDP har intervjuats. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer. Grundad teori användes som metod för bearbetning och analys och materialet.

**Resultat:** Skillnaderna finns i behovet av ram och kontrakt samt metodiken. En könsskillnad finns i synen på möjligheten att engagera sig, i tillskrivning av interventionernas betydelse för alliansskapandet och hur begrepp allians, anknytning och emotionell kontakt används. Likheter gäller betydelsen av terapeutens engagemang, kompetens och patientens problematik.

**Diskussion:** Resultatet diskuterats utifrån terapeutens syn på alliansen. Terapeutens engagemang och patientens problematik samt hur metodiken påverkar alliansutvecklingen har diskuterats. Upplevelsen av att kunna skapa och upprätthålla alliansen har diskuterats utifrån tydlighet och ett könsperspektiv.

**Nyckelord:** terapeutens kompetens, engagemang, alliansskapande, anknytning, terapeutisk relation, terapeutisk allians, arbetsallians.

## Abstract

**Introduction:** Different therapy methods provide different help. ISTDP is distinguished by being more intensive and, as in all methods, also here alliance is important. Therapists are the one who are working with the alliance but how they experienced it, what similarities and differences there are in the different methods they work with, has rarely been

investigated. The goal with the study is to illustrate psychodynamic psychotherapists view on alliance in both ISTDP and classic psychodynamic psychotherapy.

**Questions:** How do clinically effective psychodynamic psychotherapists see the therapeutic alliance in both classic psychotherapy and ISTDP? What are the differences and similarities in how they create and maintain it?

**Method:** Six licensed psychodynamic psychotherapists who also are educated in ISTDP have been interviewed. The research is based on grounded theory.

**Result:** Differences that are found are the need for contract and frame and how the method is applied. A gender difference is in the therapist's view of the possibility of engagement, in ascribing signification to the interventions that bring about alliance and in the way alliance, attachment and emotional contact has been used. Similarities are regarding the importance of therapist's engagement, competence and patient's problems.

**Discussion:** The result was discussed on base of the therapist's view upon alliance. Therapist's engagement and patient's problems as well as how the method has an impact on creating the alliance has been discussed. Therapist's experience of being able to create and maintain the alliance has been discussed from a gender perspective and legibility.

**Keywords:** therapeutic competence, therapeutic engagement, creating alliance, attachment, therapeutic relation, therapeutic alliance, working alliance.

## 1 Inledning

Den psykiska ohälsan blir allt större och allt fler behöver hjälp. De olika psykoterapimetoder som finns tillhandahåller olika sätt att jobba med psykisk ohälsa och lägger olika fokus på hur de bäst kan hjälpa patienten. Oavsett vilken psykoterapeutisk riktning det gäller är de flesta överens om att de aspekter som Bordin (1979) ansåg ingå i det han kallade terapeutisk allians har betydelse för behandlingen och den har en självklar plats inom den psykodynamiska skolbildningen.

Nya terapeutiska metoder har utvecklats också inom det psykodynamiska fältet och sedan ett antal år tillbaka ges den kortidsinriktade psykodynamiska terapin, Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy ISTDP (Davanloo, 1980) också i Sverige. Metoden avser att vara mer intensivt men tillhandhåller både längre och kortare behandlingar och erbjuds av bland annat psykodynamisk utbildade psykoterapeuter. Som i de flesta andra terapimetoder är alliansen också i de både psykodynamiska psykoterapimetoderna ISTDP och klassisk psykodynamisk psykoterapi viktig men eftersom den ena är mer intensiv än den andra borde det finnas skillnader men även likheter i hur alliansen skapas och upprätthålls. Mycket lite av forskningen om alliansen har gjorts för att lyfta fram klinisk verksamma psykoterapeuters erfarenhet och syn på alliansen. Ännu mindre har det uppmärksammats vilka likheter terapeuter ser och om det finns skillnader i alliansskapandet när de jobbar utifrån två metoder som tillhör samma teoretiska skolbildning. Denna studie syftar till att belysa hur klinisk verksamma psykodynamisk utbildade psykoterapeuter ser på alliansen i båda dessa metoder. Vad består likheterna respektive skillnaderna i?

## 2 Bakgrund

I följande ges en överblick över den teoretiska utvecklingen av den terapeutiska alliansen utifrån den psykoanalytiska objektrelationsteoretiska och den jagspsykologiska skolan. De teoretiska utgångspunkterna och egots roll för alliansen tas upp samt vilken betydelse alliansen har i ISTDP.

### 2.1 Teoretiska utgångspunkter för terapeutisk allians

Ordet "samarbete" använde Freud för att tydliggöra skillnaden till en vänskapligt terapeutisk relation (Freud, 1913). Längre fram återkom ordet samarbete i uttrycket terapeutisk allians som myntades på 1950 talet som ett led i diskussionen om begreppet överföring och dess betydelse i det terapeutiska arbetet (Hausner, 2000). Diskussionen om

vad det terapeutiska samarbetet består av har uppstått mellan den objektrelationsteoretiska och den jagpsykologiska skolan. Överföringen och uppmärksamheten på patientens identifikation med analytikerns goda ambition sågs av den objektrelationsteoretiska skolan som kärnan i den terapeutiska alliansen (Brandschaft & Stolorow, 1990). Andra faktorer som lyftes fram som centralt för det psykoterapeutiska samarbetet är terapeutens förmåga till spegling, neutralitet och distans (Sigrell, 2007). Den jagpsykologiska skolbildningen framhöll istället teknisk flexibilitet (Barber et al., 2012). Enligt dem består det specifika målet med den terapeutiska alliansen (Brandschaft & Stolorow, 1990) att patienten identifierar sig med psykoterapeutens sätt att arbeta, dennes val på interpretationen samt psykoterapeutens syn på den terapeutiska processen. Här lades fokus på egots centrala roll i individens utveckling och det ansågs finnas två dimensioner i den analytiska relationen. En som består av patientens identifikation med terapeuten och terapeutens förståelse för patientens omedvetna. Den andra speglar patientens motstånd mot att fokusera på den inre strukturella konflikten som det analytiska arbetet skapar och som kommer till uttryck i överföringen. Detta kritiserades för ett alltför stort fokus på alliansen som kunde leda till pseudoallians, samt att viktiga överföringsaspekter kunde förbises (Barber, Muran, McCarthy & Keefe, 2012).

## **2.2 Egots roll för alliansen**

I den fortsatta diskussionen lyftes det fram att den observerande, resonerande och oberoende delen av egot behöver vara delaktigt i arbetet mot försvaren för att upprätthålla den terapeutiska alliansen (Brandschaft & Stolorow, 1990). Redan Zetzel (1958) ansåg att egot består av två delar, en som vill förändras och en som motsätter sig förändring, och att analytikern kunde med adekvat interpretativa interventioner nå den del i patienten som vill förändras. Den analytiska processen innebar för henne att det finns en relation som inbegriper patienten och dennes identifikation med analytikern. Om terapeuten kunde bli aktivt deltagande i partnerskapet med den verkliga personen bakom patienten kunde det uppstå "a working relationship between patient and therapist" (Zetzel, 1956) och den terapeutiska alliansen kunde utvecklas. Enligt Hausner (2000) är förutsättningen för en fungerande arbetsallians att patienten vill, utifrån ett realistiskt och rationellt sökande, minska sitt lidande vilket han ansåg är basen för den terapeutiska alliansen.

## **2.3 Utvecklandet av alliansbegreppet i ISTDP**

Krav på att terapeuterna följer metod och är lojala med den psykoanalytiska teoribildningen har enligt Fosha (2000) bidragit till en "growing length of standard analytic



treatment” (s. 315). Som en reaktion på det, skriver hon, utvecklades psykodynamiska korttidsterapier och tekniker som bröt mot outtalade förbud som gällde terapeutisk aktivitet, val av terapeutiska interventioner och fokus samtidigt som den psykoanalytiska hållningen bibehålls. Medan hon anser att de har sin utgångspunkt i psykoanalytisk teoribildning och bibehöll ett psykoanalytiskt djup, präglas korttidsterapier enligt Cade och Hudson O’Hanlon (1996) av det tillvägagångssätt som kännetecknar strategiska korttidsterapier. Där ligger fokus på att tillämpa interventioner som ger bästa möjliga resultat på kort tid utifrån målet för behandlingen. ISTDP har sin utgångspunkt i psykoanalytisk teoribildning (Malan, 1979) där alliansen betraktas som ett samarbete och förutsättning för terapin men den betraktas också som del av metoden (Katzman & Coughlin, 2013). Patientens medverkan i samarbetet påverkas av dennes medvetna och omedvetna hållning till sitt lidande (Abbass, 2015). En medveten hållning visas i att patienten uttrycker ett inre känslomässigt problem som patienten vill ha hjälp med. Tillsammans med terapeuten formuleras ett mål för behandlingen och hur det kan uppnås. Den omedvetna hållningen innefattar patientens icke artikulerade vilja att bli av med sitt lidande och en önskan om förändring som anses kunna väckas och förstärkas när både terapeuten och patienten tillsammans jobbar mot försvaren. Den stärker det terapeutiska samarbetet och motivationen att fortsätta jobba mot försvaren och ångesten (Katzman & Coughlin, 2013).

## **2.4 Tidigare forskning**

Databassökningen gjordes på Psychoanalytic Electronic Publishing, PubMed, PsycNet, and Google. De sökord som användes är terapeutisk allians, terapeutisk relation, working alliance, terapeutiskt samarbete, behandlingsutfall och -resultat, patientfaktorer, terapeutfaktorer, effektivitet.

Alliansforskningen har i stor utsträckning utgått från det som Bordin (1979) beskrev som den terapeutiska alliansen som består av den ömsesidiga överenskommelsen om metoden, målet och det affektiva bandet mellan patient och terapeut. I forskningen har ”Working Alliance Inventory, WAI” (Mallinckrodt & Tekie, 2015) varit ett viktigt instrument där både terapeut och patient skattar arbetsalliansen utifrån de komponenterna som ingår i den terapeutiska alliansen.

### **2.4.1 Empiriska vetenskapliga studier**

Holmqvist et al. (2015) har i en kvalitativ studie undersökt huruvida en gemensam förståelse och samsyn om patientens problem har inverkan på alliansen. Hans resultat visade att samarbetet kan vara baserat på andra faktorer än en samsyn på problemen. Detsamma antyder Falkenström et al. (2016) i

en jämförande studie där slumpvis utvalda depressiva patienter som antingen gått en beteende inriktad terapi eller en interpersonell terapi skattade alliansen. Resultatet visar att det affektiva bandet var den viktigaste komponenten i alliansskapandet men att patientens problematik, terapilängden och terapeutisk teknik också har inverkan på alliansen och behandlingsresultatet. Hur relationen är mellan allians och symptomförändring har också Xu och Tracey (2015) undersökt. I en studie med 638 deltagare med olika etnisk bakgrund och psykiska problem har de med hjälp av WAI kommit fram till att det finnes ett mer uttalat ömsesidigt beroende mellan alliansen och symptomförändringen särskilt i ett tidigt skede i behandlingen. Att alliansen kan vara olika från session till session och att den har en inverkan på symptomförändringen har Falkenström et al. (2013) visat i en annan studie där 646 patienter gick korttidsterapi. Men de kom också fram till att alliansen inte bara är en biprodukt av att symptomen förändras även om det har en inverkan på alliansen. Lambert (2012) har i en tidigare studie pekat på att alliansen visserligen är nödvändig men inte tillräcklig för förändring. En annan företeelse som påverkar alliansen och symptomförändringen är alliansbrott vilket Safran (2012) har ägnat mycket av sin forskning åt. Enligt honom har det visserligen inverkan på alliansen och behandlingsresultat hur alliansbrott hanteras men relationen mellan alliansen och symptomförbättring och behandlingsresultat är mer komplex än så.

Alliansens kvalitet har varit i fokus för Barber et al. (2012) som visar på att terapeutens bidrag samt psykoterapeutisk teknik har samband med alliansens kvalitet och nämner tystnad eller överföringstolkning vid rätt tidpunkt som särskilda terapeutrelaterade faktorer i alliansskapandet. Levy et al. (2015) har undersökt patientens upplevelse av alliansen och funnit att kvaliteten av alliansen korrelerade med patientens generellt förväntade resultat av behandlingen. En terapeutisk relation som upplevts bra genererar också ett bättre upplevt terapieresultat vilket och Ardito och Rabellino (2011) antyder i sin forskning men de lyfter fram att patientens upplevda kvalitet av alliansen är ett bättre mått på förutsägbarhet av resultatet än terapeutens upplevelse.

### **3 Syfte och frågeställningar**

Studien avser att lyfta fram hur leg. psykodynamiskt utbildade terapeuter, som också är utbildade i ISTDP, ser på den terapeutiska alliansen i klassisk psykodynamisk psykoterapi och i ISTDP. Frågeställningar som ställts är hur ser leg. psykodynamiska terapeuter på den terapeutiska alliansen utifrån klassisk psykodynamisk psykoterapi resp. ISTDP? Vilka är

skillnader respektive likheter i hur de skapar och upprätthåller alliansen?

## **4 Metod**

### **4.1 Undersökningsdeltagare**

Adresser till presumtiva intervjudeltagare som är leg. psykodynamiskt utbildade och kliniskt verksamma psykoterapeuter som har en utbildning i ISTDP hämtades på ISTDPs hemsida. På grund av stort bortfall kontaktades ansvarig utbildare för ISTDP i Stockholm vilket resulterade i ytterligare tre deltagare. Eftersom antalet inte var tillräckligt stort gjordes ett försök till att kontakta leg. psykoterapeuter med psykodynamisk bakgrund och ISTDP via ISTDPs hemsida, antalet deltagare, tre män och tre kvinnor kunde då säkerställas. Två av deltagarna var vid tiden för intervjun i slutet av sin utbildning i ISTDP. Fem leg. psykoterapeuter har flera års erfarenhet av kliniskt arbete både inom den offentliga vården och privat, en deltagare jobbar enbart inom den offentliga vården. Genomsnittsåldern är 55,7 år och medelvärde för antal år av klinisk erfarenhet som leg. psykoterapeut med inriktning psykodynamisk psykoterapi är 10,7 år, och medelvärde för antal år som utbildad ISTDP terapeut är 1,1 år.

### **4.2 Datainsamlingsmetoder**

Studien har en kvalitativ ansats och datainsamlingen gjordes utifrån en semi strukturerad intervju med öppna frågor. Intervjuguiden bestått av enbart några få frågor för att lämna deltagarna så mycket utrymme som möjligt för att de själva skulle kunna definiera och beskriva hur de såg på den terapeutiska alliansen. Med tanke på att både studieledaren och studiedeltagarna har samma referensram var det särskilt viktigt att säkerställa att deltagarnas beskrivningar och syn kom fram. Det gjordes genom att studieledaren ibland gav en sammanfattning av vad som sagts så att deltagarna kunde korrigera eventuella fel. När det upplevdes relevant och för att få fram skillnaden mellan metoderna ställdes följdfrågor, vilket också bidrog till att uppmärksamma och utesluta förutfattade idéer eller hypoteser. Studiedeltagarna fick i förväg en kort beskrivning av syftet med studien. De som inte kunde träffas fysiskt har tillfrågats före intervjutillfället om de ville medverka i en telefonintervju och blev uppringda av intervjuaren på en för deltagaren passande tid. Alla intervjuerna spelades in.

### **4.3 Bearbetningsmetoder**

Till denna studie valdes grundad teori, en kvalitativ och konstant jämförande analys. Den bygger på en substantiv kodning som består av en öppen och en selektiv kodning

(Fejes & Thornberg, 2015) och har en induktiv och deskriptiv ansats (Braun & Clarke, 2006). Efter att data transkriberades, lästes materialet två gånger för att få en överblick och en föreställning om vilken information som fanns och hur de eventuellt kan svara på studiens frågeställningar. Kodningsprocessen började med den öppna kodningen som ligger så nära det empiriska materialet som möjligt. Den utgår bl. a. från frågor som kräver svar på vilka känslor och händelser som kan finnas eller vad data säger om det som ska undersökas. Betydelsebärande enheter i ord, meningar och textavsnitt som svarade på det markerades. I denna första och överskådliga kodning skapades t ex koderna "patientens problem". Koderna jämfördes med varandra och med ytterligare data ur det empiriska materialet för att se om de hör ihop, vilka koder som är lika respektive olika, därefter sorterades de och grupperades i kluster/grupper. Det kodade materialet jämfördes igen med det empiriska materialet och även med gruppindelningen och på det sättet kunde ytterligare händelser och beskrivningar ur data läggas till. Koderna grupperades allteftersom till nya och mer abstrakta koder vilket gav t ex "terapeutens agerande" eller "patientreaktioner". Enligt Fejes och Thornberg (2015) utvecklas sedan de mer abstrakta koderna till kategorier och ges en beteckning som beskriver vad kategorierna står för. Exempel på sådana kategorier/beteckningar i studien är "Patientens vilja" eller "Terapeutens engagemang". Jämförelsen mellan datamaterialet, kategorierna och koderna fortsatte och bidrog med att alltmer data kunde tilldelas. Kategorierna, menar Fejes och Thornberg (2015), kan bli underkategorier till det som i den selektiva kodningen kommer att utgöra kärnkategorierna om de bedöms kunna bidra med en större förståelse för det kärnkategorierna står för. Kärnkategorierna bör omfatta viktiga och variationsrika delar i data och sådan data som antas ha betydelsefulla kopplingar till andra kategorier. Kärnkategorierna och deras beteckningar ska tas fram genom att utgå från de koder och kategorier som framstått som viktigast eller förekom oftast, koder som inte kan ordnas in utesluts (ibid.). Framtagningen och benämningen av kärnkategorierna resulterade i "Förutsättning för alliansen", "Inverkansfaktorer" och "Perspektiv på allians". För att se om de kunde bibehållas undersöktes det om det fanns stabila mönster i empirin som bekräftade valet av kategorierna. Några av de kategorierna ur den öppna kodningen som kom att bidra underkategorier i den selektiva kodningen är "Terapeutens kompetens" och "Grad av skörhet, problematik". Kärn- och underkategorierna har sedan applicerats på de både terapimetoderna ISTDP och klassisk psykodynamisk psykoterapi i syfte att ta fram deltagarnas syn på allians samt likheter och skillnader i alliansskapande mellan metoderna. Med hjälp av grundad teori skulle det kunna utvecklas en teori över möjliga

samband i det empiriska materialet men då krävs ytterligare ett kodningsförfarande. Då skulle en teoretisk kodning (Fejes & Thornberg, 2015) behöva tillämpas vilket dock inte gjordes då det inte var målet med studien. Parallellt med analysprocessen skrevs analytiska anteckningar och teoretiska utkast som användes som stöd i jämförelsen av data och vid kodningen. För att i största möjliga mån kunna ta fram deltagarnas beskrivningar av hur de ser på alliansen har det varit viktigt att studieledaren intagit en sensitiv närhet till data och en analytisk distans till tidigare forskning och teorier (ibid.). Detta särskilt med tanke på att både studiedeltagarna och studieledaren har samma teoretiska referensramar. Skillnaden mellan metoderna tydliggörs genom att använda begreppet klassisk psykodynamisk psykoterapi och ISTDP.

#### **4.4 Genomförande**

Genomförandet av intervjuerna gjordes under en tre månaders period. Deltagarna tillfrågades skriftligt via epost om deras medverkan. En beskrivning innehållande syftet samt en kort introduktion av studiens frågeställning skickades till alla deltagare. De som svarade såg sitt deltagande som ett bidrag till att öka kunskapen om den terapeutiska alliansen. På grund av geografisk distans gjordes två intervjuer via telefon, fyra intervjuer gjordes genom att träffa intervjudeltagare fysiskt på deras mottagningar. Intervjuerna spelades in på dator, transkriberades och analyserades.

### **5 Forskningsetiska frågeställningar**

Deltagarna blev informerade om studiens omfattning, att den gjordes inom ramen för psykoterapeututbildningen på S:t Lukas Utbildningsinstitut i Stockholm. Huvud- man och personuppgiftsansvarig är S:t Lukas Utbildningsinstitut, Institutionen för vårdvetenskap, Ersta Sköndal Bräcke Högskola. Studien följer lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor och behandling av personuppgifter som gäller Paragraf 3 Personuppgiftslagen (1998:204) Lag (2008:192) som bl. a. reglerar registrerat samtycke. Deltagarnas identitet oidentifierades, sekretess och anonymitet säkerställdes. Det finns en risk att deras identitet kan röjas p.g.a. få ISTDP terapeuter vilket har minimerades så långt som möjligt genom att säkerställa anonymiteten i största möjliga mån. Möjligheten att få ny kunskap och förståelse av den terapeutiska alliansen samt hur forskning kan bidra till det, vägts av.

### **6 Resultat**

Analysen av data delas in i 3 delresultat innehållande 3 kärnkategorier. Det första delresultatet 6.1 består av kärnkategorin: Förutsättning för alliansen. Den innehåller

underkategorierna/faktorerna: Terapeutens kompetens, Terapeutens engagemang, Patientens vilja och motivation samt Ramen och kontrakt. Det andra delresultatet 6.2 består av kärnkategorin: Inverkansfaktorer på alliansen som inkluderar Patientens grad av skörhet och Metods specifika interventioner. Det tredje delresultatet 6.3 består av kärnkategorin: Perspektiv på allians som innehåller faktorerna Begrepp allians och alliansbrott, Anknytning, emotionell kontakt och terapeutisk relation.

Tabell 1 illustrerar dels de underkategorier/faktorer som deltagarna tillskrivit stor betydelse för skapandet och upprätthållandet i respektive metod och dels hur många deltagare som har ansett att dessa faktorer har en stor betydelse. Ett streck betyder att ingen av deltagarna tillskrev faktorn stor betydelse vilket inte säger något om huruvida faktorerna alls har en betydelse eller inte. Det framkom en tydlig skillnad i betydelsen av alliansen mellan de tillfrågade terapeuternas syn på metoderna i val av intervention och teknik, kontrakt och ram, patientens vilja samt överföring och motöverföring.

	Terapeut kompetens	Grad av skörhet, problematik	Terapeut engagemang	Kontrakt	Ramen	Konfrontativ intervention	Överföring motöverföring	Patientens vilja, motivation	Avvakande intervention
PDT	6	6	6	3	3	-	4	2	6
ISTDP	6	6	6	6	-	6	3	6	-

Tabell 1. Faktorer/underkategorierna tillskrivna stor betydelse för skapandet och upprätthållandet av allians i PDT och ISTDP.

I det följande tas först upp kärnkategorier 6.1 och 6.2 som innehåller de faktorer som utifrån deltagarnas beskrivningar dels utgör förutsättningar för att en allians ska kunna skapas och dels ingår i ett fortsatt alliansskapande och upprätthållande. I det tredje delresultat 6.3 beskrivs det som framstår som terapeuternas syn på alliansen.

## 6.1 Förutsättning för alliansen

### 6.1.1 Terapeutens kompetens

Denna kategori omfattar de aspekter i intervjudeltagarnas beskrivningar som kan tillskrivas det som terapeuten behöver kunna för att skapa alliansen. Aspekterna avser terapeutens

teoretiska kunskap, förmåga att tillämpa rätt intervention, hålla fokus och förmåga att använda sig av överföring och motöverföring. De omfattar också terapeutens förståelse av och insikt i patientens problematik och behov.

#### **6.1.1.1 ISTDP**

Terapeutens teoretiska kunskap, förmågan att tillämpa metoden utifrån en förståelse och insikt i patientens problematik och dennes motstånd betraktas av alla deltagare som viktiga förutsättningar för skapandet av arbetsalliansen. Samtliga betonar hur viktigt det är att se försvaren och intervenser i ett tidigt skede.

*Jag försöker att alliera mig med patienten mot dennes försvarsstruktur och är tydlig med att blockera försvaren. Om patienten inte har förmåga till allians ... så får man jobba för att komma dit. Att uppmärksamma patienten på att den gör någonting som hindrar honom eller henne att komma vidare ... också peka på alternativet. Redan de 2-3 första minuterna.*

En deltagare lyfter fram förmågan att kunna arbeta systematiskt som en förutsättning till att skapa en allians medan en annan lyfter fram att terapeuten behöver ha erfarenhet av att arbeta med metodiken och påtalar vikten av att veta sina begränsningar. Överskattar terapeuten sin kompetens och inte är lyhörd för hur långt den kan gå kan patienten uppfatta interventionen som en kränkning.

*Interventionen kan också bli ett övergrepp. Vara väldigt arbetsfokuserad och systematisk, då har man också en chans att verkligen systematiskt bygga upp en allians kring vad det är som genererar problemet.*

#### **6.1.1.2 Klassisk psykodynamisk psykoterapi**

Flertalet av intervjudeltagarna säger att det är svårt att beskriva hur de har skapat allians i klassisk psykodynamisk psykoterapi. Anledningen är, säger några, att de inte riktigt kommer ihåg hur det var eller hur de gjorde medan andra upplever att metodiken i ISTDP tagit över. Deltagarna beskriver kompetensen i första hand utifrån möjligheten att ge patienten ett utrymme att berätta. Terapeutens förmåga att lyssna lyfts fram och att kunna bedöma vad som behövs göras så att patientens problem minskar.

*Teoretisera kring hur det här kan hänga ihop, samla in information, låta patienten berätta sin historia. Vad det är som ska göra förändringen ... vad som ska minska ångesten eller minska problem. Kunna vara inlyssnande och avvaktande, låta människan plocka ned sina försvar i den takt de är mogna.*

### **6.1.2 Terapeutens engagemang**

Utifrån intervjudeltagarnas beskrivningar består terapeutens engagemang av ett flertal aspekter. Till kategorin hör terapeutens äkthet, dess intresse och nyfikenhet, mått av aktivitet samt vilja och ansvar att engagera sig i patientens behandling. Också grad av uppmärksamhet och närvarande framträder, är enligt deltagarna, viktiga aspekter av engagemanget samt möjlighet att engagera sig utifrån metoden.

#### **6.1.2.1 ISTDP**

Terapeutens genuina och äkta intresse i och för patienten och terapeutens egen vilja och önskan att skapa en allians blir en förutsättning för alliansskapandet. Några av deltagarna beskriver att det krävs ett tydligare ställningstagande för patienten och att terapeuten agerar så att patientens önskan om en förändring väcks.

*Bjuda in till en nära, förtroendefull relation. Utifrån att patienten märker att jag är intresserad av att hjälpa patienten vidare. Du sträcker dig in för att verkligen nå fram till den här personen. Det här är det jag gör, det här tänker ja inte släppa. Våga visa att man är beredd att finnas där om patienten vill. Hur jag implicit förmedlar mig till patienten, väcker det känslor, väcker det hopp, väcker det en önskan om förändring som samtidigt då väcker motstånd.*

Intervjudeltagarna beskriver sig själva som mer aktiva och pådrivande i sitt sätt att arbeta och engagemanget framstår som mer metod- och teknikorienterat än det tidigare klassiska förhållningssättet.

*Mycket mer aktiv, proaktiv, direktiv och samarbetsfokuserad ... vi undersöker, vi observerar, jag ger feedback och patienten ger mig svar. Driva processen mycket tydligare och på ett sätt hårdare.*

#### **6.1.2.2 Klassisk psykodynamisk psykoterapi**

Här beskriver alla sin hållning som mer avvaktande men precis som i ISTDP betonas det att en välkomnande attityd är viktig. Engagemanget visar sig i att terapeuterna inväntar patienten eller är följsam istället för att vara pådrivande.

*Mycket, mycket mer avvaktande, att vara mer inlyssnande och reagera istället för agerar. Patienten får mer utrymme att beskriva och patienten fått beskriva betydligt mer med egna ord, faktiskt får jobba med sin historia utan det här fokuset. Man väntar längre innan man gör någonting därför*



*att det tar längre tid att få fram information. Att följa patienten och se att här ser det ut att blir problem.*

Att kunna engagera sig och följa metoden och tillämpa interventioner framstår för alla intervjudeltagare som en väsentlig del i alliansskapandet. Den klassiska psykodynamiska metoden har dock, i synnerhet för de manliga deltagarna, varit mer otillfredsställande varför de har sökt sig till ISTDP. En deltagare har länge känt att det saknades möjlighet att förverkliga den psykoanalytiska teorin, för en annan är den metodiska tydligheten skälet till att fortsätta jobba med ISTDP.

*Jag alltid varit mer aktiv. Det är väldigt svårt i psykoterapi att åstadkomma någonting som är rent teoretisk, idealiskt enligt psykoanalytisk teori. Egentligen att hela modellen är väldigt tydlig och väldigt arbetsfokuserad och att det har blivit så mycket tydligare vad allians är och hur man kan jobba med den.*

De kvinnliga intervjudeltagarna förefaller i första hand vara nyfikna och ville pröva något nytt, en anser att den nya metoden ger nya möjligheter med det finns också en viss reservation för ISTDP metodiken och den offensiva tekniken. De påpekar att fokus på samarbete och uppfylla målet kan få för mycket utrymme.

### **6.1.3 Patientens vilja och motivation**

Patientens vilja och motivation lyfts av alla intervjudeltagare fram som en förutsättning för alliansskapandet, utan den finns ingen terapi. Patientens vilja för ett fortsatt samarbete, beskriver deltagarna, ha samband med olika faktorer bland annat patientens problematik, terapeutens engagemang, utformningen av kontraktet och längden av terapi. Även patientens ekonomiska förutsättning anses av somliga deltagare påverka patientens motivation, alliansen och terapins effektivitet vilket är särskilt framträdande för privat betalande patienter.

#### **6.1.3.1 ISTDP**

Patientens vilja och motivation för alliansskapandet och upprätthållandet blir särskilt tydligt vid korta behandlingar och mindre sköra patienter. Här spelar det också roll hur behandlingen är upplagd tex som blockterapi där ett behandlings- tillfälle kan bestå av 2-3 sessionstimmar vilket anses ha en inverkan på motivation- en och samarbetsviljan. Några deltagare vittnar om att patienter som går kortare terapi och dessutom betalar själv ställer större krav på terapeuten och att båda terapeutens och patienten engagemang präglas av en större delaktighet och bättre

allians i behandlingen. Patientens vilja är det som styr men alla intervjudeltagare vittnar om att alliansen och motivationen påverkar varandra, när motivationen ökar blir också alliansen starkare.

*Att det är begränsad tid sätter igång nåt också. Folk brukar i allmänhet vara väldigt inställda på att de vill jobba och va de ska jobba med. Personer som söker och betalar själv är också mer aktiva och mera angelägna om att jobba hård. Vad den vill ha hjälp med, hur problemet ser ut ... vi börjar direkt i patientens egen vilja. Det händer väldigt mycket när man har bestämt sig ... det gör också någonting med patienten, de går in med en annan motivation. Motivationen ökar därför att alliansen ökar. Jobbar på samma problem, att patientens vilja är hela tiden med att lösa det problemet. När man når den delen av patienten som verkligen vill ha hjälp och börjar visa sig på olika sätt, då har man en stark och omedveten allians och då är motståndet ganska lågt.*

#### **6.1.3.2 Klassisk psykodynamisk psykoterapi.**

Patientens vilja och förmåga att skapa en allians har en annan karaktär när det gäller patienter med en mer omfattande problematik. Här beskrivs den som mer avvaktande och försiktigt vilket påverkar terapeutens metodiska hållning. Därför upplevs alliansutvecklande ta längre tid fastän patienten förmedlar att den vill ha hjälp när den kommer till terapin. En annan deltagare påpekar att terapilängden också kan ha med patientens grad av mognad att göra och hänvisar till ungdomar.

*Samarbete beror väldigt mycket på motivationen hos patienten. Snarare stegvis ... när patienten känner nu är jag redo. Skulle vilja ha hjälp med det här och det här. Luta sig på terapeuten, att man söker stöd, att komma och berätta om sig själv, att få input. Viljan måste till stor del komma från patienten och med hjälp av patientens energi, så där kan det bli problem med alliansen.*

#### **6.1.4 Kontrakt och ram**

Betydelsen av ett kontrakt, en överenskommelse mellan patient och terapeut om behandlingens mål och struktur, lyfts fram av alla deltagare. Ramen beskrivs bestå av ett tidsperspektiv för varje session, ett intervall och behandlingens längd.

##### **6.1.4.1 ISTDP**

Det formulerade kontraktet och målformuleringen ses som mycket centralt för skapandet av ett samarbete och en allians. Intervjudeltagarna och i synnerhet de manliga, beskriver hur både terapeut och patient tillsammans tar fram kontraktet

redan vid det första samtalet. Ramen däremot ges mindre betydelse.

*Tillsammans definieras problemet tills man är överens om vad det kan vara ... att vara väldigt tydligt kring vad vi ska titta på, varför och hur. Har vi kontakt ... vad händer i samspelet, vad händer här inne, finns med hela tiden. För varje patient ... ramen är egentligen inte vad som står i kalendern utan vad vi kommer överens om.*

#### **6.1.4.2 Klassisk psykodynamisk psykoterapi**

Samma stringenta krav och omedelbara agerande för att ta fram ett kontrakt och en målformulering beskrivs inte för klassisk psykodynamisk psykoterapi. Att formulera ett mål ges mer tid och det långsamma undersökandet av vilken hjälp patienten vill ha tillskrivs ett värde i sig. Ramen får en större betydelse av framför allt de kvinnliga intervjudeltagarna som ser den som den fysiska förutsättningen för alliansskapande.

*Överenskommelsen kan vara mer flytande och patientens ges mer tid. Man kommer i allmänhet till samma punkt. Ramen är en trygghet, den blir hållande och väldigt viktig. Patienten vågar knyta an och låta anknytningen verka.*

### **6.2 Inverkansfaktorer på alliansen**

Till denna kärnkategori hör de faktorer som framstår ha en stor betydelse och inverkan på upprätthållandet och utvecklingen av alliansen (se även *Tabell 1*). Faktorerna som ingår i denna kärnkategori är förutom patientens grad av skörhet och metods specifika interventioner, d.v.s. konfrontativa och avvaktande interventioner samt överföring och motöverföring, också de faktorer som beskrivits i 6.1. Gällande dessa faktorer hänvisas därför till 6.1.

#### **6.2.1 Patientens grad av skörhet.**

Patientens grad av skörhet uttrycks av alla intervjudeltagare ha en stor inverkan på alliansutvecklingen och terapilängden. Trots att den påverkar valet av intervention och i vilken takt interventionerna tillämpas uttrycker flera deltagare att den alliansskapande processen i båda metoderna liknar varandra. Patienter med tvångsproblematisering samt personlighetsstörningar beskrivs av alla deltagare som otillämpliga för en kortare behandlingsinsats. För patienter med en större grad av skörhet tex. låg ångesttolerans, låg affekttolerans, mer primitiva försvar och mer jagsyntona försvar tar behandlingen och alliansskapandet längre tid.

##### **6.2.1.1 ISTDP**

Samtliga intervjudeltagare anser att metoden passar bäst för patienter som har en mindre omfattande problematik och

flera uttrycker att det är oftast välfungerande personer som väljer den. Trots att metoden också kan tillhandahållas till patienter med en mer omfattande problematik är det enligt deltagarna oftast patienter som har mindre omfattande psykiska problem som tillgodogör sig terapin. Patienter som söker en kortare terapi anses inte bara ha en annan förståelse för sina svårigheter och vad de behöver göra åt dem, de har också lättare att skapa och utveckla alliansen vilket påverkar längden av behandlingen och resultatet.

*Patienten har beredskap att engagera sig med den här terapeuten. Är mindre sköra och har en bättre jagstruktur. Ju kraftfullare allians man har och ju snabbare man lyckas uppnå den desto bättre blir behandlingsresultatet.*

För att bedöma problematiken, grad av skörhet och försvarsstrukturen iakttas ångestnivån och hur patienten agerar när terapeuten pressar eller inte utmanar vilket påverkar val av intervention. De lyfter fram att patientens förmåga att kunna vara i kontakt med sina känslor har särskilt betydelse för alliansen.

*Den dissocierar eller uteblir om den märker att terapeuten inte ger sig. Risken att patienten ger upp om den märker att terapeuten väjer undan för patientens försvar. Kan den hårbärgera starka känslor eller ångest. Ju skörare den är desto mer ångest, desto mer försiktighet och desto starkare försvar.*

### **6.2.1.2 Klassisk psykodynamisk psykoterapi**

Här ger ingen av intervjudeltagarna exempel på att patienternas skörhet, omfång av problem eller förståelse för sin situation skulle ha en negativ inverkan på allians eller avgöra terapins längd. Däremot påpekar alla att terapeutens hållning är mer inväntande när de möter mer sköra patienter och att behandlingen och alliansutvecklingen tar längre tid. Effektiviteten och tidsaspekten ges inte samma betydelse och en deltagare är något tveksam till att oavsett patientens problematik tillämpa en offensiv metodik som syftar till att snabbare komma fram till ett resultat. En intervjudeltagare menar att patienter med en större skörhet har ofta också en bristande förmåga att stanna kvar i sina upplevelser.

*De är mycket mer upp i tankar än i känslan ... terapin hamna på ett teoretiskt plan. Processen går till så mycket långsammare men att man kommer i allmänhet till samma punkt. Inte spela så stor roll, det får ta den tid det tar. Jag är inte säker på att den här snabba fördjupningen alla gånger är bättre än den här lite långsammare.*

## 6.2.2 Metods specifika interventioner

Intervjudeltagarna gör en tydlig skillnad i hur och när de tillämpar metods specifika interventioner beroende på om patienten är välfungerande eller har en svår problematik. En annan aspekt som påverkar val av interventioner är hur tydligt kontraktet och målformuleringen är utformat.

### 6.2.2.1 ISTDP

Att skapa och upprätthålla alliansen med sköra patienter präglas enligt alla intervjudeltagare av en större försiktighet när det gäller att utmana försvaren samt att behandlingen är längre. Några deltagare betonar också att det krävs lång erfarenhet som ISTDP terapeut för att skapa en allians med dessa patienter och tillämpa de adekvata interventionerna. Ofta tillämpas de i långsammare takt och det handlar om att vara stödjande. Med sköra patienter, menar en deltagare, behöver interventionerna vara inriktat på att först skapa en terapeutisk allians innan en arbetsallians kan byggas upp.

*Gå mycket försiktigt fram, att du får ta det i mer små, små steg ... vara mycket mer stödjande. Visar att det finns något under. Då finns en början att kunna jobba vidare, när alliansen, när den här terapeutiska alliansen har etablerats.*

Interventionerna tillämpas inte bara utifrån patientens grad av skörhet utan också hur kontraktet och målet är formulerad. För patienter med mindre problematik utmanas försvaren genom att bland annat konfrontera eller spegla. Överföring och motöverföring tillskrivs av tre deltagare betydelse för alliansutvecklingen men både får en mindre framskjuten plats och ses som en termometer eller som bakgrundsinformation för val av intervention.

*Man är tydlig med att blockera försvaren. Alliansen skapa sig genom konfrontation eller genom 'pressure'. Konsekvent arbeta med att uppmärksamma patienten, att den gör någonting som hindrar honom eller henne från att komma vidare ... pekar på alternativ ... till dess att jag får nån form av genombrott.*

### 6.2.2.2 Klassisk psykodynamisk psykoterapi

De interventioner som deltagarna lyfter fram framstår här har, liksom för sköra patienter i ISTDP, en hållande och hårbärgerande karaktär som är avsedda att ge patienten tid och ett utrymme att berätta om och jobba med sina svårigheter. Dock görs ingen skillnad mellan mer eller mindre sköra patienter.

*Att låta människan plocka ned sina försvar i den takt de är mogna för och då tar det längre tid. Det går ju mycket*

*lugnare till ... man inte går in på det sättet som man gör i ISTDP.*

Överföring och motöverföring, som har en central ställning i den psykoanalytiska teoribildningen, har fyra av intervjudeltagare påtalat som viktiga hjälpmedel för alliansskapandet. Här är det fyra av sex intervjudeltagare som tar upp dess betydelse för alliansen. Enligt en deltagare är även sättet att prata med patienten avgörande för alliansskapandet.

*Förstå sin egen reaktion och använda sig av motöverföringen. Prata med bönder på bönders språk.*

Några av intervjudeltagare anser att avvaktande interventioner också kan bli ett hinder för alliansutvecklingen eftersom det då kan uppstå pseudoallians eller en besvikelse om terapeuten tolkas som undvikande.

### **6.3 Perspektiv på allians**

I denna kärnkategori återges terapeuternas syn på allians och alliansbrott och hur de ser på relationella aspekter i alliansen. Perspektiv på allians har delats in i två grupper av underkategorier/faktorer. Grupp 1, 6.3.1 Begreppet allians och alliansbrott. Grupp 2, 6.3.2 Anknytning, emotionell kontakt, terapeutisk relation.

#### **6.3.1 Begreppet allians, alliansbrott**

Huruvida en fungerande arbetsallians uppstår beror på att man följer metoden, upptäcka konflikter i samarbetet och att kunna bemöta de. Alla deltagare lyfter fram att förmågan att tillämpa metoden på ett systematiskt sätt är viktig för alliansskapandet. Flertalet av deltagarna vittnar om att det mycket mer aktiva och offensiva arbetssättet försvårar att komma ihåg metodiken i den klassiska psykodynamiska psykoterapin.

##### **6.3.1.1 Begreppet allians**

Begreppet allians har i ISTDP betydelsen av en arbetsallians men användningen framstår som mer otydligt i den klassiska psykodynamiska psykoterapin. Alla intervjudeltagare intygar att det gemensamma arbetet bestå i att uppnå målet för behandlingen. Samarbetet är utgångspunkt för alliansen men att skapa alliansen är också det samarbetet kretsar kring.

*En god relation kring vad, man måste ha en, någon slags fokus ... vad vi ska göra för att överhuvudtaget ha ett bond. Alliansen är nånting man hela tiden successivt bygger upp, egentligen med varje intervention, den är mycket mer i förgrunden och är ett aktivt arbete från första minuten i*

*kontakten. Alliansen är en viktig bakgrund eller bas på vilket man bygger, som man samtalar på.*

När det gäller betydelsen av begreppet allians i klassisk psykodynamisk psykoterapi är det mer otydligt vad som avses med det. Några deltagare använder begreppet i betydelsen av terapeutisk allians, något som måste skapas innan förmågan till ett samarbete, en arbetsallians, kan infinna sig och att det terapeutiska arbetet består i att skapa förutsättningar för det.

*Nån form utav läge där patienten började känna sig trygg tillsammans med mig och successivt fördjupa sig ... att våga ta tag i saker var någonting som kom i efterhand ... någonting man gjorde när tiden var mogen. Då finns en början att kunna jobba vidare, när alliansen, när den här terapeutiska alliansen har etablerats.*

### **6.3.1.2 Alliansbrott**

Intervjudeltagarna beskriver situationer där terapi och samarbetet mellan terapeuten och patienten, oavsett metod, kan stanna upp eller bli konfliktfyllt och att de behöver rekonstruera vad som har hänt. Alla deltagare anser att det förekommer färre alliansbrott i ISTDP vilket de menar är tydligt kopplat till metodiken och terapeuternas aktiva hållning. På grund av det tydliga fokuset på försvar och samarbete finns det mycket mindre risk för pseudoallians. Här spelar skillnaden mellan den medvetna och medvetna alliansen roll och att det är terapeutens ansvar att bedöma alliansen utifrån responsen på interventionerna.

*Alliansen är temat hela tiden. Jag ska försöka återskapa, reparera det om det gått så långt att det triggat alliansbrott. Alliansen är inte nånting som är stabilt ... det är någonting som måste byggas upp hela tiden. Det alltid finns en konflikt kring alliansen.*

I den klassiska psykodynamiska psykoterapin bemöts konflikter och alliansbrott enligt flertalet av intervjudeltagarna med en mer avvaktande hållning. Det påpekas dock att en mer avvaktande hållning kan äventyra alliansen på olika sätt

*Är man för försiktig ... då har man ingen allians, då tappar patienten förtroendet. En messallians kring att här finns det vissa områden man inte pratar om.*

### **6.3.2 Anknytning, emotionell kontakt, terapeutisk relation**

Framför allt de kvinnliga deltagarna betonar att anknytning spelar en stor roll, i synnerhet med mer sköra patienter. Alla

deltagare understryker att det behövs en emotionell kontakt med patienterna men relationen beskrivs vara olika.

### **6.3.2.1 Anknytning och emotionell kontakt**

Utifrån den klassiska psykodynamiska psykoterapin och i samband med mer sköra patienter anser framför allt de kvinnliga deltagarna att den terapeutiska alliansen börjar i en anknytningsprocess och att det ofta behövs jobbas med anknytningen innan alliansen kan etableras. Det tar tid att bygga upp en trygghet och ett förtroende mellan terapeuten och patienten.

*Den på nåt vis börja i nån slags anknytningsprocess. Våga knyta an ... låta anknytningen verka på nåt sätt. Någonting som byggs över tid.*

I ISTDP använder ingen av deltagarna begreppet anknytning i samband med alliansskapandet utan här påtalas behovet av en emotionell upplevelse eller kontakt för att kunna skapa en omedveten allians.

*Om man har fått djup emotionell kontakt kring nåt, oavsett det är sorg eller ilska ... en känsla av att blivit erkänd i det eller förstådd i det. En ordentlig och fördjupad emotionell kontakt med patienten vilket har en ovärderlig effekt för alliansen*

### **6.3.2.2 Terapeutisk relation**

Flertalet av de kvinnliga deltagarna ser relationen i den klassiska psykodynamiska psykoterapin bestå i att göra något tillsammans. En påpekar att först när jobbet med att etablera en allians är gjort finns en relation medan en manlig deltagare anser att en längre terapi kan suddas ut den terapeutiska relationens gränser.

*Göra det ihop med nån annan, att nån ser mig, att nån hör mig, nån tar mig på allvar. När alliansen är etablerad finns ett större utrymme att ... vila i relationen. I förhållande till min patient, att det ska uppstå en god relation så att patienten ska känna sig trygg nog att uttrycka vad den håller om för någonting. Det traditionella är relationell. Patienten kan tro att man kan bli som gamla vänner.*

I ISTDP får den terapeutiska relationen en något annan prägel utifrån att det är två separata individer som möts i rummet. Det understryks att en förtroendefull relation har en positiv inverkan på den omedvetna alliansen.

*Man är medveten om att det är en roll man spelar ... att det är en professionell relation som definieras av att det är en hjälpsökare och en hjälpare. Du är alltid mer separerad från*



*patienten och du jobbar inte, du tolkar inte på samma sätt ... det är faktiskt två individer i rummet. Ju mer jag kan bjuda till en nära förtroendefull relation desto mer aktiveras den omedvetna alliansen.*

## **7 Diskussion**

### **7.1 Metoddiskussion**

Data analyserades utifrån grundad teori (Fejes & Thornberg, 2015) som användes för att lyfta fram och beskriva deltagarnas syn på alliansen samt visa på skillnader och likheter i alliansskapandet. Med en öppen och skeptisk hållning (Fejes & Thornberg, 2015) kring det framväxande studieresultatet bibehöll studieledaren objektivitet under analysprocessen. Att bortse från förkunskap kan vara svårt som Braun och Clarke (2006) påpekat. För att reducera risken för påverkan av intervjuarens förförståelse har deltagarna ibland ombetts att förtydliga sina anföranden, intervjuaren har upprepat informationen eller återkopplat genom att göra en sammanfattning så att deltagarna haft möjlighet att korrigera eventuella missuppfattningar. I och med den valda analysmetoden kunde syftet med studien, att lyfta fram terapeuternas syn på alliansen i två psykodynamiska terapiformer, uppfyllas och validiteten säkerställas.

Alla deltagare har en psykodynamisk grund och flerårig erfarenhet av klassisk psykodynamisk psykoterapi. Studien har visat att hälften av intervjudeltagarna numera mest jobbar utifrån ISTDP. Utifrån deltagarnas kliniska erfarenhet av psykodynamisk psykoterapi har utgångspunkten varit att alla deltagare kunde uttala sig om hur de skapade en terapeutisk allians när de jobbade med klassisk psykodynamisk psykoterapi. Eftersom terapeuterna svarade på hur de upplever alliansskapandet i både ISTDP och psykodynamisk psykoterapi kan studien sägas ha god tillförlitlighet. Studien visar att ISTDP har haft en inverkan på några av deltagarnas syn på alliansskapande i klassisk psykodynamisk psykoterapi vilket har påverkat studieresultatet. Det hade kunnat undvikas genom att intervjua två grupper, en bestående av psykodynamiskt skolade psykoterapeuter som enbart jobbar med ISTDP, och en bestående av psykodynamiskt skolade psykoterapeuter som inte är utbildade i ISTDP men som jobbar med klassisk psykodynamisk psykoterapi. Då hade det dock inte kommit fram hur alliansskapandet upplevs av de intervjudeltagarna som tillämpar båda metoderna vilket var utgångspunkten för studien. Deltagarnas kliniska erfarenheter och omfattning av psykodynamisk teoribildning har varierat vilket skulle kunna ge för många olika synpunkter och göra det svårt att se eventuella kopplingar eller likheter vilket skulle påverka studieresultatets tillförlitlighet och kvalitet. Samtidigt har syftet med studien varit att visa

deltagarnas syn på alliansen oavsett erfarenhet och utbildningsomfattning. Alla deltagare i gruppen psykodynamiska psykoterapeuter som är utbildade i ISTDP har uttryckt sig positivt till ISTDP, särskilt de manliga varit entusiastiska. Terapeuternas beskrivningar av hur de engagerar sig respektive metod, deras erfarenhet med och preferenser för den ena eller andra metoden tyder på att dessa aspekter kan ha påverkats av hur de ser på alliansen och alliansskapandet i metoderna. Eftersom erfarenheter, synsättet och preferenser är individuella och antalet studiedeltagare är för lite kan inga generella slutsatser om alliansskapandet dras. Resultatet skulle kunna antas vara annorlunda om intervjudeltagarna hade antingen bara den ena eller den andra metoden att utgå ifrån.

Den teoretiska bakgrunden om alliansen och var den står i den psykodynamiska teoribildningen idag ger en inblick i vilken ställning alliansen har. Men för att få en mer balanserad bild av hur alliansen betraktas borde även, som Ardito och Rabellino (2011) antyder, patienternas upplevelser av alliansen beaktas. Detta har dock inte varit syfte med den föreliggande studien. Studiens resultat bygger på intervjudeltagarnas beskrivning av hur de ser på sitt alliansskapande, en analys av en videoinspelning borde kunna visa hur de gör i praktiken.

## **7.2 Resultatdiskussion**

Syftet med studien har varit att lyfta fram hur leg. psykodynamiskt utbildade terapeuter, som också är utbildade i ISTDP, ser på den terapeutiska alliansen i klassisk psykodynamisk psykoterapi och i ISTDP. Frågeställningarna är hur ser eventuella skillnader respektive likheter ut i hur terapeuterna skapar och upprätthåller alliansen? Övergripande kan man utifrån resultatet konstatera att deltagarna beskriver några likheter men flera skillnader i alliansskapande mellan metoderna. I det följande diskuteras deltagarnas beskrivningar av likheter och skillnader mellan metoderna samt hur deltagarna ser på alliansen utifrån intervjumaterialet.

### **7.2.1 Likheter**

Terapeutens engagemang i alliansskapandet lyfts av alla deltagarna fram för både metoder och det betonas vikten av att kunna engagera sig utifrån sina individuella förutsättningar. Möjligheten att kunna följa tydliga metodiska förhållningssätt samt val av intervention anses viktiga. Det framkom också tydligt att just det har en stor inverkan på engagemanget och sättet att skapa allians. Att terapeutens engagemang hänger samman med hur den upplever sitt deltagande lyfts också fram av t ex Crits-Christoph, Connolly-

Gibbson och Mukherjee (2013). Kvaliteten av den terapeutiska relationen påverkas av terapeutens personliga engagemang, dennes affektiva hållning och en uttryckt samstämmighet och interaktiv koordination mellan parterna (ibid.). Också studiedeltagarna betecknar den affektiva hållningen och samstämmigheten mellan terapeut och patient som viktig men det framkom också att den påverkas av patientens problematik.

En annan mycket central betydelse var, som oavsett metod har tillskrivits av alla deltagare, är patientens problematik i samband med framför allt upprätthållandet av alliansen. Den påverkar patientens förmåga att vara delaktig i sin behandling och alliansutvecklingen vilket påverkar terapeutens val av interventioner. Alla lyfter fram att patientens problematik blir utgångspunkten för hur kontraktet utformas. Det framgår mycket tydligt att alla deltagare anser att alliansskapandet och behandlingen i ISTDP går fortare för framför allt mindre sköra patienter. Alla deltagare beskriver också att dessa patienter har en annan motivation och vilja, en större förmåga att skapa allians och förståelse för sina svårigheter och därför kan jobba intensivare. När det gäller alliansbrott lyfter alla fram att alliansbrott kan förkomma i både metoderna och att det handlar om att terapeuten behöver kunna avgöra vilka interventioner är adekvata för att förhindra det.

Betydelsen av patientens vilja är återkommande i deltagarnas beskrivning av alliansskapandet oavsett metod. Den framstår som en förutsättning för att kunna skapa en allians och är central även i den fortsatta behandlingen och alliansutvecklingen. Deltagarna beskriver också att viljan, oavsett metod, hänger ihop med patientens problematik, vilket också Abbass (2015) antyder. Enligt honom påverkas patientens medverkan i samarbetet av dennes medvetna och omedveten hållning till sitt lidande. Att det finns ett sådant samband beskrivs av alla deltagare som menar att hos mindre sköra patienter är viljan att samarbeta mer uttalat eller lättare att utveckla. Behandlingslängden är ofta kortare och det omvända gäller för patienter med en mer omfattande problematik. Skulle det betyda att denna patientgrupp är mer benägen att vilja bli av med sitt lidande än andra? Deltagarna intygar att också patienter med mer omfattande problem har samma önskan men att ett tillfrisknande p.g.a. av deras problematik tar länge tid.

### **7.2.2 Skillnader**

#### *Terapeutens engagemang och Patientens problematik*

En tydlig skillnad i alliansskapandet ligger i att deltagarna ser olika på möjligheter att engagera sig i den terapeutiska

processen utifrån sina egna förutsättningar och unika sätt att vara delaktig i de både metoderna. I klassisk psykodynamisk psykoterapi beskrivs engagemang i alliansskapandet som mer avvaktande och mindre offensivt och interventionerna har en mer inväntande karaktär. De kvinnliga deltagarna upplever sitt engagemang som meningsfullt och viktigt medan alliansskapandet framför allt för de manliga deltagarna framstår mer vagt och trevande och att alliansen framstår som otydlig. De ger uttryck åt ett missnöje och upplever att klassisk psykodynamisk psykoterapi medför begränsningar i att skapa allians och beskriver den för teoretiserande.

Möjligheten att engagera sig och vara aktiv i att skapa alliansen och påverka behandlingen upplevs som större, mer aktiv och mer offensiv i ISTDP. Det, anser deltagarna, beror på att metoden ger en större tydlighet i hur alliansen ska skapas, inte minst på grund av skillnaden mellan medveten och omedveten allians. Det påverkar kvaliteten och synen på alliansskapandet och framstår särskilt tydligt hos de manliga deltagarna. De är odelat positiva vilket är anledning till att de numera mest jobbar utifrån ISTDP. De kvinnliga deltagarna å andra sidan uppskattar att metoden ger dem ytterligare möjligheter att skapa och jobba med alliansen samtidigt som de också påtalar risker och begränsningar. Att terapeutens engagemang har stor betydelse för alliansens kvalitet och det terapeutiska arbetet är också Schore (2009) inne på men lyfter fram att det behövs tas hänsyn till hur mötet med patienten gestaltas, "how to be with the patient" (ibid., s. 138) ser han som en nyckelmekanism. Det är särskilt för de manliga deltagarna som skillnaden i engagemanget och kvaliteten av alliansen mellan metoderna framstår som stor.

När det gäller alliansskapandet mellan metoderna med avseende på patientens problematik och lämplighet för respektive metod finns det en tydlig skillnad mellan metoderna. I ISTDP beskriver deltagarna alliansskapandet som mer aktivt och dynamiskt också utifrån patientens delaktighet. Här lyfter de fram att patientens problematik inte utgör något hinder och att patienter som söker sig till ISTDP har en annan motivation och vilja att jobba med sina problem och att ingå i en allians. Flertalet av deltagarna arbetar som privat verksamma psykoterapeuter som erbjuder ISTDP och några hänvisar till att patienter som kan gå i privat terapi ofta har en större förmåga att jobba med sina problem. Det verkar finnas ett samband mellan patientens grad av problematik och vilja att jobba med det, dennes ekonomiska förutsättning och val av behandlingsmetod vilket har inverkan på terapeutens engagemang och alliansutvecklingen. Ett liknande samband påtalar Snyder (1961) som menar att terapeutens och patientens socioekonomiska bakgrund har betydelse, ju större homogenitet och förekomst av delade ideal, desto bättre är

den terapeutiska relationen. Bådas ekonomiska förutsättningar påverkar deras sätt att samarbeta och skapa allians. Stiles (2009) däremot anser att "day-to-day responsive decisions" (s. 89) väger tyngre än ekonomiska intressen för hur terapeuten bemöter patientens behov och skapar allians.

Samma möjlighet att skapa allians beskrivs inte för klassisk psykodynamisk psykoterapi. Här tar deltagarna upp patienter som har en mer omfattande problematik, terapin pågår ofta längre och patienterna har mindre förmåga att aktivt delta i alliansskapandet vilket är anledning till att det tillämpas mer avvaktande och inväntande interventioner. Framför allt de kvinnliga deltagarna anser att i terapi med sköra patienter är behovet att jobba med anknytning tydligt. Betydelsen av anknytning i terapin har Strauss och Schwark (2007) diskuterat och funnit att det finns ett samband mellan förmågan att knyta an och patientens problematik. De har också påpekat att behandlingen tar längre tid vilket också Zilcha-Mano och Errázuriz (2015) och Falkenström et al. (2016) har visat i sin forskning. De anser även att sköra patienters problematik har en större effekt på alliansen, inverkan på behandlingsresultatet och reducering av symptomen.

#### *Ramen och kontrakt samt Patientens vilja*

En annan viktig förutsättning för alliansen men som skiljer sig i metoderna är ramen. Den tillmäts större betydelse för allianskapandet i klassisk psykodynamisk psykoterapi och påtalas framför allt av de kvinnliga deltagarna. Enligt dem kan sköra patienters behov med hjälp av klassisk psykodynamisk psykoterapi tillgodoses i större utsträckning genom att de ges tid och utrymme att knyta an i den takt de kan. Det ger, som Olsson (2008) skriver, patienten möjlighet att skapa mening och sammanhang där erfarenheter och upplevelser kan struktureras och organiseras tillsammans med terapeuten vilket kan jämföras med det Winnicott (1971) kallar för lekrområde. Framför allt de kvinnliga deltagarna ser ramens betydelse i att den tillhandahåller ett utrymme där patienten kan knyta an i den takt och utifrån sin förmåga så att en terapeutisk allians kan utvecklas i en lugn takt. Ramen är dock, enligt Viberg och Viberg (2016), inte något självändamål. Den ska hellre ses som ett stöd för att kunna upprätthålla ett terapeutiskt arbete och hållbara patientens upplevelser. Hälften av deltagarna i studien har påpekat att överenskommelsen om målet för behandlingen och hur den genomförs i den klassiska psykodynamiska psykoterapin har betydelse för hur alliansen utvecklas men trots att den ofta upplevs otydlig leder den till samma resultat som i ISTDP.

I ISTDP däremot får ramen inte den ställningen utan beskrivs som en del i en överenskommelse med patienten. Här framförs det tydligt att samarbete och alliansen skapas med hjälp av en mål- och problemformulering och upprätthålls med hjälp av det. Den ses både som en förutsättning för att överhuvudtaget kunna samarbeta och är det som samarbetet och alliansen kretsar kring. Alliansen är "tema hela tiden" som en deltagare beskrev. Enligt Falkenström et al. (2013) har alliansen och dess utveckling beskrivits som en process som pågår under hela behandlingen och som speglar interaktionen mellan båda parter. Holmqvist et al. (2015) menar dock att den inte nödvändigtvis behöver bygga på en tydlig problemformulering och påpekar att alla patienter inte kan definiera vad deras problem består i och hänvisar till patienter med svårare depressiva och ångestrelaterade problem. Dock, menar de, krävs det att terapeuten bedömer huruvida patienten kan vara delaktig i alliansen och jobba mot målet.

Patientens vilja och motivation är centralt för alliansutvecklingen både initialt och under hela behandlingen i ISTDP. Trots att alla deltagare anser att patientens vilja är det som styr är den också föremål för terapeutens aktiva och offensiva interventioner i syfte att skapa en stark omedveten allians. Det som deltagarna beskriver som utmärkande när de skapar alliansen utifrån ISTDP är det metodiska tillvägagångssättet att jobba med patientens vilja. Alla deltagare beskriver metoden som mycket systematisk, tydlig och lätt att förhålla sig till och de följer i stor utsträckning terapimodellen. Kan det finnas en risk att fokuset ligger för mycket på terapimodellens och terapeutens behov? Ja, säger Bohart och Greaves Wade (2013). Om alliansskapandet ses för mycket i ljuset av "something that is built by therapists for the benefit"[sic] of clients" (s. 239) förbises patientens delaktighet i den terapeutiska relationen utifrån sina egna unika sätt och förutsättningar. Då missas det att insikten och förståelsen bygger på patientens antaganden, målsättningar och schema som påpekas kan påverka alliansen negativt (ibid.)

Denna uttalade metodiska hållningen när de gäller att arbeta med patientens vilja framträder, enligt deltagarna, inte i den klassiska psykodynamiska psykoterapin. Här beskrivs patientens vilja både som en förutsättning för alliansen och för dess utveckling men alla ser den inte som så central i behandlingen. Det hänvisas framför allt till sköra patienters bristande förmåga att uttrycka sin motivation och vilja och det anses att den behövs bygga upp stegvis vilket medför att alliansen skapas långsammare. Kommer här patientens delaktighet i den terapeutiska relationen utifrån sina egna unika sätt och förutsättningar mer till uttryck? Kanske.

### *Terapeutens kompetens och metodisk intervention*

Terapeutens kompetens men framför allt val av intervention och teknik tillskrivs stor betydelse för upprätthållandet och den fortsatta alliansutvecklingen särskilt i ISTDP. Särskilt viktigt för utvecklingen av alliansen är, menar Katzman och Coughlin (2013), att interventionerna kommer redan i början av behandlingen vilket också bekräftas av alla deltagare. Alla deltagare betonar dock att det är viktigt för alliansen att göra en rätt bedömning av patientens affektnivå för att kunna veta vilka interventioner som är adekvata. En deltagare lyfter dock fram att det krävs erfarenhet av att både se och tillämpa de rätta interventioner för att undvika att den mer offensiva metodiken leder till alliansbrott. Det som berörs här hänger ihop med terapeutens förmåga att göra de rätta interventioner vid rätt tillfälle. Men kompetensen handlar också om, som Greenberg (2012) lyfter fram, att terapeuten behöver kunna uppmärksamma affekterna för att skapa en "supportive relational context" (ibid. s. 703) i det terapeutiska arbetet.

Både överföring och motöverföring har stor betydelse för alliansskapandet i den psykoanalytiska skolbildningen och tillskrivs visserligen betydelse men i ingen av metoderna står de i föregrunden. Terapeutens motöverföring uppstår, enligt Sigrell (2007), i relationen till patienten och väcks av dennes känslor, fantasier och sätt att handla på. Motöverföringen skulle utifrån det kunna ha en mer central plats i alliansskapande i båda metoderna. Kan otydligheten och svårigheten att tillämpa den analytiska teorin i praktiken, som deltagarna uttrycker, förklara att motöverföring har minskat i betydelsen? ISTDPs metodiska arbetssättet och dess uppdelning av alliansen i en medveten och omedveten allians beskrivs som mer systematisk och tydlig liksom hur patientens känslor ska bemötas. En skillnad i hur affekterna tolkas verkar ligga i att utgångspunkten i ISTDP är patientens affektiva reaktion. Utgångspunkten i klassisk psykodynamisk psykoterapi däremot är i större utsträckning terapeutens upplevelse av patientens reaktioner. Upplevs det som om man har en större objektivitet för patientens affekter i ISTDP?

### *Begreppet allians och alliansbrott*

Deltagarna är mycket positiva till den tydliga beskrivningen av tillvägagångssättet för att skapa en arbetsallians i ISTDP. Här beskriver de att både terapeut och patient jobbar för att uppnå målet, de lyfter också fram uppdelningen av allians i medveten och omedveten allians som ett förtydligande i hur de kan jobba med alliansen. Denna tydlighet vad gäller begreppet allians ses inte i den klassiska psykodynamiska

terapi, begreppets betydelse består snarare i terapeutisk allians, något som måste skapas innan förmågan till ett samarbete eller arbetsallians kan infinna sig. Holmqvist (2012) däremot ifrågasätter diskussionen kring begreppet allians och anser att det finns olika typer och styrkor av allians beroende på vilken behandlingsmetod man tillämpar. Han anser också att alliansen bör ses som en aspekt av metoden och inte betraktas som en oberoende del.

#### *Anknytning, emotionell kontakt, terapeutisk relation*

Utifrån studiematerialet förefaller anknytning ligga utanför det som beskrivs som allians eller att samarbete. Betydelse av anknytning nämns för den klassiska psykodynamiska psykoterapi och oftare av de kvinnliga deltagarna. De anser att den behöver stärkas och byggas upp i synnerhet med sköra patienter innan en allians kan skapas och ett samarbete inledas. Här betonas också gemenskapen som uppstår i det terapeutiska arbetet. I ISTDP hänvisas det till att terapeuten behöver skapa en emotionell kontakt så att framförallt den omedvetna alliansen kan utvecklas, parterna beskrivs som mer distanserad och separerad från varandra. Här framstår inte känslan av samhörighet vara i fokus, det centrala är snarare att både parter jobba för en förändring. Utifrån forskning om intersubjektivitet får dock anknytning och affektiv intoning stor betydelse och anses vara centrala för känslan av samhörighet i en terapeutisk relation (Allan, 2012). Oavsett metod jobbar terapeuterna med anknytningen och/eller skapar en emotionell kontakt för att etablera en terapeutisk relation och terapeutisk allians vilket är, som Hausner (2000) menar, en förutsättning för att patienten kan ingå i en arbetsallians. I motsats till denna linjära utveckling av alliansen lyfter några av deltagarna fram att alliansen är tema hela tiden vilket liknar en mer cirkulär syn på alliansen. I denna studie har begreppet allians visat sig ha olika betydelser beroende på vilken metod som diskuteras och kanske handlar diskussionen lika mycket om ett ideologisk ställningstagande som att det finns en könsrelaterad syn på den.

Kärnkategoriernas indelning i det som är förutsättning för en allians och det som har en fortsatt inverkan på den kan ifrågasättas om utgångspunkten är att alliansen behöver skapas på nytt vid varje samtal. Denna synpunkt har påpekats av några deltagare, andra har lyft att alliansutvecklingen är en process som byggs över tid där förmågan att knyta an är det primära.

#### **7.2.3 Förslag till fortsatt forskning**

Denna studie visar på en viss skillnad mellan könen i hur de ser på sina möjligheter att skapa och upprätthålla alliansen



och att engagera sig utifrån sina behov, unika sätt och sina individuella förutsättningar. En utgångspunkt för vidare forskning utifrån det vore att undersöka huruvida det finns en könsrelaterad skillnad i skapandet av alliansen, hur den påverkar behandlingen och vilken betydelse den har för alliansutvecklingen. Ytterligare en frågeställning skulle kunna vara på vilket sätt synen på alliansen har en inverkan på hur könen skapar alliansen.

## Referensförteckning

- Abbass, A. (2015). *Reaching through Resistance. Advanced Psychotherapy Techniques*. Kansas City: Seven Leaves Press.
- Allan, J. G. (2012). *Mentalizing in the Development of Attachment Trauma*. Karnac Books: London.
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*. Review Article  
doi:10.3389/fpsyg.2011.00270.
- Barber, J. P, Muran, J. C, MaCarthy, K.S., & Keefe, J.R (2012). Research on Dynamic Therapies. (pp.443- 473). I M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (6th ed.). New Jersey: Inc. Hoboken.
- Bohart, A. C. & Greaves Wade, A. (2013). The client in Psychotherapy. (pp. 219-257). I M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (6th ed.). New Jersey: Inc. Hoboken.
- Bordin, E. (1979) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 16(3):252-260. Hämtad från APA PsycNet <http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>
- Brandschaft, M. D., & Stolorow, R. D. (1990). Varieties of Therapeutic Alliance. *Annual of Psychoanalysis*, (18), 99-114. Hämtad från databasen PEP Psychoanalytic Electronic Publishing.
- Braun, V., & Clarke, V (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(2), 77-101.
- Cade, B., & Hudson O' Hanlon, W. (1996). *En kort guide till strategisk korttidsterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Crits-Christoph, P, Connolly Gibbons, B., & Mukherjee, D. (2013) Psychotherapy Process-Outcome Research. (pp. 298-340). I M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (6th ed.). New Jersey: Inc. Hoboken.

- Coughlin Della Selva, P. (2001). *Dynamic Assessment Of Ego Functioning in Davanloo's ISTDP. I The Working Alliance in ISTD: Whose Intrapsychic Crisis?* Josette ten Have-de Labijie (ed.) Amsterdam: The Netherlands Foundation for Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy.
- Davanloo, H. (1980). *Short-Term-Dynamic Psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Falkenström, F., Ganström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic Alliance Predicts Symptomatic Improvement Session by Session. *Journal of Counseling Psychology* (60)3, 317-328. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a0032258>.
- Falkenström, F., Ekeblad, A., & Holmqvist, R. (2016). Improvement of the Working Alliance in One Treatment Session Predicts Improvement of Depressive Symptoms by the Next Session. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online Publication. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000119>.
- Fejes, A. & Thornberg, R. (2015). *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber.
- Fosha, D. (2000). *The Transforming Power of Affect. A model for accelerated change*. New York, NY: Basic Books.
- Freud, S. (1913). *Zur Einleitung der Behandlung*. *Gesammelte Werke*: VIII, s. 454-478. Hämtad från databasen PEP Psychoanalytic Electronic Publishing.
- Greenberg, L. (2012). Emotions, the Great Captains of Our Lives: Their Role in the Process of Change in Psychotherapy. *American Psychologist*, Nov; 67(8,) 697-707. doi: 10.1037/a0029858.
- Hausner, R. S. (2000). The Therapeutic and Working Alliances. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, (48), 155-187. Hämtad från databasen PEP Psychoanalytic Electronic Publishing.
- Holmqvist, R. (2012). *Relationell psykoterapi-så här gör man*. Malmö: Liber.
- Holmqvist, R., Philips, B., & Mellor-Clark, J. (2015). Client and therapist agreement about the client's problems-

- Associations with treatment alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 2015.  
<http://ds.doi.org/10.1080/10503307.2015.1013160>.
- Katzman, J., & Coughlin, P. (2013). The Role of Therapist Activity in Psychodynamic Psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 41(1), 75-90.
- Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Hämtat 7 januari 2017,  
<http://lagen.nu/2003:460>.
- Lambert, M. J. (Ed.). (2013). *The Efficacy And Effectiveness of Psychotherapy*. (pp. 201-205). I M. J. Lambert (Eds.), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. (6th ed.). New Jersey: Inc. Hoboken.
- Levy, S. R., Hilsenroth M. J., & Owen, J. J. (2015). Relationship Between Interpretation, Alliance, and Outcome in Psychodynamic Psychotherapy. Control of Therapist Effects and Assessment of Moderator Variable Impact. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(6), 418-424. Från <http://www.jonmd.com>.
- Malan, D. H. (1979). *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*. Norfolk: Fakenham Press LTD.
- Mallinckrodt, B., & Tekie, Y. (2015). Item response theory of Working alliance Inventory, revised response format, and Brief Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, doi: 10.1080/10503307.2015.1061718.
- Olsson, G. (2008). *Berättelsen som utgångspunkt. Psykoterapi som utgångspunkt och forskning*. Smedjebacken: Natur och Kultur.
- PUL (1998:204). Personuppgiftslagen. Hämtat 7 januari 2017,  
<http://lagen.nu/1998:204>.
- Safran, J. D.(2012). *Psychoanalysis and Psychoanalytic Therapies. Theories of Psychotherapy Series*. Jon Carlson and Matt Englar-Carlson. Serie Editors. American Psychological Association: Washington, DC.
- Schore, A. (2009). *Right-Brain Affect Regulation. An Essential Mechanism of Development, Trauma, Dissociation, and*

*Psychotherapy*. Online:  
allanschore.com/pdf/\_SchoreFosha09.pdf.

Sigrell, B. (2007). *Psykoanalytisk orienterad psykoterapi*.  
Falköping: Natur och Kultur.

Snyder, W. U. (1961). *The Psychotherapy Relationship*. New  
York: The Macmillan Company.

Strauss, B. M. & Schwark, B. (2007). Die Bindungstheorie und  
ihre Relevanz für die Psychotherapie "Ten years later".  
*Psychotherapeut* 6(52), 405-425. doi:10.1007/s00278-  
007-0565-7.

Viberg, L., & Viberg, M. (2013). *Dynamisk Psykoterapi - teori  
och praktik*. Lund: Studentlitteratur AB.

Winnicott D. W. (1971). *Playing and Reality*. London:  
Routledge

Xu, H., & Tracey, T. (2015). Reciprocal Influence Model of  
Working Alliance and Therapeutic Outcome Over  
Individual Therapy Course. *Journal of Counseling  
Psychology*. doi:10.1037/cou0000089.

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of Transference.  
*International Journal of Psycho Analysis*, (37), 369-375.  
Hämtad från databasen PEP Psychoanalytic Electronic  
Publishing.

Zetzel, E. R (1958). *Envy and Gratitude. A Study of  
Unconscious Sources*: By Melanie Klein. New York :  
Basic Books, Inc.,1957. 101pp. Review by Elisabeth R.  
Zetzel. *Psykoanalytic Quarterly*, (27), 409-412.

Zilcha-Mano, S., & Errázuriz, P. (2015). One Size Does Not Fit  
All: Examining Heterogeneity and Identifying Moderators  
of the Alliance-Outcome Association. *Journal of  
Counseling Psychology*. 62(4), 579-591. Hämtad från  
databasen PEP Psychoanalytic Electronic Publishing.

## **Bilaga 1**

### **Frågeguide**

Vad tänker du när du hör terapeutisk allians?

Hur skapar du den terapeutiska alliansen i ISTDP?

Hur skapar du den terapeutiska alliansen i klassisk psykodynamisk psykoterapi?

Vad gör du för att upprätthålla alliansen i ISTDP?

Vad gör du för att upprätthålla alliansen i klassisk psykodynamisk psykoterapi?

Vad är viktigt för dig i alliansskapandet?

## **Bilaga 2**

### **Förfrågan om deltagande i uppsatsstudien**

Hej!

Mitt namn är Silvia Ketterer och jag går Steg 2 utbildning till psykoterapeut på St Lukas Institut i Stockholm. Jag fick din mailadress från Tobias Norqvist som leder ISTDP utbildningen, han är också handledare på utbildningen. Anledning att jag hör av mig är att jag vill fråga dig om du skulle kunna delta i den studien som ingår i min uppsats.

Studien går ut på att undersöka hur leg psykoterapeuter som har en psykodynamisk inriktning och en ISTDP utbildning ser på den terapeutiska alliansen i respektive metod. Jag tycker att det är intressant att lyfta ev likheter/skillnader och hur terapeuten upplever skapandet av alliansen.

Om du vill delta innebär det att jag gör en intervju med dig på ca 1 timme som berör de aspekterna. Studien och intervjun görs utifrån lagen om etikprövning, är sekretessbelagt och utan personuppgifter. Om Du bor i eller i närheten av Stockholm kan jag komma till din mottagning. Om Du bor i andra delar av landet hoppas jag att vi kunde hitta ett sätt att göra intervjun ändå.

Det skulle vara mycket värdefullt om du skulle vilja och har möjlighet att delta i studien som jag kommer att påbörja under våren.

Med vänliga hälsningar,  
Silvia Ketterer  
Psykoterapeutstuderande  
St Lukas Utbildningsinstitut Stockholm