



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

S:t Lukas utbildningsinstitut

Psykiaterprogram, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

Vårterminen 2015

**Begreppet Acceptans som beskrivning av förändring i
psykodynamisk psykoterapi**

**The concept of Acceptance as a description of change in
psychodynamic psychotherapy**

Författare:

Elisabeth Bakke



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Teoretisk bakgrund	1
2.1 Definition av acceptans	2
2.2 Förändringsfaktorer i relationell psykoterapi	2
2.2.1 Det intersubjektiva tredje	2
2.2.2 Alliansbrott	3
2.2.3 Motstånd	4
2.2.4 Vilja	4
2.2.5 Självetts mångfald	4
2.3 Acceptans och näraliggande begrepp	5
3 Tidigare forskning	5
3.1 Empiriska vetenskapliga studier	5
3.2 Erfarenhetsbaserade studier	8
4 Frågeställningar	8
5 Metod	8
5.1 Undersökningsdeltagare	8
5.2 Datainsamlingsmetoder	9
5.3 Bearbetningsmetoder	9
5.4 Genomförande	10
6 Forskningsetiska frågeställningar	10
7 Resultat	10
7.1 Acceptans av flera aspekter av själv	11
7.2 Acceptans av egen begränsning	12
7.3 Acceptans av ansvar och agens	13
7.4 Acceptans av olikhet	15
7.5 Terapeutens acceptans av patienten	16
8 Diskussion	18
8.1 Metoddiskussion	18
8.2 Resultatdiskussion	19
8.3 Förslag till fortsatt forskning	22

Sammanfattning/abstract

Det debatteras inom psykoterapiforskningen om hur förändring går till. Acceptans beskrivs av två relationella teoretiker, Safran och Muran (2000), som hjärtat i psykoterapi. Acceptans tycks inte ha studerats som common factor inom psykoterapiforskningen. Frågeställningarna är: Hur kan förändringsprocessen beskrivas i psykodynamisk psykoterapi med hjälp av begreppet acceptans? Har patienterna nått en ökad acceptans, vilken slags acceptans är de uppnått och hur hänger det samman med förändring? Framträder acceptans i intervjuerna på ett sådant sätt så att man kan se det som en common factor av betydelse? Arbetet har en kvalitativ ansats där intervjuer med sex vuxna som genomgått långtids psykoanalys eller psykodynamisk terapi analyserades med tematisk analys. Resultat: Fem teman i framträdde i analysen: a) Acceptans av flera aspekter av själv, b) Acceptans av egen begränsning, c) Acceptans av ansvar och agens, d) Acceptans av olikhet, e) Terapeutens acceptans av patienten. Resultatet visar på att all förändring inte är och inte kan beskrivas i termer av acceptans men det tyder på att acceptans kan ses som en viktig underliggande mekanism som bidrar till förändring. Det pekar också i riktning mot att studiet av acceptans som utfallsmått kan bidra till att studera strukturell förändring efter psykoterapi men ytterligare forskning skulle behövas för att undersöka detta vidare.

Nyckelord: Acceptans, förändring efter psykoterapi, förändringsfaktor, common factor

Abstract

There is a debate in psychotherapy research on how change takes place. Acceptance is described in relational theory by Safran and Muran (2000) as the heart of change in psychotherapy. It seems acceptance has not been studied as a common factor in research of psychotherapy. The question at issue is: How can the process of change in psychodynamic psychotherapy be described using the concept of acceptance? Have the patient reached an increased level of acceptance, what kind of acceptance is it and how is it linked to change? Does acceptance appear in such a way in the interviews that one can see it as a common factor of importance? This study has a qualitative approach, where interviews with six adults have been analyzed using a thematic approach. Five main themes emerged: a) Acceptance of more aspects of self, b) Acceptance of personal limits, c) Acceptance of responsibility and agency, d) Acceptance of difference, e) The therapist's acceptance of the patient. The result shows that not all change is or can be described in terms of acceptance but it indicates that acceptance can be seen as an important underlying mechanism that contributes to change. It also indicates that the study of acceptance as measure of outcome could contribute to studying structural change after psychotherapy but further research would be needed.

Keywords: Acceptance, change after psychotherapy, common factor

1 Inledning

Debatten är het inom psykoterapiforskningen om hur förändring går till. Några menar att det handlar om generella faktorer, s.k. *common factors* medan andra hävdar att specifika tekniker, s.k. *specific factors*, är de viktiga ingredienserna för förändring, enligt Tschacher, Junghan, och Pfammatter (2014). Tschacher et al. (2014) formulerar en taxonomi av generella faktorer vilka de sedan förknippar med olika specifika tekniker. Två andra forskare, Norcross och Wampold (2011a, 2011b) undersöker dels vad som är effektivt i terapeutiska relationer (vad som fungerar generellt, dvs *common factors*), dels vilka metoder som är effektiva för den enskilda patienten (vad som fungerar specifikt, dvs *specific factors*). Philips och Holmqvist (2008) menar att begrepp som allians och överföringstolkningar är exempel på vad som inom forskning benämns som *common factors*.

Relationella teoretiker som Safran och Muran (2000) talar om *the paradox of acceptance* och menar att acceptans är hjärtat i all förändring. Utifrån Safran och Murans tes om *the paradox of acceptance* kan då hypotesen att acceptans är en påverkansfaktor (common factor) för förändring i terapi formuleras.

Acceptans förknippas med mindfulness av Safran och Muran (2000) och båda dessa begrepp förknippas vanligen med kognitiv beteendeterapi (KBT) men finns också inom den psykodynamiska terapin (PDT). Det är i det psykodynamiska fältet som den här studien vill undersöka begreppet acceptans.

Syftet med studien är att undersöka hur patienter reflekterar kring sin egen beskrivna förändring efter psykoterapi, med särskilt fokus på acceptans och dess betydelse för förändring.

2 Teoretisk bakgrund

Enligt Philips och Holmqvist (2008) är faktorer som påverkar förändring i dynamiska och humanistiska terapier ofta mer sammanflätade med varandra jämfört med KBT som ofta kombinerats till ett behandlingsprogram med olika delar och i vilken man i forskning kan skilja ut de olika delarna/faktorerna, så kallad dismantling. Faktorer som anses verksamma i PDT är *strukturella faktorer* (t ex kontrakt och ramhållning), *reflektion och självreflektion*, *psykoanalytisk tolkning*, *överföringstolkningar*, *terapeutisk allians*, *empati i den "reella" relationen*, *kompensatorisk relation* samt *fokus på här och nu i terapin* (i den meningen att det som är terapeutiskt intressant och hjälpsamt är att se hur patienten använder och hanterar sitt förflutna *här och nu*). Begreppet acceptans (hos patienten) tas inte upp specifikt i Philips och Holmqvists översikt som en förändringsfaktor, däremot att den humanistiska terapin fokuserar på *terapeutens* empati, acceptans, värme och positiva bekräftelse av patienten.

2.1 Definition av acceptans

Enligt Safran och Muran (2000) involverar förändring hos patienten en handling av uppgivande snarare än självmanipulation. Den mänskliga förändringsprocessen innehåller en paradox. Det är bara genom att släppa våra försök att bli något som vi inte är som en förändring kan ske: ”*the paradox of acceptance*” (s. 69). Att släppa försöken att bli något man inte är kan uppfattas som en inre position av öppenhet där strävan efter att uppnå något inte längre är viktigt. Den inre positionen präglas av öppenhet och nyfikenhet utan självfördömande och utan att skjuta bort det som sker. Formulerat i punkter skulle en definition av acceptans se hur så här:

- en handling av uppgivande (inte självmanipulation), att släppa försöken att bli något man inte är, strävan sjunker undan
- en inre position av öppenhet och nyfikenhet utan självfördömande
- acceptans av det som sker, att inte skjuta bort det utanför medvetandet

2.2 Förändringsfaktorer i relationell psykoterapi

I ett relationellt synsätt på förändring beskriver Safran och Muran (2000) att den centrala förändringsmekanismen handlar om arbetet och processen att utveckla sin förståelse ”ut ur” den relationella konfiguration som patient och terapeut deltar i men inte ser. Förändringen sker i mötet med sig själv och sin terapeut. Det handlar om en process att tydliggöra vad som utspelar sig omedvetet i den terapeutiska relationen. Begreppet ”terapeutisk metakommunikation” används, vilket beskrivs som ”mindfulness in action”. Mindfulness innebär ett medvetet riktande av uppmärksamhet mot nuet med en attityd av acceptans. Det är att vara nyfiken på sin egen erfarenhet och att inte skjuta bort det som sker utanför medvetandet eller bli självfördömande, vilket skapar ett inre utrymme (eng: internal space). ”*At the most fundamental level, what emerges as particularly critical to the stance of mindfulness is this attitude of acceptance.*” (s. 58) Ett upprepat övande av mindfulness ska leda till insikt i existensens karaktär och till ”compassion” för alla varelser.

2.2.1 Det intersubjektiva tredje

Intersubjektivitet är en kvalitet av ömsesidig påverkan i ett samspel mellan två subjekt - en väg med två korriktningar. Effekterna, påverkan, går åt två håll (Benjamin, 2004). Intersubjektivitet grundas på ett ömsesidigt erkännande av två subjekt. Det kan beskrivas som en ny och inte förut upplevd erfarenhet - *det tredje* - där två individer finner varandra i en gemensamt skapad och delad upplevelse. Det kan också förstås som en mental plats för ömsesidig eftertanke (Holmqvist, 2007).

Benjamin (2004) beskriver vad hon kallar *det ursprungliga tredje* (primordial third) som en gemensam rytm mellan två personer. Grunden är moderns förmåga till kärleksfull (compassionate) affektiv resonans och återgivande av sitt

spädbarns känslor. Mesterton (2005) beskriver att en tidig ömsesidighet uppstår mellan mor och barn där modern stimulerar en gryende förmåga hos barnet att erkänna separathet, olikhet och annanhet (otherness).

Benjamin (2004) menar att i en relation, ett pågående samtal, finns inte alltid intersubjektiviteten - det gemensamma mentala utrymmet. Ibland bryter den samman. Istället uppstår en känsla av att sitta fast, att mekaniskt svara på den andres krav, tolkningar eller åsikter. Relationen, samtalet har hamnat i ett dödläge. Benjamin kallar detta en komplementär relation. I sammanbrottet kollapsar det mentala utrymmet mellan två personer och de klarar inte att erfara att båda subjekten kan bidra, eller att skillnader subjekten emellan kan existera samtidigt. Det blir ett ”antingen jag – eller du”. Denna växling mellan intersubjektivitet och komplementaritet är avgörande i det psykoterapeutiska arbetet. Vi behöver påminna oss om att sammanbrott och reparation är del av en större process, säger Benjamin. När terapeuten accepterar att hon blir och är involverad i det som sker och i dödlägen, uppmuntrar det till att ärligt ta fram de egna känslorna av skam, skuld och begränsningar i ljuset. Önskan att vara separat och ha egna behov väcker skuld och såväl terapeut som patient behöver kunna bära sin skuld, säger Benjamin. Att se och reflektera över det som sker, beskrivs som *det moraliska tredje*. Terapeutens personliga förhållande till det tredje beskriver Benjamin som tro (faith).

Winnicott (1969) relaterar användandet av ett objekt med förmågan att leka och kreativt lekande. Förmågan till kreativitet och meningsfullhet knyts av Winnicott (1971/2003) till övergångsområdet och är en bro mellan inre och yttre världar. Det involverar förmågan att acceptera att något kan vara verkligt och illusoriskt på samma gång. Det erbjuder också ett alternativ till de exklusiva alternativen subjektivt - objektivt. Psykoterapi beskrivs av Winnicott som mötet mellan psykoterapeutens lekområde och patientens lekområde. Kan inte patienten leka är det psykoterapeutens första uppgift att hjälpa patienten med.

2.2.2 Alliansbrott

Den komplementära relationen kan uppfattas som en maktkamp och ett alliansbrott mellan terapeut och patient. Reparation av alliansbrott är centralt i relationell teori. Alliansbrott uppfattas ha att göra dels med det relationella bandet (”relational bond”) mellan terapeut och patient, dels med oenighet kring terapins uppgifter eller mål. Att utveckla och lösa problem i allians med patienten utgör inte förutsättningarna för förändring, kommer inte före förändring – utan är själva essensen i förändringsprocessen. Att avsluta en terapi kan ses som det slutgiltiga alliansbrottet. Avslutningsfasen handlar om att hjälpa patienten acceptera begränsningar i terapin och hos terapeuten och att lösgöra sig ifrån ouppnåeliga och idealiserade mål (Safran och Muran, 2000).

2.2.3 Motstånd

Problemet med tro finns också i hjärtat av den mänskliga förändringsprocessen. Acceptans och tro går hand i hand. Att hoppas och våga tro att saker och ting kan bli annorlunda och att det finns en egen förmåga att förändras kan bli terapins problem. Människor vill oftast inte visa vidden av sin desperation av rädsla för att andra kan bli skrämnda men också för att det är så smärtsamt att fullt ut (er)känna sin egen desperation. Terapeuten måste erbjuda en trygg miljö och vidkännas empatiska misslyckanden som kan bidra till motstånd. Analys av motstånd är själva terapin, inte något som man ska komma förbi. Motståndet måste förstås såväl intrapsykiskt som interpersonellt, dvs. det kan vara en reaktion på negativa eller fördömande attityder som terapeuten förmedlar på en subtil nivå. Patienten kan vara rädd för att framstå som vek och inadekvat på grund av rädsla för återtraumatisering. Känslor av skam och förödmjukelse kan därför tjäna som motivation till motstånd. Ett sätt för terapeuten att arbeta med motstånd att utforska en viss känsla eller fantasi i stunden kan vara att transformera det till en medveten handling hos patienten att besluta att inte göra det i nuet. Det som då var en omedveten defensiv aktivitet blir transformerad till en direkt handling av självhävdande och innebär en acceptans av ansvar hos patienten (Safran och Muran, 2000).

2.2.4 Vilja

Att erfara att man väljer sitt olyckliga liv är smärtsamt. En person i smärta och ångest är redan full av självförakt. Han känner sig skuldbelagd över något han inte har kontroll över. Det blir därför extremt svårt att erkänna det sätt på vilket han kanske bidrar till sina egna problem. Han har en erfarenhet av att försöka och ändå misslyckas och kan därför känna att den egna viljan skrumprat eller tappats bort. Han har ingen erfarenhet av att välja sina handlingar. En viktig del i processen av att utveckla en känsla av agens (vilja och förmåga att handla) är därför att börja erfara en känsla av ”compassion” för sig själv (Safran och Muran, 2000).

Utvecklingsmässigt manifesteras vilja först som ”vilja mot annans vilja”. Vilja producerar skuld därför att det handlar om individuation, att separera från föräldrar, och har dessa svårt att acceptera ens initiala handlingar av individuation och självhävdelse undertrycks viljan och hindras från en hälsosam utveckling. Den centrala konflikten handlar om agens eller relation: *agency versus relatedness* (Rank, 1945, refererad i Safran och Muran, 2000).

2.2.5 Självet mångfald

Winnicott (1960) beskrev det sanna och det falska självet. Det sanna självet är källan av äkthet, vitalitet och spontanitet i en person. Enligt Safran och Muran (2000) finns det inget enhetligt statiskt sant själv som väntar på att upptäckas utan självet består av multipla själv, olika aspekter som tävlar om dominans i medvetandet vid varje givet ögonblick. Buddhistisk psykologi företräder en än

mer radikal syn på självet och anser självet som en illusion. Begreppet multipla själv antyder att det skulle finnas ett definitivt antal av substantiella själv som går att känna till. Förändring inträder genom att se förbi denna illusion och överlämna sig till varandet som sådant. *”Att erfara och acceptera självets mångfald är en del av förändringsprocessen.”* (s 69).

2.3 Acceptans och näraliggande begrepp

Enligt Safran och Muran (2000) är acceptans en viktig del i mindfulness. De beskriver att mindfulness innebär ett medvetet riktande av uppmärksamhet mot nuet med en attityd av acceptans. Falkenström, Solbakken, Möller, Lech, Sandell och Holmqvist (2014) jämför begreppen mentalisering, mindfulness och affektmedvetenhet. Alla tre begrepp har ett fokus på affektreglering genom att med ett nyfiskt intresse uppmärksamma tankar och känslor i nuet och en intention att finna nya perspektiv på dem. Att finna nya perspektiv blir att skapa ny mening, skapa meningsfullhet och förståelse. En viss grad av mindfulness behövs troligen för mentalisering då mentala tillstånd till att börja med behöver noteras/uppmärksammas för att alls kunna mentaliseras, dvs tänkas om. Fonagy och Target (1996) antar att mentalisering utvecklas ur en integrering av tidigare utvecklingstillstånd, i synnerhet psykisk ekvivalens och låtsastillstånd.

3 Tidigare forskning

Följande sökord har använts: Acceptans, förändring efter psykoterapi, förändringsfaktor, common factor. De databaser som använts är PEP- Psychoanalytic Electronic Publishing, ESH Discovery samt Google Scholar. Ingen empiriskt baserad studie har hittats som berör begreppet acceptans som en faktor i förändring i PDT. Nedan presenteras studier som rör resultat av psykodynamisk psykoterapi eller psykoanalys samt studier rörande förändringsfaktorer.

3.1 Empiriska vetenskapliga studier

Norcross och Wampold (2011a, 2011b) har med hjälp av en ”Task force” (sammansatt av American Psychoanalytic Publishing, APA) bestående av flera andra psykoterapiforskare gått igenom ett antal metaanalyser och identifierar vad som är effektivt i terapeutiska relationer (vad som fungerar generellt, common factors) och effektiva metoder för att anpassa behandling till den individuella patienten (vad som fungerar särskilt). För en förståelse av vad som är effektivt eller ineffektivt krävs ett övervägande av alla determinanter och deras optimala kombinationer; behandlingsmetoder, patientkarakteristika och terapeutens kvaliteter. Norcross och Wampold (2011b) anser att enbart matcha terapi med en psykisk störning är ofullständigt och inte alltid effektivt. Resultat: Fyra patientkarakteristika (reactance/ resistance, preferences, culture, religion/spirituality) har bedömts som påvisat effektiva när det gäller att anpassa psykoterapi och ytterligare två karakteristika (stages of change, coping

style) som troligen effektiva. Norcross och Wampold (2011a) undersöker det generella, det som är effektivt i terapeutiska relationer. Det som har påvisats vara effektivt är *allians, empati* och att *få/be att få feedback från patienten*. Troligen effektivt är *konsensus avseende mål, samarbete* och *positivt beaktande*. Lovande men otillräckligt beforskat är *kongruens/ genuinitet, reparera alliansbrott, hantera överföring*.

Beutler, Harwood, Michelson, Song, och Holman (2011) har skrivit om motstånd /reaktans som enligt dem är känt som ett av de mer utmanande problemen som psykoterapeuter möter. De gör en metaanalys av tolv utvalda studier (N=1,102) om att matcha terapeutens grad av styrning (directiveness) med patientens reaktans. De föredrar ordet *reaktans* då *motstånd* antyder att hela problemet ligger som en egenskap hos patienten och skulle försvinna om patienten var mer engagerad. Istället är det mer korrekt att beskriva att en patients misslyckande att respondera på ett positivt sätt på terapeutiska procedurer som ett reaktansproblem snarare än som ett motstånd. Ljuset kan då riktas på terapeut och kontext för att se hur detta kan förändras för att underlätta en behövd förändring hos patienten. Resultatet i studien stöder hypotesen att patienter med låga drag av motstånd svarar bättre mot tydligare dirigerande - vägledande behandlingar medan patienter med höga nivåer av motstånd svarar bäst mot icke styrande behandlingar.

Tschacher et al. (2014) har i sin studie definierat 22 *common factors* och därefter låtit 68 psykoterapi-expertter bedöma hur dessa *common factors* implementeras genom specifika tekniker (*specific factors*) i psykoterapi. Det ger en översyn över den aktuella debatten om vilka mekanismer som fungerar i psykoterapi. Resultatet visar att *common factors* skiljer sig åt i hög grad avseende vilken relevans det hade för olika tekniker men också hur väl de kunde förklaras genom olika tekniker. ”Patient engagement”, ”Affective experiencing” och ”Therapeutic alliance” bedömdes som de mest relevanta *common factors*. Mindfulness var en *common factor* som sågs som mindre vanlig och hade lägst relevans och förklaring i relation till tekniker. Forskarna spekulerar om att en anledning till detta kan vara att mindfulness är ett jämförelsevis nytt begrepp inom psykoterapifältet och kanske därför ännu inte ses som lika relevant som de andra begreppen och inte lika starkt relaterat till tekniker. Mindfulness definierades teoretiskt så här:

Patient develops the ability of nonjudgmental awareness of her or his thoughts, perceptions and feelings. She or he learns to be aware of inner processes in the here and now without judging them (refers to the Buddhist attitude of an evenminded-accepting attention to all sensations, emotions and thoughts) (s.85)

Mindfulness förknippades positivt med följande tekniker: *Fokusering* (på uttryckta känslor), *Verbalisering av emotionella reaktioner* och *Fria associationer*. Det associerades även positivt med *Progressiv muskelavslappning*, *Hypnos* och *Biofeedback-training*. Mindfulness associerades negativt med:

Överföringstolkning, Tolkning av motstånd och Paradoxal intentionsteknik samt med Föreskriva ritualer och Problemlösningsträning.

Sandell, Blomberg, Lazar, Carlsson, Broberg och Schubert (2000) genomförde en storskalig studie, det s.k. STOPP-projektet, av subventionerad psykoanalys och långtidspsykoterapi. 756 patienter deltog. Flera olika data-insamlingar gjordes, bland annat ett postat skriftligt frågeformulär till alla 756 deltagare. En kvalitativ djupintervju kallad CHAP (Change after Psychotherapy) genomfördes med 60 patienter och analyserades enligt Change after Psychotherapy scales (Sandell, Grebo, Härdelin, och Lauthers, 2005). Resultatet påvisade progressiv förbättring ju längre patienter var i behandling avseende symtom och självförtroende /entusiasm (*eng.* morale), särskilt i psykoanalys, medan förbättring var svagt avseende mått på sociala relationer. Studien beskriver också en stor variation avseende behandlingsresultat hos olika psykoanalytiker och psykoterapeuter. Fokus ligger på resultatet av psykodynamisk långtidssterapi snarare än förändringsfaktorer i processen.

Falkenström et al. (2014) undersökte om reflektiv funktion, affektmedvetenhet och mindfulness är olika funktioner. Studenter i sex olika psykoterapikurser vid Linköpings universitet under åren 2006-2011 tillfrågades om medverkan. Hälften av dem deltog, 83% var kvinnor. Intervjuer med 46 deltagare från olika psykoterapiutbildningar genomfördes. Två intervjuer genomfördes, en förkortad version av Adult Attachment Interview och en affektmedvetenhets intervju, "Self/Other Version". Studenterna fick även besvara ett frågeformulär, "Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)". Resultatet visar att begreppen mentalisering, affektmedvetenhet och mindfulness till viss del överlappar varandra men också täcker olika betydelseområden och att det finns en signifikant relation mellan mentalisering och mindfulness, vilket var förväntat då det finns en partiell teoretisk överlappning mellan dessa begrepp. En viss grad av mindfulness behövs troligen för mentalisering då mentala tillstånd till att börja med behöver uppmärksammas för att alls kunna mentaliseras. Ingen korrelation mellan mindfulness och affektmedvetenhet kunde påvisas. Däremot så fann man att affektmedvetenhet om andras affekter korrelerade signifikant med FFMQ subskalan "*nonjudging of internal experience*" (s 35). Författarna anser det som rimligt utifrån begreppen eftersom graden av acceptans och erkännande av olika aspekter av affektivt liv är en mycket central komponent i AC bedömning (ratings). Fyndet ska dock tolkas försiktigt, enligt dem.

Falkenström, Grant, Broberg och Sandell (2007) studerade 20 deltagare, varav 10 hade genomgått långtids (> 2 år) psykoanalys och 10 långtids psykoterapi. De djupintervjuades enligt CHAP (Sandell et al., 2005) vid två tillfällen efter avslutad analys/psykoterapi, med ett års mellanrum samt fick svara på frågeformulär skriftligen. Resultatet visar att utfallskriteriet självanalys signifikant korrelerade med förbättringar efter avslutad behandling i såväl långtidspsykoterapi som psykoanalys. De som gått i analys beskrev självstödande strategier på ett sätt som inte psykoterapipatienterna gjorde.

3.2 Erfarenhetsbaserade studier

Bolling (1995) har närmare undersökt begreppet acceptans, dess betydelse och användning inom psykologin. Utgångspunkten är en egen terapierfarenhet och upplevelse av acceptans. Analysen innefattar dels hur begreppet vanligen förstås, dels en mindre vanlig idé om ”radikal acceptans” som intressant i en terapeutisk kontext. Den vanligare formen av acceptans beskrivs som en passiv form av acceptans, ett slags kalkylerat tänkande som snarare är ”tolerande acceptans”, en acceptans som är kopplad till villkor, till exempel att bli välkomnad i ett sammanhang där relation normalt sett är villkorat. Den radikala acceptansen är istället det förutsättningslösa mötet med erfarenhet, villighet att uppfatta saker som de är. Bolling beskriver hur svårt hon hade att berätta för någon annan (terapeuten) om sin övertygelse att hon inte hade något existensberättigande, att hon existerade enbart på nåder av andra. Terapeuten bad då Bolling att börja med att uppmärksamma hur hon accepterades, bars av döda ting, av stolen, av marken hon gick på. Detta blev inledningen på en upplevelse av en kraftfull acceptans, en känsla av ömsesidig närvaro. Bolling beskriver acceptans som samtidig erfarenhet av både själv och andra, inre och yttre, kropp och värld i direkt relation. Acceptans visar sig vara en naturlig del av vårt varande, vår existens, i världen. Terapeutisk förändring genom acceptans kan bli möjligt med hjälp av en upplevelsebaserad narrativ, enligt Bolling.

4 Frågeställningar

- Hur kan förändringsprocessen i psykodynamisk psykoterapi beskrivas med hjälp av begreppet acceptans?
- Har patienterna nått en ökad acceptans, vilken slags acceptans har de uppnått och hur hänger det samman med förändring?
- Framträder acceptans i beskrivningarna på ett sådant sätt så att man kan se det som en common factor av betydelse?

5 Metod

5.1 Undersökningsdeltagare

Sex stycken inspelade intervjuer har valts slumpvis från STOPP-projektet (Sandell et al., 2000). Av de sex deltagarna är fyra kvinnor och två män, ålder är okänt. Syftet med STOPP-projektet var att följa upp och evaluera långtidseffekter av psykoanalys jämfört med långtids psykodynamisk psykoterapi. Deltagarna kan alltså ha genomgått långtidspsykoterapi eller psykoanalys men här likställs detta och allt kallas för psykoterapi.

5.2 Datainsamlingsmetoder

Deltagarna i STOPP-projektet (Sandell et al., 2000) intervjuades av legitimerade psykoterapeuter 1994, ett år efter avslutad psykoterapi, enligt en metod för att bedöma effekter av psykoterapeutisk behandling, kallad Change After Psychotherapy (CHAP), (Sandell et al., 2005). Intervjuerna varade mellan 50 - 80 minuter. Intervjumetoden utnyttjar fokuserade halvstrukturerade uppföljningsintervjuer eller terapeutiska samtal och skall, enligt modellen, utmynna i skattningar av terapeutiska förändringar i fyra avseenden: symtom, adaptiv förmåga, självinsikt och grundproblematik.

5.3 Bearbetningsmetoder

Enligt Langemar (2008) är alla analysmetoder som är språkliga och som leder till ett resultat i form av text av något slag kvalitativ metod. Ett tolkande syfte med kvalitativ metod handlar om att uppnå förståelse. Den hermeneutiska cirkeln innebär att för att förstå delarna måste vi förstå helheten och tvärtom. Olika delar i ett fenomen är kopplade till fenomenet genom den mening de har för fenomenet, och de samband som finns mellan olika delar i ett upplevt fenomen kallas för meningssamband. I en deskriptiv studie är tolkningarna inte så långtgående. Det handlar om att göra beskrivningar av kvalitativa egenskaper och variationer. I denna studie som är en deskriptiv studie eftersträvas en beskrivning och förståelse av innebörden av acceptans och dess betydelse som en bärande del i förändring i psykodynamisk psykoterapi.

En vanlig och praktisk basmetod för kvalitativ analys är så kallad tematisk metod (TA). Det innebär att data struktureras utifrån teman. Temana kan vara bestämda i förväg, s.k. deduktiv eller teoristyrda TA eller utarbetas utifrån det insamlade materialet, s.k. induktiv eller empiristyrda TA. Vanligt är att kombinera förhandsbestämda teman med empiristyrda. Ju mer specifik frågeställningen är desto mer styr den vilka teman som kan användas i analysen (Langemar, 2008). I denna studie har en kombination av deduktiv och induktiv tematisk analys använts då syftet grundar sig i Safrans och Murans (2000) idé om att acceptans ligger till grund för förändring. Det finns därför teman med grund i den relationella teorin men också teman som är mer grundade i det empiriska materialet.

Undersökningen baseras på en fokuserad intervju med låg grad av strukturering som analyseras kvalitativt med en tematisk analys. Analysen har gjorts vågrätt, d v s alla intervjuer har analyserats på en gång. Bearbetningen gjordes på så sätt att allt intervjumaterial transkriberades till text och lästes igenom noggrant. Varje intervju gick igenom och text som är relevant för frågeställningen markerades. Preliminära teman formulerades och markerad text sorterades efter det. Utifrån varje tema gick alla intervjuer igenom igen. Därefter har en slutgiltig definition gjorts för varje tema. Materialet sammanfattades under varje tema samt belystes med citat.

5.4 Genomförande

De sex intervjuer från STOPP-projektet (Sandell et al., 2000) som valts ut för denna studie är gjorda under perioden hösten 1994 - 1995. Intervjuerna gjordes ett år efter avslutad psykoterapi och spelades in på kassetband. Varje intervju är ca en och en halv timme lång. I STOPP-projektet intervjuades varje informant vid två tillfällen med ett års mellanrum då syftet med STOPP-projektet var att evaluera långtidseffekter efter psykodynamisk psykoterapi. I denna studie har endast den första intervjun använts, dvs den intervju som gjordes ett år efter avslutad psykoterapi då syftet här ej varit att göra någon evaluering över tid utan enbart undersöka begreppet acceptans betydelse för förändring.

6 Forskningsetiska frågeställningar

Etiska riktlinjer för psykologisk forskning utgår från två grundaspekter, forskningskravet och individskyddskravet. Forskningskravet handlar om att forskningen ska vara till nytta för samhället. Individskyddet står i relation till forskningen och konkretiseras i fyra huvudkrav rörande information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande. Deltagare ska, där så är möjligt, informeras om syftet med studien, deltagandet ska ske frivilligt (samtycke). Konfidentialitetskravet innebär att allt material skall hanteras konfidentiellt och att namn och personuppgifter inte bör finnas på bandinspelningar eller utskrifter utan ska kodas och förvaras på annan plats än bandinspelningarna. Nyttjandekravet innebär att insamlat material enbart får användas för forskningsändamål men däremot ska man inte säga till deltagare att materialet bara ska användas i den aktuella studien (SFS 2003:460, Vetenskapsrådet, 2011)

Intervjuerna som använts i denna studie är hämtade från ett större forskningsprojekt, STOPP-projektet 1993, i vilket en forskningsetisk ansökan och beslut gjordes i samband med STOPP-projektet. Materialet är anonymiserat.

7 Resultat

Ur materialet samt psykodynamisk teori gemensamt har ett antal teman framträtt, fyra som rör patienten och ett som rör terapeuten. Alla informanter uttrycker att psykoterapin har varit viktig för dem och inneburit förändring, även om informanterna var för sig beskriver förändring i olika grad och omfattning.

- a) Acceptans av flera aspekter av själv, b) Acceptans av egen begränsning,
- c) Acceptans av ansvar och agens, d) Acceptans av olikhet, e) Terapeutens acceptans av patienten

7.1 Acceptans av flera aspekter av själv

Informanterna beskriver att de fått ett utrymme att uttrycka svåra känslor, att de fått en relation till sig själv. Flera informanter skildrar både starka och

nyanserade känslor och beskriver att det varit ett ”tufft jobb” och att det tagit tid. Det skulle kunna beskrivas som affekttolerans, vilket ligger på en djupare nivå än acceptans av alla aspekter av själv. Ett par av informanterna beskriver också upptäckten av positiva delar av själv såsom glädje, ökad sexuell lust och fantasi. Det informanterna givit upp är ett försvar (t ex rationalisering) och/eller en definition av sig själv som på olika sätt begränsat informantens livsrum.

Högre grad av beskriven acceptans

En informant berättar om vad processen att få uttrycka sina känslor innebar. Informanten hade en föreställning om att terapi innebär ältande och sorg och var rädd för att fastna i en negativ definition av själv, något hon egentligen redan bar på, i den meningen att hon upplevde att andra styrde henne. Processen i terapin hjälper henne fram till att ge upp sin rädsla för att känna sina negativa känslor vilket leder till att hon finner sin egen styrka och glädje.

Det var inte bara att gräva i det förflutna och liksom älta sorgerna, utan det var att hitta glädjen (...). Jag är ju inte bara sorg..jag är ju det andra också och jag hade inte tillgång till det (...) tror jag är det viktigaste som jag hittat i min terapi

En annan informant beskriver det omvända. Informanten har givit upp försvar för smärtsamma känslor, ett genombrott i försvarsstrukturen har skett. Uppgivandet av försvaret ledde också till ett uppgivande av en begränsande definition av själv som lyckligt skilsmässobarn:

Under ett av de här samtalen (...) som jag verkligen kände en oerhört stark sorg över att det hade hänt (...) jag hade hela tiden sagt till kompisar att jag var ett lyckligt skilsmässobarn. (...) ja, det enda ord jag kommer på är självbedrägeri.

I informanternas berättelser finns exempel på frånvaro av såväl positiva som negativa känslor. Det är inte alltid tydligt vad som givits upp när en informant får tillgång till/accepterar fler aspekter av själv. En informant berättar hur terapeuten vågade tala om sexualitet med henne och hur arbetet i terapin gav henne tillgång till sexuella känslor och fantasier som hon tidigare inte hade haft:

Det hade jag inte heller innan jag började terapinDet är nånting som jag efteråt har kunnat ha...det betyder väldigt mycket alltså.... Det, det....är en oerhört viktig grej att han har tagit upp den djupa nivån också...

Ingen eller lägre grad av acceptans

Alla informanter har inte beskrivningar som visar att de har uppnått acceptans (att de har givit upp något (t ex försvar) eller funnit en ny, inre öppen position som har möjliggjort upptäckt av nya känslor eller aspekter av sitt själv i sin terapi, vilket också motsvaras av en lägre grad av beskriven förändring.

En informant beskriver att det var givande att prata med sin terapeut men konkretiserar inte detta med annat än att hon ”fick älta”. Hon beskriver:

”..jag har mognat som människa överhuvudtaget i terapi – och det kan jag inte gradera själv”.

Intervjuaren frågar på vilket sätt hon känner det och hon svarar att hon reflekterar på ett annat sätt och ”ser inte barnsligt” på saker men svaret övergår snabbt i att hon har en fortsatt besvärlig situation och stor besvikelse över det, vilket gör att hennes förändring efter psykoterapin framträder som relativt begränsad. Denna informant lägger också ett visst ansvar på sin terapeut för en affär hon gjort men som inte gav den ekonomiska vinst hon hoppats på samtidigt som hon konstaterar att det inte är terapeutens ansvar att vara ekonomisk rådgivare. Trots att informanten beskriver sin terapi positivt och att hon själv har förändrats är det svårt att se tecken på uppnådd acceptans avseende flera aspekter av själv, inga beskrivningar av fler aspekter av själv förekommer.

7.2 Acceptans av egen begränsning

Acceptans av den egna begränsningen kan tyckas höra samman med att acceptera vidden av alla sina känslor men utgör specifika delar i informanternas berättelser som handlar om att sjukdom har haft en betydelse eller varit en del i förändringsprocessen. Det kan beskrivas som ett uppgivande av en omedveten föreställning av vilken sorts ansvar de har/ska ha för andra, som en förändring i överjaget - eller som en föreställning om osårbarhet, att man borde ha resurser för att räcka till för allt eller för mer än vad man räcker till för.

En informant beskriver att hon varit mycket sjuk, ända sedan barn och att under terapin ”pajade immunförsvaret” men i slutet blev hon frisk. Informanten ger upp sin rädsla att förlora sin man och hon ger upp sin strävan att räcka till för andra och fattar ett beslut att flytta - och blir frisk.

Men jag var alltid sjuk jag var alltid full av grejer som du ska göra åt andra. Du ska räcka till känslomässigt åt andra hela tiden. (...)

Ja, så flyttade jag därifrån. Och jag kände liksom att wow – nej - jag har nog ett liv. Och plötsligt så började jag bli frisk, dessutom. Efter att ha varit sjuk hela tiden. Samtidigt så går jag i terapi och får befästa det här nya.

Nedanstående citat kan tänkas belysa just ett uppgivande, att släppa strävan att bli eller vara något. Informanten beskriver att hon blev utbränd men ”släpper sedan efter” och vågar känna svaghet:

Jag var väl helt slut.. hade verkligen bränt allt. Långt....efter ..och terapeuten, han såg det ju då som ett genombrott i terapin. Och det var det säkert också, en reaktion som äntligen kom.

Ja, nej att jag släppte efter.. att jag...ja, släppte och släppte, det var ju inte medvetet på nåt sätt men ja, jag vet inte riktigt vad det stod för, men i alla fall

Nej men jag tror att jag började släppa på anspänningen hela tiden att jag började släppa efter och känna svaghet lite grand .. kanske...

Den tredje informanten beskriver att samtidigt som informanten upplevde ett ”lyft i sitt liv” och kom med i nya sammanhang, så innebar det att han kom närmare sig själv och då började skyddsbarriärer att rämna. Han var därför sjukskriven ett längre tag. Informanten ger alltså upp, kan inte längre upprätthålla, någon form av skyddsbarriär (försvar inför vem han är och hur han mår och lever?) och sjukskrivningen leder sedan till att han föreslås och tar emot hjälp hos en psykoterapeut då de egna begränsningarna blivit tydliga för honom.

Den fjärde informantens berättelse skiljer sig åt och handlar istället om en uppnådd acceptans av ett medfött somatiskt besvär, som när det accepterats tonat ner i betydelse. Informanten sökte inledningsvis hjälp just för detta besvär. Under terapin ger informanten upp bilden av det somatiska besväret som det stora problemet. Han ger också upp en bild av sig själv som det lyckliga skilsmässobarnet och accepterar och förmår uttrycka känslor av sorg och vrede vilket leder till en utvidgad bild av själv och en förståelse av sig själv. I samband med det tonar hans medfödda somatiska besvär ned och hamnar i bakgrunden.

...men det (somatiska besväret, ff anm.) upplever jag egentligen inte som ett problem alls av samma omfattning som jag gjorde då... för jag har ju liksom kvar samma svårigheter.

Nej, det är jag som bryr mig mindre om det. Det är liksom inte en så stor del av min person som det var då.

7.3 Acceptans av ansvar och agens

Informanterna beskriver en förändring av det egna förhållningssättet till signifikanta närstående, i högre eller lägre grad. Flera av dem ger exempel på ett uppgivande av en offerroll till förmån för en acceptans av ansvar och agens. De släpper försöken att bli något som de inte är och ger upp bilden av sig själva som dålig. I några fall har även relationerna förändrats till positiva relationer, i andra fall inte. Acceptans av ansvar och agens innebär även acceptans av eventuella skuld känslor för egna önskningar och behov i förhållande till behövande och/eller krävande närstående. Här finns också exempel på behov av att få styra själv, få ha kontroll.

Informanter beskriver att de efter sin terapi kan tänka om sig själva, sin situation och eventuella problem på ett annat sätt än tidigare och att det är ett sätt att hjälpa sig själv. Flera informanter beskriver att avslutningen i terapin hängde samman med att den subventionering som landstinget bidragit med till psykoterapin var slut. De uttrycker att de har saker kvar att jobba med men är också nöjda och vill fortsätta på egen hand. En beskriver behov av och planering för att påbörja psykoterapi igen. Ett par informanter uttrycker att de

är färdiga i terapi och att de fått den tid de behövde och det är oklart om avslutningen hängde samman med upphörande av eventuellt bidrag.

Högre nivå av ansvar och agens

Det blir tydligt att uppgivande av offerroll och acceptans av egen agens föregås av att informanten har tagit till sig, accepterat, nya delar av sig själv, t ex egna behov och önskningsar:

Svårigheten att kunna vara nära med någon annan utan att det nästan får mig och... ja, att jag blir helt uppsugen av det, var också bristen på en egen relation med mig själv och kunna känna efter, kunna se mig själv och kunna höra mig själv. Och hur det är nu så...det blir en jävla skillnad (...) Verkligen.

Samma informant ger ett exempel på egen agens och ansvar:

I det läget så hade jag liksom inte pallat med och ta något beslut om att jag skulle ta mig ur förhållandet men jag bestämde mig för att jag skulle ha ett eget liv i alla fall – och flyttade till den här nya lägenheten med mina barn där jag kände liksom att dom fick mera utrymme.

Informanten sätter ord på hur viktigt det var att redan från början i terapin att få pröva att styra själv:

Jag klarade nästan inte av att nån annan skulle säga till mig vad det var. Det hade jag fullt med folk som gjorde, runt omkring mig. För det mesta sa de att jag hade fel. Jag klarade inte ens av att nån skulle säga.. Det var liksom väldigt viktigt för mig att jag fick försöka styra. Det var inte någonting som jag uttalade. Hej, jag vill gå i terapi och jag vill försöka styra, så kan du vara tyst så mycket som möjligt, kan jag få testa här med dig (...) - men det var ändå okej med henne.

En annan informant beskriver hur hon tog ansvar för en destruktiv relation. En relation hon ”slängde sig in i, obetänkt och passionerat”: Hon ger upp såväl sin syn på andra som ansvariga för vad som sker henne, sin egen passivitet och passionen i sin acceptans av sitt eget ansvar och beslut att ta ansvar:

Det var himmel och helvete. (...) Tack vare terapin, tog eget ansvar för, både... att jag hade gått in i den och hur den var, att jag fann mig i...väldigt många destruktiva sitsar i den relationen.

På fråga om hon skulle kunna hamna i det idag igen.

- Det tror jag inte. (...) Det kan ju inte inträffa – men jag ska...vara öppen för varningslampor så att jag ser dem och respekterar dem när det händer.

Beskrivning av sig själv före terapin:

Jag förhöll mig väldigt passiv till saker och lät saker och ting hända runt omkring och stod väldigt oskyldig runt omkring och kände att det var andras fel allting som hände, att jag inte tog ansvar.

...jag vill faktiskt... jag är lite nyfiken på hur jag klarar att styra mitt liv helt och hållet själv, mycket med inriktning på att inte bara vara (C:s yrke) utan bli mer C också, ha lite mera utrymme för ett privatliv.

En annan informant beskriver relationen till sin mamma och behovet av kontroll och gränser i förhållande till henne: Informanten kan se hennes smärta och önskan att ha kontakt men är inte beredd att ha kontakt med mamman om hon själv inte söker hjälp för sina egna problem, först då är informanten öppen för att ändra sig och träffa henne. Informanten har givit upp en offerroll och satt en gräns samtidigt som en förståelse finns för mamman och gör att det finns en viss flexibilitet i gränsen gentemot mamman.

Lägre nivå av acceptans av ansvar och agens

En informant beskriver ett tillfälle när hon inte kände sig förstådd av sin terapeut men att samtalen efter var bra. Informanten resonerar till viss del om sitt eget ansvar och förmåga men kanske mer på en förmedveten nivå snarare än en uttrycklig uppfattning om eget ansvar. Det är ännu en bit kvar till vad som kan beskrivas som acceptans av eget ansvar och agens.

Men jag upplevde det som mycket illa och jag fick liksom inte förståelse från henne. (...) ..sen pratade vi.. jag kommer inte riktigt ihåg om vi pratade gången efteråt ...om jag sa till henne. Men, i alla fall, gången därpå var det i alla fall mycket bra samtal. Jag satt inte bara där tyst utan det var ett bra samtal och det var mycket prat. Nu vet jag inte om jag är bra på att kamouflera... hon försökte styra lite mera här, det med känslorna och så... för jag hade ganska svårt att prata om det.

7.4 Acceptans av olikhet

Konsekvensen av att inte acceptera andra människor som de är, är att de berövas sin oberoende existens. Den är nödvändig, för att de ska kunna erbjuda lättnad från vår upplevelse av isolering och bekräfta oss själva som subjekt. Till denna form av acceptans hör en acceptans av både den inre verkligheten och en yttre verklighet, att subjektivitet och objektivitet kan finnas samtidigt. Uppgivandet består i att ge upp den egna inre fantasin/föreställningen eller förnimmelsen av hur verkligheten ser ut till förmån för en acceptans av att det kan finnas både en inre och en yttre verklighet och att de kan se olika ut.

Högre nivå av acceptans

En informant beskriver målände hur hon förändrade sin relation till sin son från att vara den som styrde och talade om hur det skulle vara till att låta sonen pröva och göra sina egna misstag. Hon gav upp sin bild av vad det borde innebära att vara förälder och ett eget behov av att styra till förmån för att hennes son skulle få pröva sina vingar själv, med hennes stöd. Relationen mor - son förändrades. Istället för att känna sig misslyckad blev hon bekräftad:

..att jag kunde acceptera att han hade det jobbigt och gjorde fel och allting sånt där och att han själv fick hitta bättre lösningar med mitt stöd, inte med mina krav.

En annan informant beskriver en insikt om skillnad mellan den inre och den yttre verkligheten men också att det är något informanten fortsatt kämpar med. Uppgivet består i att släppa sina projektioner om svek vilket gör det möjligt att se skillnad mellan den inre upplevelsen av svek och den yttre verkligheten.

Jag brukar kalla det för mina svarta tankar liksom... när jag sökte (terapeuten) - 91... och nu befinner sig inte det där på samma nivå, ... men jag har det... jag vet att jag har det - och så fort att .. och många gånger är det här fantasiskapelser och många gånger är det också så att jag har rätt. Det är personer som kommer att svika mig men jag måste få en balans på vad som är reellt och vad som är fantasi.

(...) en sak som jag lärde mig då när jag gick på terapi det var att det var oerhört viktigt för mig att få upp det till ytan (...) ibland behöver jag tid på mig att liksom .. att reda ut... Fast jag brukar alltid hitta rätt förr eller senare.

Informanten beskriver hur han känner sig när han mår bra:

Joo, det är väl.. självförtroende, en känsla och...en utstrålning och ett sätt att vara som är öppet...

Ingen eller lägre nivå av acceptans

En tredje informant beskriver en brist på samstämmighet mellan hur hon ser på sig själv och hur hon upplever att andra ser på sig själv. Hon har inte givit upp bilden av sig själv som svag för att kunna ta till sig sina starka och ibland, för andra, även mindre trevliga sidor:

Ja, det där att jag bestämmer och att jag kanske... inte ger mig... eller att de.. ja, dom tar det som om jag är elak mot dom då...jag har lite svårt att förklara....

Men jag känner mig ju inte elak – måste jag säga. ... (ohörbart) ... men jag tror just det här... Hur jag ser på mig, jag tror att det är ... det stämmer så lite överens.

Ja, det är det att jag tycker att jag är svag och värdelös - och andra tycker att jag är stark och avskvärd.

7.5 Terapeutens acceptans av patienten

I terapeutens acceptans av patienten ingår, enligt ett relationellt synsätt, terapeutens acceptans av det egna bidraget till relationen. Terapeuten får ge upp eventuell önskan att styra sin patient utifrån sin egen uppfattning om patientens problem till förmån för ett gemensamt undersökande, ett flöde dem emellan. Terapeuten får också ge upp eventuella behov av att vara expert i den meningen att han eller hon måste våga titta på det egna bidraget vid ett alliansbrott.

Det framkommer relativt lite information om upplevelsen av terapeuten och hur terapeuten hanterat olika situationer, t ex eventuella konflikter.

Informanterna beskriver en upplevelse av sin terapeuts respekt, värme, öppenhet, djup eller trygghet som betydelsefull för deras möjlighet att berätta om eller uppleva, känna egna känslor.

En informant: *Hon (...) och det tror jag att jag sa till henne också: Jag måste känna att nån är på min sida!...så att jag kan klara av att göra det här (...) och sen var det en grej till som var jävligt viktig, som hon respekterade (...) jag kunde säga till henne vad jag behövde.*

En annan informant: *Det, det...är en oerhört viktig grej att han har tagit upp den djupa nivån också... att han kunde på ett djupt sätt.. eh... hantera sexualitet... och det tycker jag var bra och viktigt och det tror jag också på olika sätt .. eh.... har betytt mycket... jag tror att min mammas och min relation hade en sexuell överladdning som jag mådde jättedåligt av..*

En tredje: *Hon gav ju utrymme för mig, jag fick bestämma vad jag ville prata om. Så givande att gå hos henne.*

En fjärde om betydelsen av en ”fast kontakt” för att kunna känna sina känslor:
...så kände jag direkt då att den här fasta kontakten... ja...ja, den här psykologiska ... att jag fick tala om mig själv ochupplevde då vad jag kände..

En femte om sin terapeut: *Ja, det har känts bra, känts lätt att prata (...) fast nu, om jag skulle gå i analys igen... ..så skulle jag gå hos en kvinna... att jag inte fick bearbeta vissa saker.. så tror jag... att han var rädd för dom känslorna...hos mig... att han inte vågade hålla fast vid det...utan gled förbi mycket som var jobbigt.*

Den sjätte informanten menar att hans manlige terapeut inte kunde hjälpa honom med hur han skulle kunna utveckla en kärleksrelation till en kvinna och att detta hade att göra med denne informants relation till sin mor. Både patient och terapeut var överens om att det behövdes en kvinnlig terapeut för detta:
...så vi kom ju underfund med gemensamt att jag borde gå hos en kvinna för att röra vid dom grejerna.

8 Diskussion

8.1 Metoddiskussion

Avsikten med denna studie var att undersöka begreppet acceptans.

En fördel med att välja intervjuer som någon annan har gjort utifrån en lågt strukturerad intervjuguide designad att mäta förändringar efter psykoterapi (CHAP) (Sandell et al., 2005) är att risken för att intervjuaren utifrån en egen förförståelse om acceptans och förändring styr informanten till att tala om

acceptans i någon form bör vara mycket låg. Genom den lågt strukturerade men fokuserade intervjun fanns en möjlighet att få informanternas beskrivning av egna erfarenheter som tolkats som viktiga. Det faktum att intervjuerna var legitimerade psykoterapeuter samt tränade i CHAP bör ha borgat för en vana vid att inte styra informanterna i svaren. Intervjuerna var inspelade på kassetband och ljudkvaliteten var huvudsakligen god utom i ett fall då ljudet var lågt och inspelningen stördes av missljud troligen orsakade av att informanten rör sig i närheten av mikrofonen. Tillförlitligheten till att materialet har kunnat transkriberas så att de stämmer överens med berättelserna bedöms som god.

Urvalet av informanter innebär att det är informanter som har tackat ja till att intervjuas och att de alla uttrycker en nöjdhet med sin psykoterapi. Om urvalet av informanter även hade innehållit informanter som hade varit missnöjda med sin psykoterapi hade kanske resultatet blivit annorlunda. Vid ett missnöje kan tänkas att beskrivning av upplevelse av förändring efter psykoterapi skulle kunna vara en upplevelse av att inte ha förändrats i önskad utsträckning. En jämförelse mellan nöjda och missnöjda kunde ha varit intressant för att se eventuella skillnader i förhållandet mellan acceptans och förändring mellan dessa två grupper och på så vis få fler perspektiv för att kunna jämföra acceptans i relation till förändring. Falkenström et al. (2007) beskriver just detta att personer som har god erfarenhet av sin behandling är mer benägna att delta i uppföljande studier än patienter som inte har den erfarenheten.

I kvalitativ forskningsmetod ska forskaren visa en god validitet. Enligt Lange-mar (2008) hör begreppet reliabilitet mer samman med kvantitativ metod där det står för tillförlitlighet i mätningar, något som inte sker i kvalitativ metod. Därmed kan man inte tala om reliabilitet i kvalitativa forskningssammanhang. En undersöknings vetenskapliga värde är detsamma som validiteten i en studie och med det avses i kvalitativ metod sådant som kvalitet, trovärdighet och meningsfullhet. Det innebär att i en intervju är det viktigt att få uttömmande, varierad och nyanserad information av god kvalitet om mångfacetterade och subjektiva ämnen. Studien skall ha en förankring i data.

I denna studie har använts redan inspelade intervjuer och CHAP (Sandell et al., 2005) är designad att undersöka förändring efter psykoterapi, vilket kan anses passa även syftet med denna studie väl, vilken undersöker just förändring - med fokus på betydelsen av acceptans för förändring, i och efter psykoterapeutisk behandling. Ett problem för trovärdigheten är subjektiviteten vid analys av materialet. Även om en närhet till data eftersträvas och citat används för att belysa respektive tema finns en risk för att bedömningar görs som inte skulle överensstämma med informantens. En risk för förenkling finns också då psykiska skeenden är komplexa och en informant kan ha gjort andra eller fler uppgivanden än vad som här kunnat uttolkas. Flera bedömare som sinsemellan visade en samstämmighet hade ökat trovärdigheten men det har inte varit möjligt i denna studie. Att studien utgår från informanternas egen beskrivning

av sin förändring och att intervjuerna inte analyseras enligt CHAP-metoden för en mer objektiv bedömning av förändring är en begränsning i studien.

8.2 Resultatdiskussion

Resultatet visar att acceptans förekommer i högre grad hos de informanter som dels skattar sin egen förändring som hög, dels kan konkretisera sin berättelse om förändring med konkreta exempel. Ur materialet samt psykodynamisk teori gemensamt har framträtt ett antal teman: a) Acceptans av flera aspekter av själv, b) Acceptans av egen begränsning, c) Acceptans av ansvar och agens, d) Acceptans av olikhet, e) Terapeutens acceptans av patienten.

Utgångspunkten var Safran och Murans (2000) beskrivning av acceptans som hjärtat i förändring. De har dock flera beskrivningar om vad som är ”hjärtat i” eller ”essensen av” förändring. Arbetet med att reparera alliansbrott mellan patient och terapeut är ett exempel. Mindfulness är en viktig del i reparationen av alliansbrott, enligt dem. Detta fokus på allians stöds av forskning som lyfter fram allians som en viktig common factor (Philips och Holmqvist, 2008; Norcross och Wampold, 2011a; Tschacher et al., 2014). Patientens tro på behandlingen är ytterligare något som Safran och Muran säger vara grundläggande för förändring. Är detta ytterligare faktorer som bidrar till förändring eller är acceptans en underliggande mekanism och en faktor i ”reparation av alliansbrott” respektive i ”tron på behandling”? Med underliggande skulle då menas att acceptans är en förutsättning för förändring, även om inte all förändring kan kallas för acceptans samt att det finns fler faktorer som bidrar till förändring på olika nivåer.

Acceptans – en underliggande mekanism?

Utifrån resultaten ter sig begreppet acceptans som något som kan beskrivas som en underliggande mekanism i förändringsprocessen. Med det menas då att acceptans skulle vara en grundförutsättning för förändring även om förändring sedan kan ske på olika nivåer och innebära mer än enbart acceptans av t ex en känsla eller av olikhet osv.

När det gäller temat *Acceptans av flera aspekter av själv* kan acceptans av känslor ses som förutsättningen för att affektmedvetenhet och senare, affekt-tolerans, skall kunna utvecklas. Falkenström et al., 2014 beskriver att för att kunna mäta affektmedvetenhet är graden av acceptans central. Flera citat visade på ökad affektmedvetenhet, affekt-tolerans/ fördjupad tillgång till affekt:

En informant: *Det var inte bara att gräva i det förflutna och liksom älta sorgerna, utan det var att hitta glädjen (...) Jag är ju inte bara sorg...jag är ju det andra också och jag hade inte tillgång till det (...) tror jag är det viktigaste som jag hittat i min terapi*

En annan informant: *Under ett av de här samtalen (...) som jag verkligen kände en oerhört stark sorg över att det hade hänt (...) jag hade hela tiden sagt till kompisar att jag var ett lyckligt skilsmässobarn. (...) ja, det enda ord jag kommer på är självbedrägeri*

En tredje informant om fördjupad tillgång till sexuella känslor: *Det hade jag inte heller innan jag började terapinDet är nånting som jag efteråt har kunnat ha...det betyder väldigt mycket alltså.... Det, det....är en oerhört viktig grej att han har tagit upp den djupa nivån också...*

I temat *Acceptans av egen begränsning* visar även här intervjumaterialet på acceptans som en underliggande faktor till förändring. En informant skulle "räcka till känslomässigt åt andra hela tiden" – när hon accepterade sina egna behov och satte en gräns beskriver hon att hon blev frisk: *"Ja, så flyttade jag därifrån. Och kände liksom att wow – nej – jag har nog ett liv. Och plötsligt så började jag bli frisk dessutom."* En annan informant beskrev hur hon vågade börja släppa efter och känna svaghet och att det var en vändpunkt i terapin.

Under temat *Acceptans av olikhet* återfinns ett exempel där en informant beskriver en position av öppenhet, som kan tolkas som en attityd av acceptans, och som bidrar till förändring. Informanten beskriver hur han är när han mår bra: *"Joo, det är det väl, självförtroende, en känsla och...en utstrålning och ett sätt att vara som är öppet..."* Den öppna attityden innebär att informanten har givit upp en tidigare inre hållning/fantasi/föreställning eller upplevelse av att bli sviken, "alla sviker", vilket är den egna inre verkligheten. Informanten förstår med sin öppna attityd möta en yttre verklighet som kan vara annorlunda - eller till delar påminna om - hans egen inre verklighet och tidigare erfarenhet. Han kan mentalisera om sina egna känslor.

Informantens beskrivning kan jämföras med det Bolling (1995) säger om radikal acceptans som det förutsättningslösa mötet med erfarenhet, villighet att uppfatta saker som de är, en samtidig erfarenhet av både själv och andra i direkt relation. Enligt Safran och Muran (2000) är acceptans en viktig del i mindfulness och enligt Falkenström et al. (2014) krävs troligen en viss grad av mindfulness för mentalisering då mentala tillstånd behöver uppmärksammas för att alls integreras. Enligt Fonagy och Target (1969) uppstår mentalisering ur en integrering av tidigare utvecklingstillstånd som psykisk ekvivalens och låtsasläge. Även här ter sig begreppet acceptans som en viktig underliggande mekanism som möjliggör vidare förändring.

I temat *Acceptans av ansvar och agens* synes uppgivande av offerroll och acceptans av skuld-känslor för egna önsningar och behov gå hand i hand.

En informant beskrev hur hon förhöll sig "väldigt passiv till saker och lät saker och ting hända runt omkring" men att hon "Tack vare terapin, tog eget ansvar." En annan informant beskrev relationen till sin mamma och det egna behovet av en gräns till mamman samtidigt som informanten också har en flexibilitet och förståelse för mammans egen situation.

Utveckling av vilja och agens kräver att man tar ansvar för sin vilja och agens, dvs att man accepterar den skuld som den egna viljan producerar (Rank, 1945, refererad i Safran och Muran, 2000). Även här tycks acceptans vara en underliggande förutsättning för att förändring ska ske.

När det gäller temat *Terapeutens acceptans av patienten* ger flera informanter exempel på att deras terapeut har stått på deras sida, att de givit utrymme för informanten att själv bestämma vad man ville prata om, att det funnits ett djup och utrymme för sådant man vanligtvis inte talar om osv. En informant beskriver att, efter en brist på förståelse från terapeuten, hade de ett bra samtal och att hennes terapeut då försökte styra: *..hon försökte styra lite mera här, det med känslorna och så...för jag hade ganska svårt att prata om det.* Detta säger inget egentligen om reaktans/motstånd hos informanterna (Norcross och Wampold, 2011b), men skulle kunna tyda på att terapeuterna haft en förmåga att anpassa sig till sin informants behov av styrande eller icke-styrande terapeut.

Att inte lägga ansvaret hos patienten för motståndet utan se det som en reaktans på den psykoteraeutiska kontexten och samspelet kräver en förmåga till acceptans på djupet hos terapeuten (Beutler et al., 2011). Terapeuten behöver dels förmå acceptera sitt eget bidrag till relationen med patienten, dels kunna acceptera patientens svårigheter att respondera positivt på terapeutiska procedurer (Beutler et al., 2011; Safran och Muran, 2000). Benjamin (2004) beskriver att det är terapeutens ansvar att i en komplementär relation, när patient och terapeut hamnat i ett dödläge, hjälpa patienten och processen vidare. Enligt Winnicott (1969) hänger patientens förmåga att använda sig av terapeuten samman med förmågan till kreativ lek. Winnicott (1971/2003) menar att om inte patienten kan leka, är det terapeutens första uppgift att hjälpa patienten med det.

Även här ter sig acceptans som en viktig underliggande mekanism för att terapeuten skall kunna föra processen vidare vid dödlägen och på så sätt hjälpa sin patient till förändring i den psykoteraeutiska processen. Acceptans kan därmed ses som grundläggande för arbetet med att reparera alliansbrott. För att det skall vara möjligt måste terapeuten ha accepterat sitt eget bidrag till alliansbrottet och på djupet, sin patient och dennes material (Safran och Muran, 2000). Terapeuten har sedan ett ansvar för att hjälpa patienten och sig själv tillbaka till ett intersubjektivt möte där båda kan acceptera att vara i ett gemensamt flöde, varande, och sedan växla och betrakta det (Benjamin, 2004).

Fördelar med att beskriva förändringsprocess utifrån acceptans?

Safran och Muran (2000) menar att acceptans är grunden till förändring. Finns det någon fördel med att beskriva förändringsprocess och effekt av terapi med acceptans som common factor?

En fråga som kanske först måste ställas är: Vad är det för förändring som önskas? Och vilka är då utfallskriterierna? Är det symtomförändring som önskas? Adaptiv anpassning? Eller är det ideala målet ”förmåga till självanalys” efter avslutad psykoanalys eller psykoteraeut (Falkenström et al., 2007)?

Ytterligare ett annat utfallskriterium är strukturella förändringar. Efter ett terapeutiskt arbete skulle då patientens försvarsstruktur och mentala utrymme se

genuint annorlunda ut. Patienten skulle ha tillgång till ett mentalt utrymme, vilket kan regleras via intrapsykiska processer på ett sådant sätt att individen kan etablera och bevara interpersonella relationer på ett tillfredsställande sätt. Det berör förmåga att särskilja relation till själv och relation till objekt (OPD Task Force, 2008).

Kan de teman av acceptans som framträtt i analysen av materialet ge en finger-visning om strukturella förändringar? Begreppet acceptans är tolkat inom ramen för relationell teori, vilket då blir vad som färgar hur strukturella förändringar uppfattas, genom de definierade temana.

Temat *Acceptans av flera aspekter av själv* visar på beskrivningar från informanter som kan tolkas som att de förmått utöka och på så sätt förändra bilder av själv och därmed skapat ett större mentalt utrymme. Exempelen handlar om förmåga att uppleva känslor av glädje, sorg samt sexuella känslor och fantasier.

Temat *Acceptans av egen begränsning* visar exempel på hur informanter bearbetat stränga överjagsnormer, t ex ”plikt att räcka till för andras behov” i förhållande till egna behov och bilder av själv/ inre objekt. Detta har i sin tur påverkat relationer till signifikanta andra i positiv riktning. Den i relationell teori beskrivna konflikten mellan *agens versus att relatera* (Safran och Muran, 2000) hör samman med detta tema och sätter fingret på en strukturell förmåga att hantera egna behov av självständighet och agens i förhållande till behovet att stå i relation till viktiga andra som kan kräva ett övermått av engagemang. Även temat agens och ansvar handlar om detta. Det innefattar vilja och därmed en förmåga att bära skuld och ansvar. (Rank, 1945, refererad i Safran och Muran, 2000)

I temat *Acceptans av olikhet* visas exempel på hur informanter förmått (eller inte förmått) hantera yttre och inre erfarenheter. Fonagy och Target (1996) beskriver att för att kunna skilja mellan det inre och det yttre och för att kunna mentalisera egna och andras känslor krävs en integrering av de två utvecklingsstadierna psykisk ekvivalens och låtsasläge. Först då kan individen acceptera en skillnad mellan den egna inre världen och den yttre världen.

Ett annat sätt att beskriva detta som är mer i den relationella teorins riktning är förmågan till intersubjektivitet, att ta in (acceptera) den andras synpunkter och tillsammans skapa något nytt, att det finns en gemensam mental plats för ömsesidig eftertanke (Holmqvist, 2007). Mesterton (2005) beskriver det som förmågan att erkänna olikhet, ”otherness”.

Sammanfattningsvis visar resultatet på att all förändring inte är och inte kan beskrivas i termer av acceptans men det tyder på att acceptans kan ses som en common factor, en viktig underliggande mekanism som bidrar till förändring. Det pekar också i riktning mot att studiet av acceptans kan bidra till att studera strukturell förändring efter psykoterapi.

8.3 Förslag till fortsatt forskning

Omfånget på denna studie är en tydlig begränsning och en studie med flera bedömare skulle ge en bättre validitet. Det vore intressant att undersöka vilken betydelse acceptans har som common factor vid olika typer av svårigheter eller svårighetsgrader av psykiska störningar och studier av hur terapeuten aktivt kan underlätta acceptans hos sin patient. Det vore också intressant med fler studier om acceptans för att undersöka om det är ett bra sätt att mäta strukturella förändringar.

Referensförteckning

- Benjamin, J. (2004). Beyond Doer and Done to: An Intersubjective View of Thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 75, 5-46. Hämtad från databasen: PEP- Psychoanalytic Electronic Publishing.
- Beutler, L.E., Harwood, T.M., Michelson, A., Song, X. & Holman, J. (2011). Resistance/Reactance Level. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 67, 2, 133-142. Doi:10.1002/jclp.20753
- Bolling, M. (1995). Acceptance and Dasein, *The Humanistic Psychologist*, 23, 213-226. Hämtad från databasen: ESH Discovery.
- Falkenström, F., Grant, J., Broberg, J. & Sandell, R. (2007). Self-analysis and post-termination improvement after psychoanalysis and long-term psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc.*, 55, 2, 629-74.
- Falkenström, F., Solbakken, O. A., Möller, S., Lech, B. Sandell, R. & Holmqvist, R. (2014). Reflective functioning, affect consciousness, and mindfulness: Are These different functions? *Psychoanalytic Psychology*, 31, 1, 26-40. doi: 10.1037/a0034049
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 2, 217-33. Hämtad från databasen: PEP- Psychoanalytic Electronic Publishing.
- Holmqvist, R. (2007). *Relationella perspektiv på psykoterapi*. Stockholm: Liber.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi - att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.
- Mesterton, A. (2005). Sexualteori i förändring – om Jessica Benjamin. I R. Sandell (Red.). *Sexualiteter*, 35-47. Stockholm: Svenska psykoanalytiska föreningens skriftserie, Nr 8.
- Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2011a). Evidence-Based therapy Relationships: research Conclusions and Clinical Practices. *Psychotherapy*. 48, 1, 98-102. doi: 10.1037/a0022161
- Norcross J.C. & Wampold, B.E. (2011b). What works for whom: tailoring Psychotherapy to the Person. *Journal of Clinical Psychology*. 67, 2, 127-132. doi: 10.1002/jclp.20764
- OPD Task Force (Eds.), (2008). *Operationalized Psychodynamic diagnosis OPD-2 Manual of diagnosis and treatment Planning*, Cambridge (USA): Hogrefe.
- Philips, B., & Holmqvist, R. (red.), (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?*, Stockholm: Liber.

- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance, A Relational Treatment Guide*, New York, London: The Guilford Press.
- 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 Psycho-Analysis*, 81, 5, 921-942. Hämtad från databasen: PEP-Psychoanalytic Electronic Publishing.
- Sandell,R., Grebo,U., Härdelin, S. & Lauthers, B. (2005). En metod att bedöma förändringar efter psykoterapi: CHAP. *Psykoterapi: Forskning och utveckling, nr 28*. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för psykoterapi. Från: <http://www.slso.sll.se/upload/Psykoterapiinstitutet/Rapport%2028.pdf>
- SFS 2003:460 *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 2015 04 23 från: <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20030460.HTM>
- Tschacher, W., Junghan, U.M. & Pfammatter, M. (2014). Towards a Taxonomy of Common Factors in Psychotherapy - Results from an Expert Survey, *Clin. Psychol. Psychother.* 21, 82-96, Doi: 10.1002/ccp.1822
- Vetenskapsrådet (2011). *God forskningssed*. Vetenskapsrådets rapportserie 1:2011. Hämtad från: <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>
- Winnicott, D. W. (1960). Förvrängningar av jaget i förhållande till det sanna och det falska självet. I: A. Jemstedt (Red.) *Den skapande impulsen*, 321-334. Stockholm: Natur och Kultur.
- Winnicott, D. W. (1969). The Use of an Object. *International Journal of Psycho-analysis*, 50, 711-716. Hämtad från databasen: PEP – Psychoanalytic Electronic Publishing.
- Winnicott, D. W. (2003). *Lek och verklighet*. Stockholm: Natur och Kultur. (Originalarbete publicerat 1971)

Bilaga 1 CHAP-intervju

Intervjuaren skall ha i sitt huvud ett antal förutbestämda frågor. De kan ställas i vilken ordning som helst, beroende på hur intervjun utvecklas – och de behöver inte ställas alls om patienten svarar på dem utan att man frågat. Intervjuaren kan börja intervjun med en allmän beskrivning av dess syfte:

”Jag är intresserad av hur du tycker att din terapi var, hur du ser på den nu efteråt, vilken nytta du tycker att du haft av den och vad som kanske inte var så bra med den. Hur ditt liv har förändrats sedan du började i terapin och om och hur du själv har förändrats. Vilken nytta du har haft av din terapi – och motsatsen. Vilka förväntningar du hade och hur de uppfylldes och vilka oväntade vinster eller förluster du uppfattar att din terapi medförde.”

Denna ganska omständliga inledning har till syfte att informera patienten om vad intervjuaren skall försöka ta reda på och att styra in patienten mot det slags information som intervjuaren vill ha. Vanligtvis brukar patienter som är vana vid en psykoanalytiskt orienterad terapi känna igen sig i situationen och ta över initiativet och sedan fortsätta på egen hand. En del kan fråga ”Var skall jag börja?” eller någonting liknande. Intervjuaren svarar då ”Var du vill” och noterar hur patienten reagerar och går vidare.

När intervjuaren uppfattar att han kan besvara ovanstående frågor å patientens vägnar, dvs redovisa patientens upplevelse i de här avseendena, är intervjun klar. Om inte, kan intervjuaren ställa preciserande frågor:

- Hur har patientens liv och sätt att leva förändrats under och efter terapin?
- Hur upplever patienten att hon själv har förändrats?
- Hur uppfattar hon/han att andra (partner, barn, föräldrar, vänner, arbetskamrater) upplever att hon har förändrats?
- Hur upplever hon att terapin har påverkat hennes liv, vilken nytta och vilket utbyte hon haft av den och vilka nackdelar och förluster?
- Vad hoppades hon innan få ut av terapin och i vilken mån har dessa förhoppningar uppfyllts?
- Vilka oväntade konsekvenser, bra eller dåliga, har terapin medfört?
- Hur ser hon nu på och känner inför de problem och besvär hon sökte terapi för och hur har dessa problem lösts eller vad återstår att lösa?
- Enligt hennes uppfattning vad var det i terapin som särskilt bidrog till förändringarna (eller förhindrade viktiga förändringar)?
- Vad har hon för tankar om och känslor för terapeuten, som person och som yrkesperson?
- Vilka betydelsefulla händelser har inträffat i hennes liv efter terapin, särskilt händelser som hon upplever har bidragit till att förändra henne?

Ovanstående är ett citat hämtat ur *En metod att bedöma förändringar efter psykoterapi: CHAP*, Sandell et al. (2005), s. 5-7.