PSYKOTERAPI

2026

samrådsforum.se

psykoterapistiftelsen.se

PsykoterapiStiftelsen
2026-10-01

Sättning Magnus Bjurhammar

Innehåll

PSYKOTERAPI 2026 1
Psykoterapi är effektiv behandling 2
Legitimerade psykoterapeuter 4
Utbildningar med examensrätt 6
Felbehandling 8
PsykoterapiStiftelsen 9
PsykoterapiMässan 10
Samrådsforum för psykoterapi 11
Samrådsforums intresseföreningar 12
Existentiell psykoterapi 15
Familjeterapi – en systemisk terapiform 21
Gruppsykoterapi 28
Kognitiv beteendeterapi 34
Hypnospsykoterapi 44
Psykoanalys 52
Psykodynamisk psykoterapi 60
Relationell psykoterapi 66
Visualiserande psykoterapi/Symboldrama 70
Psykodrama 77

PSYKOTERAPI 2026

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

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

Varje förening är ansvarig för innehållet i sin egen text. Någon granskning och anpassning av innehållet för att komma fram till gemensamma ståndpunkter har inte gjorts vare sig av utomstående experter eller föreningarna. Det är alltså inte någon gemensam uppfattning om psykoterapiforskning och vetenskap som presenteras här utan den aktuella uppfattningen som råder inom respektive förening.

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

Denna skrift ges ut av PsykoterapiStiftelsen.

PsykoterapiStiftelsen

– stiftelsen för främjande av psykisk hälsa genom psykoterapi –

Psykoterapi är effektiv behandling

I den moderna psykoterapiforskningen har krav på vetenskaplig grund i behandlingsmetoden blivit allt viktigare. Forskning handlar idag mer om vilken terapi, för vilket problem, för vilken person och hur den ska ges för bästa effekt än om en allmän effekt.

Internationellt finns det god tillgång på stora meta-analyser (sammanställning av ett stort antal forskningsstudier) som visar effekten av psykoterapi mellan och inom olika inriktningar. I Sverige finns ett fortsatt stort behov av ökad tillgänglighet för alla som bedöms ha behov av psykoterapi. Detta skulle i sin tur medverka till en förbättrad utveckling av psykoterapimetoder och ett utökat forskningsunderlag.

Människor föredrar oftast hjälp genom samtal före annan slags behandling för psykiska problem. Psykologiskt stöd och psykoterapi lindrar även sjukdomsförlopp och underlättar läkningsprocesser vid kroppsliga sjukdomar.

Psykoterapi ger i jämförelser med psykofarmaka ofta lika bra eller bättre resultat, särskilt på längre sikt. Forskningsöversikter finns med i föreningarnas respektive presentationer och uppdateras vartefter på föreningarnas egna hemsidor (se Intresseföreningar).

Tillgänglighet och kostnad för psykoterapi

Psykoterapi kan erhållas genom den psykiatriska vården eller hos en privatpraktiserande psykoterapeut. Inom offentlig hälso- och sjukvård gäller specifika avtal inom respektive region. Enstaka regioner har avtal med privatpraktiserande psykoterapeuter. I övrigt överenskommer patient och psykoterapeut om kostnaden. Det är viktigt att psykoterapeuten är legitimerad av Socialstyrelsen eller har en grundläggande psykoterapiutbildning under handledning av legitimerad psykoterapeut. Tillgången till psykoterapi, administrativa rutiner och kostnader för patienter kan skilja sig betydligt mellan olika delar av landet.

Forskningresultat som visar att psykoterapi är en effektiv behandling redovisas i de olika föreningarnas presentationer. Ett par större studier redovisas här.

Referenser

Cuijpers P., Miquel C., Harrer M., Plessen C. Y., Ciharova M., Ebert D., & Karyotaki E. (2023). Cognitive behavior Therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry, 22* (1), 105-115.

Leichsenring F., Abbass A., Heim N., Keefe J. R., Kisely S., Luyten P., Rabung S., Steinert C. (2023). The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders – an umbrella review based on updated criteria. *World Psychiatry, 22* (2), 286 -304.

Marx A. *Älskade hatade Antidepp. En djupdykning i ett av vår tids mest mytomspunna läkemedel.* Modial, 2024.

Figur 1. Den evidensbaserade modellen, Socialstyrelsen 2025.

Legitimerade psykoterapeuter

Legitimation

År 1985 infördes legitimationen för psykoterapeuter. Det innebar att endast den som genomgått särskild godkänd utbildning och fått legitimation från Socialstyrelsen får kalla sig legitimerad psykoterapeut.

Detta steg markerade en tydlig professionalisering av yrket och en reglering av kompetenskrav. Kraven på handledning, egen terapi och praktisk tillämpning är höga. Legitimerade psykoterapeuter är skyldiga att teckna en patientförsäkring och verksamheten står under tillsyn av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

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

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

För att den teoretiska kunskapen ska kunna förankras och fördjupas i den kliniska tillämpningen krävs att man under utbildningens gång kan arbeta halvtid med psykoterapeutiska uppgifter.

Legitimerade psykoterapeuter har Sveriges kanske längsta utbildning.

Det finns för närvarande (2025) c:a 3 300 legitimerade psykoterapeuter i Sverige. Socialstyrelsen uppger att antalet utfärdade legitimationer håller sig på i stort sett på samma nivå mellan 2020–2024.

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

Hur får man examensrätt?

Utbildningsanordnare som önskar examensrätt ansöker om detta hos Universitetskanslerämbetet (UKÄ). Lärosätet beskriver den planerade utbildningen och ger det underlag som visar att kursplanen uppfyller kraven i högskolelagen, högskoleförordningen och examensordningen. UKÄ genomför en sakkunniggranskning. Eftersom utbildningen leder till legitimation inom hälso- och sjukvården sker en prövning i samverkan med Socialstyrelsen. Examensrätt innebär inte i sig rätt att utfärda legitimation. Utbildningsanordnaren utfärdar den examen som krävs för en legitimationsansökan.

Med psykoterapeutexamen kan man sedan hos Socialstyrelsen ansöka om legitimation som psykoterapeut.

Diplom, licensiering eller någon annan form av examensbevis från psykoterapiutbildningar ger inte rätt till legitimation. Utbildningen har då antingen inte godkänts för examensrätt eller inte ansökt om detta.

Vad är skillnaden mellan psykoterapeut, psykolog och psykiater

En legitimerad **psykoterapeut** har genomgått ovan beskriva utbildningen till psykoterapeut.

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

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

En **psykiater** är en legitimerad läkare som specialiserat sig inom psykiatri, vilket tar c:a fem år efter läkarlegitimationen. Psykiatern är specialist inom området psykiska sjukdomar och har rätt att skriva ut mediciner.

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

Utbildningar med examensrätt

Följande utbildningar har examensrätt (2025). Den som vill utbilda sig till psykoterapeut rekommenderas att i förväg ta reda på att utbildningen har examensrätt.

De inriktningar som erbjuds för närvarande är Individualpsykoterapi för vuxna PDT alternativt KBT, Psykoterapi PDT och KBT Integrativ profil, Psykodynamisk Affektfokuserad terapi, Psykodynamisk Relationell terapi, Familje- och systemorienterad psykoterapi samt Barn- och ungdomspsykoterapi. Inriktningarna alternerar på några av psykoterapeutprogrammen.

Ericastiftelsen

Stockholm, tfn 08-402 17 60
Hemsida: www.ericastiftelsen.se
Barn- och ungdomspsykoterapi

Göteborgs universitet

Göteborg, tfn 031-786 00 00
Hemsida: www.gu.se
Individualpsykoterapi för vuxna PDT, Individualpsykoterapi för vuxna KBT, Psykoterapi PDT och KBT (Integrativ profil), Familje- och systemorienterad psykoterapi

Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap

Kompetenscentrum för psykoterapi, Stockholm, tfn 08-123 391 05
Hemsida: www.ki.se
Kognitiv beteendeterapi

Linköpings universitet

Linköping, tfn 013-28 10 00
Hemsida: www.liu.se
Relationell psykoterapi, Kognitiv beteendeterapi

Lunds universitet, Institutionen för psykologi

Lund, tfn 046-222 36 40
Hemsida: www.lu.se
Psykodynamisk psykoterapi för vuxna respektive barn och ungdom, Kognitiv beteendeterapi för vuxna respektive barn och ungdom, samt Familjeterapi

Stockholms akademi för psykoterapiutbildning (SAPU)

Stockholm, tfn 08-642 10 24
Hemsida: www.sapu.se
Integrativ inriktning med affekt fokuserad psykodynamisk terapi, KBT samt Relationell psykoterapi

Stockholms universitet, Psykologiska inst. och Inst. för socialt arb.

Stockholm, tfn 08-16 20 00
Hemsida: www.su.se
Kognitiv beteendeterapi, Individualpsykoterapeutisk utbildning på psykodynamisk grund

Svenska institutet för kognitiv psykoterapi

Stockholm, tfn 08-690 52 60
Hemsida: www.cbti.se
Kognitiv beteendeterapi

Umeå universitet, Institutionen för klinisk vetenskap/Psykoterapi

Umeå, tfn 090-786 64 33
Hemsida: www.umu.se
Kognitiv och beteendeorienterad terapi, Psykodynamisk terapi, Barn- och ungdomspsykoterapi samt Familjeterapi

Uppsala universitet, Institutionen för psykologi

Uppsala, tfn 018-471 21 29
Hemsida: www.psyk.uu.se
Kognitiv beteendeterapi

Felbehandling

Det händer emellanåt att patienten/klienten upplever svårigheter i psykoterapin. Det viktigaste och primära är att försöka reda ut situationen med sin psykoterapeut.

Om detta inte går eller missförhållandena är allvarligare kan man vända sig till någon av nedanstående instanser.

- **Patientnämnden** som är en opartisk och kostnadsfri förvaltning dit man kan framföra klagomål eller synpunkter på hälso- och sjukvården. Den finns i varje region. Utifrån inkomna synpunkter och klagomål ska förvaltningen hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården.
- Till **IVO** (inspektionen för vård och omsorg) görs en formell anmälan vid allvarliga brister, missförhållanden eller en allvarlig vårdskada. IVO efterfrågar alltid om man vänt sig till verksamheten först för att framföra sitt klagomål. www.ivo.se

Det är endast IVO, Justitieombudsmannen (JO) och Justitiekanslern (JK) som är behöriga att göra anmälan till **HSAN**. HSAN är en statlig domstolsliknande verksamhet, som ansvarar för att bedöma frågor om legitimation, förskrivningsrätt och prövotid, ofta efter anmälan från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). För en legitimerad psykoterapeut kan det innebära en inskränkning av legitimationen i form av att en prövotid åläggs eller att legitimationen återkallas.

Ytterligare information finns på 1177.se

Det finns även etiska regler för psykoterapeuter, psykologer, socionomer, läkare m.fl. yrkesutövare antagna av deras fackförbund och yrkesföreningar. Om man har etiska frågor eller har frågor om hur psykoterapin går till kan man alltså vända sig till terapeutens fackförbund eller till förening för den aktuella terapiinriktningen. Om terapeuten är medlem i ett yrkesförbund eller en förening med ett etiskt råd kan man begära en etisk prövning. www.samradsforum.se/intresseforeningar.htm

Patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:679 syftar till att skydda patienter mot vårdskador. Den innebär att alla vårdgivare måste bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Psykoterapi Stiftelsen

– stiftelsen för främjande av psykisk hälsa genom psykoterapi –

PsykoterapiStiftelsen

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

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

Inom ramen för detta ändamål skall stiftelsen

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

Stöd stiftelsens viktiga arbete för dem som behöver psykoterapi

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

PsykoterapiStiftelsen organiserar informationstillfällen för professionen och allmänheten, arrangerar PsykoterapiMässan, är sammankallande för Samrådsforum och producerar denna informationsskrift.

Plusgiro 101 44 34-3 www.psykoterapistiftelsen.se

PSYKOTERAPIMÄSSAN

PsykoterapiMässan

PsykoterapiMässan är en kvalitetsmässa

PsykoterapiMässan har anordnats sedan år 2000. Utställare är legitimerade psykoterapeuter, deras organisationer, arbetsplatser och institutioner. Särskilt inbjudna är patientföreningar, bokförlag, media, politiker, forskare samt myndigheter och organisationer som berör psykisk hälsa, psykoterapi och psykologiskt samtalsstöd.

Professionen tillhandahåller föreläsningar och seminarier om forskning, teori och erfarenheter inom de senaste psykoterapimetoderna. Panelsamtal hålls om viktiga aktuella frågor. Kvällsaktiviteter arrangeras, t.ex. filmvisning med diskussion och/eller mingel och konstnärliga möten i bild, dans och musik.

PsykoterapiMässan vänder sig till

- politiker, sjukvårdstjänstemän och anställda inom vård, rehabilitering och folkhälsoarbete – som både behöver och efterfrågar information för att kunna fatta välgrundade beslut om tillgången till psykoterapi.
- media för att sprida infomation om det senaste inom psykoterapiområdet.
- yrkesverksamma i till psykoterapi angränsande områden – sjukvård, social vård, barnomsorg, försäkringskassor, lärare, personal verksamma inom näringsliv och organisationer m.fl.
- psykoterapeuter – föreläsningar och workshops för att mötas, få inblick i och dialog mellan olika inriktningar, men också fortbildning inom den egna inriktningen. Presentation och diskussion av forskningsresultat, metoder och utvecklingsprojekt.

PsykoterapiMässan idag

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

www.psykoterapimassan.se

SAMRÅDS | FORUM

Samrådsforum för psykoterapi

Samrådsforum är en sammanslutning av föreningar med legitimerade psykoterapeuter.

Samrådsforum, som startade 1993, arbetar för bästa kvalitet inom psykoterapi och psykoterapeututbildning samt för att psykoterapi ska vara tillgänglig på rimliga ekonomiska och administrativa villkor för dem som behöver psykoterapi. Detta skiljer sig från fackförbundens överordnade mål som är att arbeta för medlemmarnas yrkesintressen, löner och arbetsvillkor. Psykoterapeuter är organiserade i fackförbund som Akademikerförbundet SSR Psykoterapeutförening samt för flertalet legitimerade psykologer/legitimerade psykoterapeuter i Sveriges Psykologförbund.

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

När departement, riksdag, Socialstyrelsen eller andra institutioner efterfrågar psykoterapeutisk expertis och på ett samlat sätt vill inhämta psykoterapeuters erfarenheter och synpunkter är Samrådsforum rätt instans.

Samrådsforum har överläggningar om aktuella psykoterapifrågor 1–3 gånger/halvår.

Samrådsforums föreningar organiserar tillsammans fler legitimerade psykoterapeuter än någon annan organisation och har sammanlagt c:a 2 500 legitimerade psykoterapeuter som medlemmar, av vilka ett antal också kan erbjuda psykoterapi på andra språk.

PsykoterapiStiftelsen är sammankallande i Samrådsforum.

www.samrådsforum.se

epost: info@psykoterapistiftelsen.se

Samrådsforums intresseföreningar

PsykoterapiStiftelsen

E-post: info@psykoterapistiftelsen.se

www.psykoterapistiftelsen.se

Psykoterapicentrum

E-post: info@psykoterapicentrum.se

www.psykoterapicentrum.se

Svenska föreningen för familjeterapi (sfft)

E-post: info@sfft.se

www.sfft.se

Svenska föreningen för gruppsykoterapi och grupputveckling

www.gruppterapi.org

Svenska föreningen för klinisk hypnos (SFKH)

E-post: kansli@hypnosforeningen

www.hypnosforeningen.se

Svenska föreningen för kognitiva och beteendeinriktade terapier (sfKBT)

E-post: info@sfkbt.se

www.sfkbt.se

Svenska föreningen för relationell psykoterapi (sfrp)

E-post: ordforande@sfrp.se

www.sfrp.se

Svenska föreningen för Visualiserande Psykoterapi/Symboldrama

E-post; kansli@symboldrama.se

www.symboldrama.se

Svenska psykoanalytiska föreningen (Spaf)

E-post: info@psykoanalys.se

www.psykoanalys.se

Sällskapet för existentiell psykoterapi (SEPT)

E-post: styrelse@sept.se

www.sept.se

Associerad medlem

Stiftelsen Institutet för Social Utveckling (SISU)

E-post: info@svenskamorenoinstitutet.se

svenskamorenoinstitutet.se/arrangor/stiftelsen-institutet-for-social-utveckling/

Adjungerad facklig förening

Akademikerförbundet SSR Psykoterapeutföreningen

E-post: psykoterapeutforeningen@akademssr.se

PSYKOTERAPI
2026
INTRESSEFÖRENINGAR

Existentiell psykoterapi

Vad är existentiell psykoterapi?

Existentiell psykoterapi är en form av humanistisk psykoterapi vilken är paraplytermen för några terapiformer som är tämligen vanliga runt om i världen. En stor internationell studie där 5000 terapeuter tillfrågades om sitt sätt att bedriva psykoterapi visade att över 30 % hade någon form av humanistisk psykoterapi som en grundform för sitt arbete (Orlinsky & Rönnestad, 2005). En stor andel av terapeuterna uppgav även att de hade humanistiska perspektiv som främsta inspirationskälla vid sidan om sitt arbete. I Europa finns humanistiska psykoterapiformer i någon form företrädda i samtliga länder som godkända terapiformer där de vanligaste formerna var 2001 gestaltterapi, existentiell terapi samt klientcentrerad terapi (Zerbetto & Tantam, 2001).

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

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

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

Vad är existentiell psykoterapi bra för?

Existentiell psykoterapi är särskilt användbart i situationer som klienten kan definiera som en livskris, där det vanda sättet att leva har kollapsat eller ställts på ända genom någon yttre händelse, som till exempel förlust, skada eller skilsmässa, eller genom ett förändrat förhållande till sig själv i form av ålder, förändrade värderingar eller insikter. Uttrycken för en sådan krisartad situation kan skifta, men visar sig ofta i vad som kallats depression, upplevelse av meningslöshet och tomhet, brist på glädje och livslust. I forskning har goda resultat särskilt visats av existentiell terapi för deprimerade och traumatiserade klienter samt vid somato-psykiska problem samt vid äktenskaps- och relationsproblem. Kort sagt – i alla lägen då man behöver ompröva sin livssituation är den existentiella terapin ett möjligt redskap för att återfå livslust, mening och riktning i tillvaron. Utprovade modeller för existentiellt arbete med 'svårare problem' finns också (se t ex Lander och Nahon, 2005) och somatisk problematik (Vos, 2018).

För vem är existentiell psykoterapi bra?

Den existentiella psykoterapin passar bra för den klient som är öppen för att se sambandet mellan hur man mår och hur man lever och som kan se behovet av att förändra sitt levnadssätt och sin livsinställning för att må bra. Terapin passar även för den som önskar lära sig att leva bättre för att nå ökad hållbarhet och återhämtningsförmåga. Terapiformen är grundad i existensfilosofi och i existentiell psykologi och samtalet kretsar runt klientens vardag och hennes livsarrangemang och utforskar den unika livsform som hon eller han är skapare av.

Hur går det till?

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

Stor vikt läggs vid att skapa en förtrolig relation mellan klient och terapeut och terapeuten strävar att förena en professionell och personlig (om än inte privat) hållning som skall mana fram och tåla uppriktighet, mod och beslutsamhet i klientens nya livshållning. Existentiell terapi är normalt sett inte utsträckt över år eftersom terapin ofta startas i och med att klienten befinner sig i ett akut krisartat livsläge och terapin drar nytta av den motivation och den kraft detta rymmer. Existentiell terapi sker normalt som individualterapi – med unga och vuxna i alla åldrar – men kan även ske som gruppterapi eller som parterapi där nära relationer granskas och bearbetas. Hur existentiell terapi kan gå till finner man beskrivet t ex Det existentiella samtalet (van Deurzen, 1998), Vardagens mysterier (van Deurzen, 2003), samt i antologierna Bara detta liv: Texter i existentiell psykologi och psykoterapi (Stiwne, 2008), Ompröva livet (Stiwne, 2009), och Existens och psykisk hälsa : om hur liv och levnad förhåller sig till hälsa och ohälsa (Stiwne, 2018).

Var kan man få existentiell psykoterapi och vad kostar det?

Existentiell psykoterapi har under ett par decennier byggts upp i Sverige och förekommer i storstäder och via videolänk. Idag (2024) beräknas finnas ca 30 legitimerade existentiella psykologer och psykoterapeuter varav de flesta hittas på SEPT:s hemsida (https://sept.nu/) och kan nås där. Ytterligare många personer med existentiell grund- eller fortbildning är verksamma i sin profession med existentiella frågor

eller med existentiell vägledning, där flera av dessa kan även nås via SEPT. Kostnaden diskuteras med den enskilde behandlaren.

Forskning och vetenskapliga resultat

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

Länge fanns det få studier om grundforskning och forskning som specifikt fokuserade på existentiella psykoterapier, men de senaste två decennierna har det skett en markant ökning av intresset för vetenskapliga belägg och publiceringstakten av vetenskapliga studier har ökat. Nedan följer en kort sammanfattning av forskningsutvecklingen, där läsaren hänvisas till referenslistan för vidare fördjupning. Effekter av humanistiska psykoterapier generellt, och vad som skapar dessa effekter, beskrevs i flera tidiga översikter (Elliott, 2001; Sachse & Elliott, 2001; Greenberg & Lietaer, 2004; Elliott, 2007; Stiwne, 2008). Regelmässigt har det visat sig att humanistiska terapier är jämförbara med andra terapiformer då dessa jämförts i metaanalys (Cuijpers, van Straten, Andersson & van Oppen, 2008). Den största metaanalysen hittills om existentiell terapi, som inkluderade 26 randomiserade, kontrollerade studier om meningscentrerade terapier för individer med respektive utan kronisk somatisk sjukdom, visade stora effekter på ökad livskvalitet och minskad psykologisk stress, där ökningar i upplevelsen av mening i livet predicerade minskad stress (Vos och Vitali, 2018). En nyligen genomförd systematisk översikt med fokus på individer med depression – utan kronisk somatisk sjukdom – visade att existentiell terapi hade bättre effekter på minskad depression och ångest samt ökad mening i livet, jämfört med väntelista, och även bättre effekt jämfört med psykoedukation respektive kognitiv-beteende terapi (Marco m. fl. 2023).

Grundforskning inom existentiell psykologi blev tidigt väl sammanfattad av Greenberg, Koole & Pyszczynski, (2004). Här sammanfattades en omfattande forskning rörande människans konfrontation med existentiella verkligheter såsom döden, kroppens behov och förändringar, åldrandets konsekvenser, risktagande, meningsskapande, religionens roll, förhållandet till andra människor, frihet, vilja och möjligheten av autentiskt resp. alienerat leverne. I en uppdatering av läget när det gäller grundforskning har Steger (2022) genomfört en tematisk översikt över komponenter i effektiva existentiella terapier som ingick i ovannämnda metaanalys (Vos och Vitali, 2018) samt 31 nya studier som inte ingick i metaanalysen. Steger (2022) identifierar åtta nyckelområden som effektiva meningscentrerade existentiella terapier fokuserar på: reflektion och meningsskapande, medvetenhet om existensens flöde, integrering och orientering i tiden, livsnarrativ, syftebaserat leverne, det autentiska självet, coping och egenvård, samt hälsosamt relaterande till andra människor. En översikt över den empiriska litteraturen om existentiella terapier, särskilt meningscentrerade terapier, visar omfattande stöd för nyckelbegrepp, terapeutkompetenser och utfall för terapier under det existentiella paraplyet (Vos, 2023a). Nyckelkomponenter i dessa terapier sammanfattas av Vos (2023b) i ”meningssextetten”, som bygger på en empiriskt baserad typologi om mening i livet. I sextetten ingår materialistisk mening (hur vi lever, professionell framgång), hedonistisk mening (positive kroppsliga upplevelser), självrelaterad mening (resiliens, self-efficacy, självacceptans, autonomi, kreativa uttrycksformer och egenvård), social mening (sociala band, tillhörighet, konformism, altruism och att fostra barn), övergripande mening (syfte, personlig utveckling, tidsmedvetenhet, rättvisa och etik samt andlighet eller religion), och slutligen existentiella-filosofiska meningskällor (att känna sig levande, vara unik, fri, tacksam och ansvarsful). Dessa översikter av Steger (2022) och Vos (2023 och 2023b) kan bidra till att stimulera ny fokuserad grundforskning om existentiella terapier.

Den existentiella terapins specifika forskningsläge före år 2000 beskrevs i övrigt väl av Walsh & McElwain (2002). Merparten av denna specifika forskning var av naturalistiskt slag eller byggde på

intervjuer som analyserades kvalitativt. Studier med randomiserad design och stark kontroll av effektvariabler lyste med sin frånvaro. Detta hängde samman med en skepsis bland kliniska forskare kring definitionen av evidensbegreppet, där meningsfullheten i randomiserade, kontrollerade studier (eng. RCT) ifrågasattes, med stark kritik mot relevansen och validiteten av sådan forskning. Mer om denna internationella debatt finns bl a i Norcross, Beutler & Levant (2005) samt Westen, Novotny & Thompson- Brenner (2004). Relevanta studier som beskrev den existentiella terapins effekter och vad som antas bringa dessa effekter hade dock redan publiceras av bl a Aislin et al (2010), Lantz & Gregoire (2000, 2003), Lantz (2004) samt Gortz, (2005). Ett bredare perspektiv på svensk och europeisk forskning om existentiell psykoterapi återfanns också inom områdena folkhälsa och rehabilitering, religionspsykologi samt existensfilosofi.

En uppdatering om forskningsmetod och evidens för humanistiska psykoterapier (Cain, Keenan & Rubin, 2016) innehåller en specifik uppdatering av evidensläget om existentiella terapier (Craig, Vos, Cooper & Correia, 2016). Dessa definieras som terapier som utgår ifrån att människor behöver uppleva mening och syfte med livet, har potential för att uppleva fria valmöjligheter och mår bäst när de träffar val, möter utmaningar i livet och mår bäst av att bemöta dessa i stället för undvikande, att fenomenologin som ett verktyg för att förstå upplevelser är en grund för existentiell psykoterapi, samt att mänskliga upplevelser sker i relation med andra och med världen. Craig m fl (2016) konstaterar även att de relationella och fenomenologiska principer som existentiella terapier bygger på, torde rimma väl med evidensen för effektivitet hos humanistiska och relationella terapier. Samtidigt verkar meningscentrerade, strukturerade gruppterapier för personer som drabbades av livshotande sjukdom vara effektiva för att öka mening och allmänt välbefinnande, medan ostrukturerade stödjande gruppinsatser kring existentiella teman har visat lägre effekt för dessa personer. Nyckelingredienser av existentiella terapier handlar om den fördjupade terapeutiska relationen samt fokus på att söka och finna mening i livet (Craig m fl, 2016).

Sammanfattningsvis ökar mängden och kvaliteten av forskning om existentiella terapier, och det växer fram en ökad tydlighet kring vilka områden som idag förtjänar ytterligare uppmärksamhet från forskarhåll. Denna ansats kan bidra till mer kunskap om vad som fungerar bra respektive mindre bra för att hjälpa människor till ökad mening i livet, med ökat välbefinnande som konsekvens.

Text skriven av Dan Stiwne, Elisabeth Serrander, Anne H Berman

Referenser

Aislin, G., Sherry, S.B., Stewart, S.H., Sherry, D.L., McGrath, D.S., Fossum, K.M. & Allen, S.L. (2010). The existential model of perfectionism and depressive symptoms: A short-term four-wave longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology, 57,* 423-438.

Cain, D., & Seeman, J. (2002) (Eds.). *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice.* Washington DC: American Psychological Association.

Cain, D. J., Keenan, K., & Rubin, S. (2016) (Eds.) *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice. 2nd ed.*, Washington DC: American Psychological Association, https://doi.org/10.1037/14775-000.

Craig, M., Vos, J., Cooper, M. & Correia, E.A. (2016). Existential Therapies. I Cain, D.J. et al. *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice. 2nd ed.*, American Psychological Association, https://doi.org/10.1037/14775-000, s. 283-317.

Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*

2008, 76, 909–922.

van Deurzen, E. (1998). *Det existentiella samtalet.* Stockholm: Natur och Kultur.

van Deurzen, E. (2003). *Vardagens mysterier.* Lund: Studentlitteratur.

Elliott, R. (2002) The effectiveness of Humanistic Therapies. In D. Cain & J. Seeman (Eds.) *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

Elliott, R., Greenberg, L.S., & Lietaer, G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In: M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.* New York: Wiley.

Elliott, R. (2007). Person-centred approaches to research. In: Cooper, M., O'Hara, M., Schmid, P.F., & Wyatt, G. *The Handbook of person-centred psychotherapy and counselling.* London: Palgrave.

Gortz, A. (2005). Existential quality of life: An outcome criteria in psychotherapy research. [org. Existentielle Lebensqualitat: Outcome- Kriterium in der Psychotherapieforschung] *Psychotherapie Forum, 13,* 61-68.

Greenberg, J., Koole, S.L., & Pyszczynski, T. (2004). *Handbook of Experimental Existential Psychology.* New York: Guilford.

Greenberg, L.S., Watson, J., & Lietaer, G. (1998). *Handbook of Experiential Psychotherapy.* New York: Guilford.

Lander, N.R., & Nahon, D. (2005). *The Integrity Model of Existential Psychotherapy in Working with the 'Difficult Patient'.* London: Routledge.

Lantz, J. (2004). Research and evaluation issues in Existential Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 34,* 331-340.

Lantz, J., & Gregoire, T. (2000). Existential Psychotherapy with couples facing breast cancer. A twenty year report. *Contemporary Family Therapy, 22,* 315-327.

Lantz, J., & Gregoire, T. (2003). Existential trauma therapy with men after heart attack. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 33,* 19- 33.

Marco, J. H., Martinez-Micó, A., García-Alandete, J., Guillén, V., Grimaldos, J., Pérez, S., & Quero, S. (2023). A systematic review of the effectiveness of meaning-centred psychotherapies in depressed participants. *Clinical psychology & psychotherapy*. https://doi.org/10.1002/cpp.2936.

Norcross, J.C., Beutler, L.E., & Levant, R.F., Eds. (2005). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions.* Washington DC: American Psychological Ass.

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Collaborative Research Network of the Society for Psychotherapy Research. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth.* American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/11157-000.

Sachse, R., & Elliott, R. (2001). Process-Outcome Research on Humanistic Therapy Variables. In D. Cain & J. Seeman (Eds.) *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice.* Washington, DC: American Psychological Association.

Steger, M. F. (2022). *Making Meaning in Life: A Thematic Review of Successful Experimental Psychological and Psychotherapeutic Interventions. Proceedings of the Meaning in Life International Conference 2022 - Cultivating, Promoting, and Enhancing Meaning in Life Across Cultures and Life Span* (MIL 2022), https://doi.org/10.2991/978-94-6463-096-1_2.

Stiwne, D. (2008).Vad är verksamt i humanistisk psykoterapi? I. B. Philips, & R. Holmqvist (red.). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber.

Stiwne, D. (red.), (2008) *Bara detta liv. Texter i existentiell psykologi och psykoterapi.* Stockholm: Natur & Kultur

Stiwne, D. (red.), (2009). *Ompröva livet. Existentiell vägledning och terapi i ny tillämpning.* Lund: Studentlitteratur.

Vos, J. (2018). *Meaning in Life: An evidence-based handbook for practitioners.* Palgrave, MacMillan Publishers Ltd.

Vos, J. (2022). *Meaning in Life Across Cultures and Times: An Evidence-Based Overview. Proceedings of the Meaning in Life International Conference 2022 - Cultivating, Promoting, and Enhancing Meaning in Life Across Cultures and Life Span* (MIL 2022), https://doi.org/10.2991/978-94-6463-096-1_3.

Vos, J. (2023a). Existential psychological therapies: An overview of empirical research. *Pratiques Psychologiques, 29*(4), 211-229. https://doi.org/10.1016/j.prps.2023.06.001.

Vos, J. (2023b). The Meaning Sextet: A Systematic Literature Review and Further Validation of a Universal Typology of Meaning in Life. *Journal of Constructivist Psychology, 36*(2), 204-231. https://doi.org/10.1080/10720537.2022.2068709.

Vos, J., & Vitali, D. (2018). The effects of psychological meaning- centered therapies on quality of life and psychological stress: A metaanalysis. *Palliative & supportive care, 16*(5), 608-632. https://doi.org/10.1017/S1478951517000931.

Walsh, R.A., & McElwain (2002). Existential psychotherapies. In D. Cain & J. Seeman (Eds.) *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

Westen, D., Novotny, C.M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin,130*, 631-663.

Zerbetto, R., & Tantam, D. (2001). The Survey of European Psychotherapy Training 3: what psychotherapy is available in Europe? *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health, 4,* 397-405.

Sällskapet för existentiell psykoterapi SEPT

Sällskapet för Existentiell Psykoterapi (SEPT) bildades 2004 som en riksomfattande förening där intresset för existentiell filosofi, psykologi och psykoterapi samlas och utvecklas. Föreningen har idag (2024) ca 170 medlemmar varav många är verksamma inom primär- och specialistvård eller är privat verksamma med existentiellt inriktad terapi eller vägledning, och en del är även allmänt intresserade personer. På SEPT:s Facebook grupp, där aktuell information om existentiellt relevanta evenemang läggs upp, finns över 4000 medlemmar.

Hemsida: www.sept.se.

Familjeterapi – en systemisk terapiform

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

Familjeterapi är en form av psykoterapi som bedrivs av legitimerade psykoterapeuter efter genomgången utbildning på systemisk familjeterapeutisk grund. Familjeterapi är ett gemensamt frivilligt projekt mellan familjeterapeut och familj med överenskomna mål och arbetsformer.

Teoretisk grund och familjeterapeutisk praxis

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

- Att psykiska symtom (känslor, tankar och beteenden) inte bara finns hos individen, utan påverkar och påverkas av samspelet med de närmaste. Att formulera symtom i relationella termer och identifiera samspelsmönster blir centralt, för att kunna förändra hindrande samspelsmönster till mer konstruktiva.
- Att en förändringsprocess kan bli mer verkningsfull och ofta kortare om flera personer ur samma familj tar med sig erfarenheter från gemensamma samtal och arbetar vidare med detta också mellan samtalen.
- Att en återgång till tidigare problembeteende blir mindre sannolik, om de närstående har genomgått en gemensam förändringserfarenhet.

Systemteorin är en övergripande teori. Familjeterapeuten använder sig också av utvecklingspsyko-

logiska, psykiatriska, inlärningspsykologiska och socialpsykologiska teorier samt kommunikationsteori för att vägledas i sitt arbete.

Individen ingår från spädbarnsåren som en aktiv part med sin nedärvda biologiska disposition i ett emotionellt sammanhang där individen tar och tilldelas sin roll. Individens utveckling och mognad som människa formas i ett samspel mellan dennes genetiska disposition och den roll och plats som man tar och erbjuds i en balanserad dans med de övriga ingående medlemmarnas behov. Individens ”inre samtal” om vem man är, vill vara och ska bli, samspelar hela tiden interaktivt med de övriga familjemedlemmarnas respektive inre processer och relaterande för ömsesidiga behov av emotionellt stöd.

För att familjesystemet ska bestå, måste detta möta individernas krav på förändrad balans mellan tillhörighet/omsorg och individualitet under livets gång. Inför och/eller under skeenden av systemomställning eller systemkris kommer vanligtvis familjer till familjeterapeuten med önskan om hjälp att komma vidare. Kravet på förändring kan komma antingen inifrån familjesystemet genom symtomutveckling hos en av familjemedlemmarna, via svårigheter eller konflikter mellan familjemedlemmarna eller via förändrade betingelser i familjesystemets samspel med yttervärlden såsom arbetslöshet och ekonomisk stress, anpassningsproblem i skolan eller migration.

Det familjeterapeutiska arbetet fokuserar på att terapeut och familj tillsammans identifierar de samspelsmönster som behöver utvecklas och uppdateras här och nu runt det upplevda problemet. Dessa kan då bearbetas och lösgöra hittills icke tillgänglig kapacitet att komma vidare.

Familjeterapeuten ser också hur den unika familjen är beroende av yttre sociala och kulturella system som både kan försvåra och underlätta en intern problematik. Familjeterapeuten arbetar därför i ett system-integrerat perspektiv med kompletterande samarbetsinsatser mellan hem och skola, vuxenpsykiatri eller socialförvaltningens familjerätt t.ex.

Förutsättningen för att familjeterapin skall lyckas, och det gäller ju all psykoterapi, är att en god kontakt mellan terapeuten och alla familjemedlemmar etableras tidigt. Terapeuten leder det terapeutiska samtalets process med överenskommen plan för arbetsformer mot överenskomna mål (som kan omprövas eller fördjupas under processen). Familjeterapeuten skiljer å ena sidan mellan sin roll som ledare av den terapeutiska processen och sin externa allmänna kunskap om sitt yrkesområde och å andra sidan familjemedlemmarnas tolkningsföreträde avseende sina respektive upplevelser kring den unika familjen i varje terapeutiskt möte. Expertrollen är här respektfullt ”icke-vetande” och sökande.

Ofta kan stora förändringar uppnås på relativt få samtal, det är vanligt att en familjeterapi innehåller mellan fem och femton samtal under ett års tid. I vissa fall kan en behandling bli längre men också kortare. Ett familjesamtal är mellan 60 och 90 minuter långt. Metodiken anpassas till deltagarnas ålder, läggning och beredskap för terapi, t.ex. kan illustrerande hjälpmedel för känslouttryck användas. En del familjeterapeuter kan ge hemuppgifter mellan samtalen för test av det nya och träning till nästa gång. Det är idag vanligt att ha samtal i olika konstellationer under terapins gång, så att familjesamtal ibland varvas med enskilda samtal, parsamtal, syskonsamtal och samarbetssamtal med andra aktörer för att konsolidera ett förändringsarbete på olika nivåer.

Det salutogena perspektivet

Familjeterapi i Sverige idag kan se mycket olika ut, men ett förenande drag är vad vi skulle kunna kalla ”det salutogena perspektivet” (det hälsofrämjande). Det innebär två saker. För det första att man grundar sig på kunskaper om vad det är för faktorer i människors liv som skapar hälsa. Det innebär att familjeterapeuten genom samtalen försöker bidra till att klienternas liv blir begripliga, hanterbara och meningsfulla. Det salutogena perspektivet innebär vidare att terapeuten har sitt huvudintresse inriktat

mot här och nu och mot framtiden, medan det förflutna mer spelar en bakgrundsroll som underlag för förståelse och förändring. Terapeuten är också förhållandevis mer intresserad av att urskilja resurser och positiva erfarenheter än av brister och ofullkomligheter. Det salutogena perspektivet utesluter inte att man också fokuserar på svåra upplevelser. En sådan betoning finns i familjeterapier vid trauma, vid anknytningsorienterade familjeterapier och vid emotionellt fokuserade parterapier.

Vad är familjeterapi bra för?

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

Vilka olika familjeterapeutiska modeller finns det?

Familjeterapin har utvecklats i mötet med olika typer av problemställningar och olika modeller har utvecklat vissa specifika behandlingsfaktorer som har betydelse för målgruppen. Här följer några av de i Sverige mer kända varianterna av familjeterapi.

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

Strukturell familjeterapi kan beskrivas ha ett mer direkt psykopedagogisk upplägg för att sedan arbeta emotionellt med de hinder som visar sig för de förändringar som terapeuten föreslår.

Narrativ terapi inriktar sig på att lyssna efter familjens berättelse om sig själv i samspel med världen och tillsammans omskapa den i ett styrkeperspektiv.

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

Funktionell familjeterapi (FFT) och **multisystemisk terapi (MST)** är vetenskapligt utprövade metoder som speciellt riktas till ungdomar med asocialt utagerande. Dessa används idag i stor utsträckning inom socialtjänsten, men FFT praktiseras också på många håll inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Anknytningsbaserad familjeterapi (ABFT) och **emotionellt fokuserad familjeterapi (EFFT)** har båda som mål att stärka och reparera anknytningen mellan föräldrar och barn (oftast tonåringar). Båda inriktar sig på intensiv, affektiv kommunikation och har utvecklats framförallt i arbete med depression och trauma, men är också användbara vid flera andra problemområden.

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

Psykopedagogisk familjeterapi har ett tydligt pedagogiskt innehåll och tillämpas mest vid psykia-

triska och somatiska sjukdomstillstånd.

Multi-familjeterapi innebär ett arbete med flera familjer samtidigt i olika konstellationer under intensiva perioder. Arbetssättet används bland annat inom ätstörningsbehandling och vid beteendeproblem hos barn.

Mentaliseringsbaserad familjeterapi genomförs med fokus att utveckla familjemedlemmarnas hälsobringande kommunikation både med sig själva i ”det inre samtalet” och med varandra genom tydliggörande arbete med var och ens föreställningar om sina och de andras känslor, tankar och motiv bakom agerandet i samspelet.

Parterapi bygger liksom familjeterapi på en systemisk och relationell grund. Även inom parterapi finns flera olika metoder. De som har fått störst spridning på senare år och har starkast vetenskapligt stöd är **Gottman-metoden** och **Emotionsfokuserad terapi (EFT)**.

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

Var kan man få familjeterapi, och vad kostar det?

Legitimerade psykoterapeuter med familjeterapeutisk inriktning kan arbeta inom många offentligt finansierade verksamheter, såsom barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar, Första linjen-mottagningar för barn och unga, familjecentraler, vuxenpsykiatriska mottagningar, kommunal familjerådgivning och inom Socialtjänstens öppenvård. På dessa platser kan man ofta få familjeterapi, familjebehandling eller parterapi gratis eller till en låg kostnad. Särskilt i de större städerna finns det också i allmänhet också privatpraktiserande familjeterapeuter. Med remiss kostar samtalet hos en privat terapeut (i vissa regioner) som ett besök i regionens sjukvård. Annars får man vara beredd att betala från cirka 1200 kr till drygt 2000 kr per samtal. Legitimerade psykoterapeuter med familjeterapeutisk inriktning utbildas på universiteten i Lund och Göteborg.

Referenser

Orientering om familjeterapi

Carr, A. (2012, 3:e upplagan). *Family Therapy, Concepts, Process and Practice.* London: Wiley.

Hårtveit, H., Jensen, P. (2005). *Familjen plus en. En resa genom familjeterapins praktik och idéer.* Stockholm: Mareld.

Lebow, J L (2005) *Handbook of Clinical Family Therapy.* New York: Wiley and Sons.

Lundsbye, M, Sandell, G, Währborg, P, Fälth, T, Holmberg, B (2010. 4:e upplagan). *Familjeterapins grunder: Ett interaktionistiskt perspektiv baserat på system- process- och kommunikationsteori.* Stockholm: Natur & Kultur

Johnsen A., Wie Torsteinsson V., Ringborg M., (2015) *Lärobok i Familjeterapi.* Lund: Studentlitteratur.

Pinsof W. M., Breunlin D. C., Russel W. P., Lebow j. L., Rampage C., Chambers A. L., (2018) *Integrative Systemic Therapy.* American Psychological Association, Washington.

Priest J. B., Lorås L., (2026) *Familjesystemteori – Teori, Evidens og Praxis.* Fagboksforlaget, Bergen.

Wampler K. S., McWey Eds. (2020) *The Handbook of Systemic Family Therapy.* London: Wiley.

Om psykoterapiforskning

Familjeterapi vilar idag på en omfattande kunskapsbas. Bara i Sverige har ett flertal doktorsavhandlingar inom familjeterapi och närliggande områden kontinuerligt publicerats under de senaste decennierna (t.ex. Andrée Löfholm, 2011; Axberg, 2007; Balldin, 2025; Edman, 2025; Gustle, 2007; Hartzell, 2010; Hedenbro, 2006; Thorslund, 2019). Forskningen kan huvudsakligen beskrivas utifrån tre områden: effektstudier, processtudier och kostnads-/nyttoanalyser. Även så kallad samforskning med kliniker och familjer finns representerad (Koser, 2018).

Forskning och vetenskapliga resultat

Flera forskningsöversikter visar positiva resultat för familjeterapeutiska och systemiska interventioner inom flera problemområden, såsom beteendeproblematik och normbrytande beteende hos barn och ungdomar, missbruk, ätstörningar, psykoser samt par- och relationsproblem och depression hos barn, ungdomar och vuxna (Carr, 2025a, 2025b; Reutiger et al., 2013; von Sydow et al., 2010, 2013). För ungdomar med normbrytande beteende specifikt visar forskningen stöd för bland annat multisystemisk terapi (MST) och funktionell familjeterapi (FFT) (Andrée Löfholm, 2011; Gustle, 2007; Olseth et al., 2024; Robbins et al., 2016). Vid anorexia nervosa hos ungdomar finns stöd för familjebaserad behandling och familjeterapeutiska insatser, inklusive multifamiljeterapi (Broersma et al., 2026; Couturier et al., 2013; Lock, 2011). De senaste översikterna av Carr (2025a, 2025b) stödjer evidensbasen för systemiska interventioner vid såväl barn- och ungdomsfokuserade som vuxenfokuserade problem, men använder samtidigt en bred definition av systemiska interventioner och omfattar exempelvis föräldraträning (Carr, 2025a, 2025b).

Aktuell och framtida forskning

Under de senaste decennierna har processforskningen inom familje- och parterapi utvecklats från att främst undersöka om behandling fungerar till att i större utsträckning studera för vem, under vilka villkor och genom vilka processer förändring sker. Samtidigt har processforskningen breddats till terapeutisk allians, alliansbrott, klientåterkoppling, terapeutbeteenden och behandlingsspecifika förändringsmekanismer (Friedlander et al., 2018).

Common Factors

Ett centralt begrepp i all psykoterapi är den terapeutiska alliansen. Inom familjeterapi betonas vikten av balanserade och goda allianser med samtliga familjemedlemmar, med familjens olika subsystem och med familjen som helhet (Karam & Blow, 2023; Robbins et al., 2003). Metaanalytisk forskning visar ett robust samband mellan allians och behandlingsutfall i par- och familjeterapi (Friedlander et al., 2018).

Ett viktigt utvecklingsområde inom familjeterapi under de senaste två decennierna handlar om att integrera utvecklingspsykologiska och anknytningsteoretiska perspektiv. Exempel är Theraplay (Booth & Jernberg, 2010; Money et al., 2021) och anknytningsbaserad familjeterapi (ABFT) (Diamond et al., 2010). ABFT har utvecklats för behandling av ungdomar med depression och förhöjd suicidrisk, där den har visat lovande resultat. Metoden utvärderas nu också för flera andra tillstånd, som t ex ätstörningar och problem med ilska (Diamond et al., 2021).

Sammantaget speglar forskningen om systemisk familjeterapi den systemiska grund som metoderna vilar på: olika former av kunskap behöver komplettera varandra. Det finns fortsatt behov av väl genomförda RCT-studier, men för att förstå komplexa behandlingsprocesser behövs även kvalitativa studier och processforskning som kan kopplas till klinikers och familjers erfarenheter. Detta ligger i linje med

principerna för evidensbaserad praktik (EBP), där forskningskunskap vägs samman med professionell erfarenhet och den enskildes behov och önskemål. Eftersom varje familj och dess sammanhang är unika behöver behandlingen också kunna anpassas till familjens förutsättningar.

Referenser

Forskning

Andrée Löfholm, C. (2011). *Multisystemisk terapi i Sverige – evidensbaserad metod i nytt sammanhang.* Doktorsavhandling. Lund University, School of Social Work.

Axberg, U. (2007). *Assessing and treating three to twelve-year-olds displaying disruptive behaviour problems.* Doktorsavhandling. Göteborgs Universitet, Psykologiska institutionen.

Balldin, S. (2025). *Videofeedback som tidig samordnad insats: En undersökning av marte meo och samordningssamtal (mos) som förebyggande arbete i skolan.* Doktorsavhandling. Lunds universitet.

Broersma, R. A., Zeegers, M. A. J., Roest, J., Lindauer, R. J. L., Harteveld, F., van der Helm, P., Lock, J., & Assink, M. (2026). The Effectiveness of Psychological Treatment for Anorexia Nervosa in Adolescents: A Critical Review of Randomized Controlled Trials. *The International journal of eating disorders, 59*(5), 829–853.

Booth, P. B. & Jernberg, A.M. (2010) *Theraplay: Helping Parents and Children Build Better Relationships Through Attachment-Based Play.* Jossey-Bass, Wiley, Third Edition.

Carr, A. (2025a). Couple therapy and systemic interventions for adult-focused problems: The evidence base. *Journal of Family Therapy, 47*, e12481.

Carr, A. (2025b). Family therapy and systemic interventions for child-focussed problems: The evidence base. *Journal of Family Therapy, 47*, e12476.

Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 46*(1), 3–11.

Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G M., Gallop, R., Shelef, K., Levy, S. (2010). Attachment-Based Family Therapy for Adolesents with Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolesent Psychiatry, 2,* 122- 131.

Diamond, G., Diamond, G. M. & Levy, S. (2021) Attachment-based family therapy: Theory, clinical model, outcomes and process research. *Journal of affective disorders,* 294, 286-295.

Edman, K., & Institutionen för socialt arbete, M. U. (2025). *Barns delaktighet: En mikrosociologisk studie av barn- och familjeterapeutiska samtal.* Doktorsavhandling. Malmö University Press.

Friedlander, M. L., Escudero, V., Welmers-van de Poll, M. J., & Heatherington, L. (2018). Meta-analysis of the alliance-outcome relation in couple and family therapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 55*(4), 356–371.

Gustle, L-H. (2007). *Implementering och korttidsuppföljning av multisystemisk terapi.* Doktorsavhandling: Lunds universitet, Institutionen för psykologi.

Hartzell, M. (2010). *The First Meeting at Child and Adolescent Psychiatry.* Doktorsavhandling. Uppsala universitet, Medicinsk fakultet.

Hedenbro, M. (2006). *The family triad - the interaction between the child, its mother, and father from birth to the age of 4 years old.* Doktorsavhandling. Karolinska institutet.

Karam E.A., Blow A. J. (2023) *Bringing Common Factors to Life in Couple and Family Therapy.* Routledge, New York.

Koser, L., Bromma familjebehandlarteam (BFB) (2018), *Samforskning i socialtjänst: Delrapport 1: Metodbok – erfarenheter, Stockholms stad.* https://lisakoser.se/publicerat

Lock, J. (2011). Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion of Psychiatry, 24,* 274-279.

Money, R., Wilde, S., & Dawson, D. (2021). Review: The effectiveness of Theraplay for children under 12 - a systematic literature review. *Child and adolescent mental health, 26*(3), 238–251.

Olseth, A. R., Hagen, K. A., Keles, S., & Bjørnebekk, G. (2024). Functional family therapy for adolescent disruptive behavior in Norway: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Family Psychology, 38*(4), 548–558.

Reutiger R., von Sydow K., Beher S., Haun M. W., Schweitzer J., (2013) The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: a systematic review of 38 randomized trials, *Family Process, 52*(4), 619-52.

Robbins, M. S., Alexander, J. F., Turner, C. W., & Hollimon, A. (2016). Evolution of Functional Family Therapy as an evidence-based practice for adolescents with disruptive behavior problems. *Family Process, 55*(3), 543–557.

Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., & Perez, G. A., (2003). Alliance and Dropout in Family Therapy for Adolescents With Behavior Problems: Individual and Systemic Effects. *Journal of Family Psychology, 1*(4), 534-544.

von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer, J., & Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: a meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Family process, 49*(4), 457–485. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01334.x

von Sydow K., Retzlaff R., Beher S., Haun M.W., Schweitzer J. (2013) The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT. *Family Process, 52,* 4, 576-618.

Thorslund, K. (2019). *Reaching out with universal parental support.* Doktorsavhandling. Department of Psychology, University of Gothenburg.

Svenska föreningen för familjeterapi – SFFT

SFFT bildades 1987 i samband med den första nordiska kongressen i familjeterapi 1987 i Linköping. . Inom föreningen finns åtta lokalföreningar spridda över hela landet, som alla arrangerar föreläsningar, workshops och andra lokala aktiviteter. Föreningen arrangerar en årlig konferens och ger ut tidskriften Svensk Familjeterapi. Vart tredje år arrangeras tillsammans med övriga länder en nordisk kongress. Föreningen är öppen för alla som är intresserade av familjeterapi och systemiskt arbete. Gå med via hemsidan nedan. Riksföreningen är medlem i EFTA, European Family Therapy Association.

Hemsida: www.sfft.se

Gruppsykoterapi

Gruppsykoterapi eller gruppterapi som man i allmänhet säger – är psykoterapi där flera människor samtidigt träffar en terapeut.

Det som är gemensamt är att man, på ett läkande sätt, använder sig av de dynamiska krafter som finns i en grupp. Det kan röra sig om allt från att känna igen sig hos andra - man är inte ensam, hoppet man ser när andra blir bättre, vad man kan lära av andras erfarenheter, glädjen av att betyda något för någon annan, bättre social kompetens till mer komplicerad mellanmänsklig inlärning med insikt på flera nivåer.

Människan påverkas och formas av sin relation till betydande andra

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

Ett socialt mikrokosmos

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

En ”spegelsal” för individen

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

Att utveckla förmågan att kommunicera

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

Historik

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

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

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

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

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

Helen Durkin försökte 1964 ge ett psykoanalytiskt djup som komplement till den socialpsykologiska forskningen, som sedan 1930-talet bedrivits av Kurt Lewin och hans efterträdare, genom att försöka formulera en psykoanalytisk teori om gruppens dynamik.

I slutet av 2:a världskriget började man använda gruppsykoterapi för att behandla soldater som fallit ur sina förband p.g.a. psykiska reaktioner. Vid Northfield, ett militärsjukhus utanför London, växte gruppanalys och psykoanalytisk gruppterapi fram. På detta sjukhus arbetade först W. R. Bion och senare även S. H. Foulkes.

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

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

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

Vad är gruppsykoterapi bra för?

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

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

För vem är det bra?

Oavsett vilka akuta problem man lider av, så rör i grunden alla människors svårigheter förhållandet till andra. Att framträda inför andra, att behålla och utveckla relationer, att klara intimitet och separationer är något som kan bearbetas i gruppsykoterapi. De svårigheter som finns inom varje enskild människa visar sig i närvaro av och i kontakt med andra och terapiformen är därför tillämpbar i de flesta situationer och för de flesta problem. Det är dock inte självklart att alla passar i samma grupp, men man kan skapa grupper för alla.

Hur går det till?

Innan gruppterapin börjar, träffar man gruppterapeuten för bedömnings- och informationssamtal.

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

Gruppsykoterapi innebär oftast att gruppen träffas en gång per vecka i 1½ timme under en längre period. Enstaka grupper träffas 2 ggr per vecka.

Gruppen kan även vara en korttids grupp, då man träffas 12–20 gånger. Ofta är den då fokuserad på något speciellt problemområde.

Gruppterapin har vissa ramar som man förbinder sig att följa i en överenskommelse med gruppterapeuten. Det kan gälla att man förbinder sig att gå i gruppen en viss tid, att man har viss uppsägningstid innan man slutar, att man inte träffas utanför gruppen eller lämnar ut information om enskilda gruppmedlemmar. Överenskommelsen gäller också tid och plats samt hur betalningen bör ske.

Referenser

Ofer, G. et al (2017). A Bridge Over Troubled Water. Conflicts and Reconciliation in Groups and Society. Routledge, Taylor & Francis Group.

Sandahl, C. et al (2014). Gruppens potential. Natur & Kultur.

Weinberg, H. et al (2024) The Virtual Group Therapy Circle. Advances in Online Group Theory an Practice. Routledge, Taylor & Francis Group.

Om psykoterapiforskning

Gruppsykoterapi är idag ett etablerat område inom psykoterapin och har sedan 2018 status som egen specialitet inom American Psychological Association (APA). Det innebär att gruppterapi kräver särskild kunskap och praktisk erfarenhet.

Forskningen visar att gruppterapi generellt är lika effektiv som individuell psykoterapi, oavsett terapeutisk inriktning. Samtidigt kan gruppterapi vara mer kostnadseffektiv och göra psykoterapi tillgänglig för fler.

Många som initialt är tveksamma till gruppterapi blir efter behandlingen positiva till att de provade. Att möta andra med liknande svårigheter kan minska känslan av att vara ensam, medan möjligheten att både hjälpa och få stöd kan stärka självförtroendet. För många utvecklas också betydelsefulla relationer i gruppen (Sandahl et al., 2021).

Ett stort forskningsområde

Forskningen om gruppterapi har en lång tradition och omfattar idag ett stort antal studier, patientgrupper och metaanalyser. I internationella forskningssamarbeten har man sammanställt hundratals randomiserade kontrollerade studier (RCT) som omfattar tiotusentals patienter.

En central slutsats är att gruppterapi och individuell psykoterapi i genomsnitt ger likvärdiga resultat. William Piper visade redan 2008, genom en genomgång av flera metaanalyser, att båda behandlingsformaten har tydliga effekter utan betydande skillnader (Piper, 2008). Senare forskningsöversikter har bekräftat denna bild (Burlingame & Strauss, 2021; Burlingame et al., 2013; Tasca et al., 2020).

Gruppterapi är alltså inte ett andrahandsalternativ till individuell terapi. För många problemområden är den minst lika effektiv.

Gruppterapi kan vara samhällsekonomiskt effektiv genom att göra psykoterapi tillgänglig för fler till lägre kostnad. En amerikansk studie visade att en ökad användning av gruppterapi skulle kunna ge stora besparingar och minska behovet av fler terapeuter. I studien betonades betydelsen av god gruppterapeutisk utbildning och systematisk uppföljning för att säkerställa behandlingens kvalitet (Sandahl, 2024).

Interpersonligt lärande

En grupp blir inte automatiskt terapeutisk bara för att flera personer deltar. För att gruppterapi ska fungera behöver terapeuten kunna arbeta aktivt med gruppens relationer och processer. Det kräver en trygg miljö där deltagarna vågar vara öppna och där det som händer mellan gruppmedlemmarna kan användas i behandlingen.

Om gruppen däremot bara används för att terapeuten ska behandla flera personer samtidigt, det vill säga bedriver individualterapi i grupp, utan att deltagarna aktivt använder sig av varandra i behandlingen, går en viktig del av gruppterapins potential förlorad. När gruppterapi genomförs på ett sådant sätt är traditionell individuell psykoterapi överlägsen.

Det som särskilt utmärker gruppterapi är möjligheten att lära sig om sig själv genom mötet med andra. Forskning om terapeutiska faktorer pekar särskilt på betydelsen av feedback mellan deltagarna. Även igenkänning, möjligheten att hjälpa andra och att se andra förändras kan bidra till behandlingen (Sandahl et al., 2021). Det är detta samspel som gör gruppterapi till något mer än individuell terapi som genomförs tillsammans med andra.

Gruppterapi kräver därför särskild kompetens. Att vara en skicklig individuell terapeut innebär inte automatiskt att man är en skicklig gruppterapeut.

Vad forskas det på idag?

Frågan om gruppterapi fungerar lika bra som individuell terapi är i stor utsträckning besvarad. Dagens forskning fokuserar därför mer på för vem, på vilket sätt och genom vilka processer gruppterapi fungerar bäst.

Forskare undersöker bland annat olika terapeutiska inriktningar, exempelvis KBT och relationellt inriktad gruppterapi, samt skillnader mellan längre behandlingar och kortare, mer fokuserade insatser. Man studerar också grupprocessens betydelse. Den mesta forskningen gäller relativt korta behandlingar, ofta 10–30 sessioner, och KBT i grupp är den mest studerade formen (Burlingame & Strauss, 2021). I de studier där man jämfört olika varianter av gruppterapi, till exempel KBT med relationell orientering, har man inte funnit några skillnader i resultat (Sandahl et al., 2021).

Det finns emellertid även stöd för längre tid i gruppterapi vid mer komplex psykisk ohälsa, exempelvis personlighetsproblematik (Blackmore et al., 2012; Lorentzen et al., 2015; McLaughlin et al., 2019). I Sverige används bland annat mentaliseringsbaserad terapi (MBT), där individuell behandling kombineras med gruppterapi (Brand et al., 2012; Karterud, 2017).

Vad säger forskningen om risker?

Precis som annan psykoterapi kan gruppterapi ibland ha negativa effekter. Sådana risker kan bland annat vara kopplade till en alltför kontrollerande, avvisande eller auktoritär gruppledare eller till bristande kunskap om grupprocesser. Även gruppens sammansättning är viktig. Alla patienter passar inte i alla grupper. En välfungerande grupp behöver därför sättas samman utifrån både deltagarnas problematik och deras möjlighet att fungera tillsammans och dra nytta av varandra.

Det finns samtidigt inget som tyder på att negativa effekter är vanligare i gruppterapi än i psykoterapi generellt. Tillgänglig forskning visar att negativa effekter förekommer hos 10-20 procent av patienter i psykoterapeutisk behandling (Sandahl et al., 2021).

Sammanfattning

Forskningen ger ett starkt stöd för gruppterapi som psykologisk behandling. I genomsnitt är gruppterapi lika effektiv som individuell psykoterapi, samtidigt som den kan vara ett mer resurseffektivt sätt att erbjuda behandling till många.

Gruppterapins styrka ligger dock inte bara i att flera personer får behandling samtidigt. Det centrala är det som sker mellan människorna i gruppen: att känna igen sig i andra, få nya perspektiv, ge och ta emot feedback, öva på relationer och pröva nya sätt att hantera sig själv och andra.

Den aktuella forskningen handlar allt mer om för vem, på vilket sätt och genom vilka processer gruppterapi fungerar bäst. För att gruppterapins möjligheter ska tas tillvara krävs utbildade gruppterapeuter och medvetenhet om gruppens särskilda processer. Med rätt förutsättningar är gruppterapi inte bara ett kostnadseffektivt alternativ tillindividuell psykoterapi, utan en behandlingsform med egna terapeutiska möjligheter.

Referenser

Blackmore, C., Tantam, D., Parry, G. et al. Report on a systemic review of the efficacy and clinical effectiveness of group analysis and analytic/dynamic group psychotherapy. *Group Analysis 2012; 45*:46–69.

Brand, T., Hecke, D., Rietz, C. et al. Treatment effects of mentalization-based and psychodynamic group psychotherapy in a randomized day-clinic study. *Gruppenpsychotheray Gruppendynamic 2016; 52*:213–232.

Burlingame, G. M., Strauss, B., Joyce, A. S. Change mechanisms and effectiveness of small group treatment. I: Lambert, M. J. (red.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.* New York: John Wiley & Sons; 2013.

Burlingame, G. M. & Strauss, B. Efficacy of small group treatments: Foundations for evidence based practice. I: Barkham, M., Lutz, W. & Castonguay, L. G. (red.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 50th anniversary edition,* s. 583–624. New York: John Wiley & Sons; 2021.

Karterud, S. *Mentaliseringsbaserad gruppterapi.* Lund: Studentlitteratur; 2017.

Lorentzen, S., Ruud, T., Fjeldstad, A. & Höglend, P. Personality disorder moderates outcome in short- and long-term group analytic psychotherapy: A randomized clinical trial. *British Journal of Clinical Psychology 2015*; 54:129–146.

McLaughlin, S. P., Barkowski, S., Burlingame, G. M., Strauss, B. & Rosendahl, J. Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Psychotherapy 2019; 56*(2):260–273.

Piper WE. Underutilization of short-term group therapy: Enigmatic or understandable. *Psychother res. 2008;18*:127–38.

Sandahl, C. Gruppterapi. I Herlofsson, J., Ekselius, L. & Åsberg, M. (Red.). *Psykiatri (2:a reviderade upplagan)*, Studentlitteratur, 2024 (537-543).

Sandahl, C., Nilsson Ahlin, H., Asklin Westerdahl, C. m.fl. *Why Group Therapy Works and How to Do It. A Guide for Health and Social Care Professionals*. London: Routledge; 2021.

Tasca, G. A., Mikail, S. F. & Hewitt, P. L. *Group Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy. An Evidence-Based Transdiagnostic Approach.* New York: American Psychological Association; 2020.

Svenska föreningen för gruppsykoterapi och grupputveckling

Ombildades år 2002. Den har sina rötter i tidigare lokala gruppsykoterapiföreningar (1962) och Riksförbundet för gruppsykoterapi, som var en paraplyorganisation för de lokala föreningarna. Föreningen är en intresseförening och har till uppgift att utveckla kunskap om grupper och professionellt arbete med grupper, vilka syftar till att bearbeta medvetna såväl som omedvetna psykiska och sociala processer. Föreningen har c:a 100 medlemmar och är internationellt ansluten till EFPP (European Federation of Psychodynamic Psychotherapy) och IAGP (International Association of Group Psychotherapy).

Hemsida: www.gruppterapi.org

Kognitiv beteendeterapi

Informationstexten om KBT, som psykoterapiform har sammanställts av Beteendeterapeutiska föreningen (BTF) och Svenska föreningen för kognitiva och beteendeinriktade terapier (SfKBT) i samförstånd och samarbete.

Kognitiv Beteendeterapi (KBT) är en välkänd psykoterapiform som rekommenderas för en rad psykiska tillstånd. Uttrycket kognitiv beteendeterapi väcker dock ofta två frågor. Den första frågan är vad det betyder att en terapi är en kognitiv beteendeterapi? Den andra är vilken syn man inom KBT har på känslor. Är inte de lika viktiga som kognitioner och beteenden? KBT är en sammanslagning av namnen på två terapiformer: kognitiv terapi och beteendeterapi.

KBT historiskt

Beteendeterapi

Beteendeterapi i större omfattning uppkom efter att den sydafrikanske läkaren Joseph Wolpe 1958 publicerade Psychotherapy by reciprocal inhibition. Wolpe var från början psykoanalytisk inriktad och försökte under andra världskriget hjälpa soldater med vad som kallades för ”krigsneuroser”. Det visade sig dock att soldaterna inte blev hjälpta av att få prata om sina upplevelser. Wolpe sökte därför andra vägar som behandlare och kom i kontakt med teorier om beteendeförändring. Han utvecklade då metoder som främst var inriktade på att hjälpa människor med ångestproblematik. Bland annat i form av självhävdelseträning, och att närma sig det som var ångestfyllt under avslappning. Beteendeterapin kom sedan att växa och utvecklas under 60- och 70-talen.

Kognitiv terapi

Ungefär samtidigt som Wolpe publicerade sin bok, alltså i slutet av 1950-talet, uppkom en form av kognitiv terapi som kallades Rational Therapy. En annan variant av kognitiv terapi kom dock att bli dominerande. Den uppstod i början av 1960-talet. Då beskrev läkaren Aaron Beck – som också han från början var psykoanalytiker – utifrån sin kliniska erfarenhet vad han kallade för kognitiv terapi vid depression, inriktad på att förändra patientens tankemönster till att bli mer nyanserat och mer realistiskt präglat (Beck, A. T., 1964, 1967). Terapin visade sig framgångsrik i forskningsstudier, och med tiden började Beck intressera sig även för ångestproblematik, och andra diagnoser (Beck, A. T. (1976).

Kognitiv beteendeterapi

På 1970-talet ansåg en del beteendeterapeuter att man behövde kunskap om patienternas kognitioner för att förstå deras beteende, och på 1980-talet blev det etablerat att prata om kognitiv beteendeterapi

(Goldfried, M. R., 1995). Snart avsågs med KBT en grupp av terapier, där Becks kognitiva terapi bara var en av många terapiformer. Med tiden skapades allt fler metoder som ryms under det så kallade paraply-begreppet KBT, ofta inriktade på att vara verksamma vid specifika diagnoser.

KBT och känslor

Det är lätt att tro att namnet kognitiv beteendeterapi innebär att man i sådana terapier anser att känslor inte är lika viktiga som tankar och beteenden. Det är ett missförstånd. Vad man är överens om inom KBT är att om någon upplever en besvärande känsla behöver personen förändra sitt beteende, för att även känslan ska ändras. I beteendeterapin har man formulerat den insikten som att man kan behöva utsätta sig för ett obehag som man tidigare har undvikt, så kallad exponering. Det behövs alltså en beteendeförändring, som ger upphov till en känslomässig förändring.

Beck hade en besläktad tankegång, som kallades för att genomföra beteendeexperiment. Går man till terapiforskningen visar den också att det inte räcker med att prata om sina svårigheter för att en känslomässig förändring ska åstadkommas, det krävs fler inslag (Sloan, m. fl, 2017, Webb m. fl, 2012).

Dessutom framhöll Beck att kognitioner – det vill säga sådant som tankar, minnen och bilder – var viktiga på två sätt. Dels var det nödvändigt att veta vad en patient tänkte i en besvärande situation för att förstå vad patienten kände i situationen. Dels menade Beck att man ofta behövde försvaga negativa tankar hos patienten, för att underlätta att agera på nya sätt genom beteendeexperiment, och därmed minska patientens lidande. Till exempel, om någon ska prata inför en grupp och har tanken ”Jag kommer att bli så nervös att jag skämmer ut mig” kan en alternativ tanke formuleras ”Jag kommer att känna mig nervös, men kan ändå göra bra ifrån mig”. Att ha en sådan alternativ tanke kan underlätta för att våga prata inför gruppen. Ofta går det bättre än väntat, vilket brukar öka motivationen till att försöka på nytt.

Känslomässig förändring har alltså en central roll i KBT. Men man anser att för att en sådan ska åstadkommas krävs att man också börjar agera på andra sätt än före terapin.

I modern KBT kallas en del terapiformer för affektinriktade. Det innebär bland annat att patienten får lära sig hur olika känslor fungerar, vad som kallas för psykoedukation om känslor. Tanken med det är att patienten genom en sådan förståelse ska lära sig att hantera sina känslor bättre i framtiden.

Hur går det till? Vad utmärker KBT?

Ska man sammanfatta vad som utmärker KBT kan följande framhållas.

Noggrann kartläggning av problemen

Ett viktigt inslag i KBT är att göra en noggrann kartläggning av patientens problem. Ett sådant inslag är hur tankar, känslor och beteende hänger ihop i en konkret situation. Ett annat brukar vara hur patienten styrs av kortsiktiga konsekvenser, på ett sätt som hindrar patienten från att nå sina mål. Men kartläggningen är mer omfattande än så.

Kartläggningen har tre syften. Ett är att förstå bakgrunden till problemen. Det är bra för både behandlaren och för patienten om man kan förstå hur det kommer sig att problemen uppstått, det minskar risken för att patienten anklagar sig själv för sina svårigheter.

Det andra syftet, som är viktigast, är att förstå det som inom KBT kallas för hur problemen vidmakthålls. Med det avses att den som söker hjälp i terapi har ett mål som man själv inte klarar av att uppnå. Det kan vara att man oroar sig på ett överdrivet sätt, inte mår bra av det, men ändå inte kan låta bli att oroa sig. Då menar man inom KBT att den hjälpsökande gör något eller tänker på ett visst vis som gör att problemen inte går över utan fortsätter – det vill säga vidmakthålls.

För att förstå vad som vidmakthåller problemet behöver behandlaren och patienten tillsammans utforska hur vidmakthållandet ser ut. Vid överdriven oro kanske det visar sig att patienten tänker att det finns bra saker med att oro sig – såsom att man är bättre förberedd om något negativt händer – och därför har svårt för att släppa sin oro. Då kan man dra slutsatsen att en del av behandlingen kommer att bestå i att ifrågasätta patientens positiva antaganden om oron.

Det tredje syftet är att genom en sådan kartläggning uppkommer det uppslag till lämpliga mål för behandlingen.

Mål för behandlingen
I KBT har man alltså mål för behandlingen, som behandlaren och patienten utformar tillsammans. Målen används sedan för att utvärdera behandlingen. Men ibland används även skattningsskalor för att se om patientens mående förbättras. Ofta handlar de om att patienten regelbundet ska skatta sin ångest eller sin nedstämdhet, för att man tillsammans ska kunna utvärdera om behandlingen går framåt.

Inriktat på att bryta undvikanden
Något som är viktigt i KBT, är att bryta olika typer av undvikanden, för de anses vara en viktig förklaring till hur problemen vidmakthålls. Och att bryta ett undvikande kallas som nämnts för exponering.

Undvikandena kan vara av olika slag. Den som är rädd för att åka hiss undviker troligen att åka hiss. Men i modern KBT kan det som undviks även vara inre fenomen. Den som är rädd för vissa tankar försöker troligen undvika att tänka på de tankarna. Den som är rädd för att vara ledsen undviker sannolikt att känna hur sorgen känns i kroppen. I sådana fall kan exponeringen handla om att våga närma sig besvärande tankar eller hur det känns i kroppen.

Använder hemuppgifter
Att patienten ska ha uppgifter att genomföra mellan sessionerna har alltid varit ett viktigt inslag i KBT. Det beror på två saker. Genom att göra saker utanför terapin blir den mer omfattande, vilket kan gynna resultatet. Dessutom kan man göra saker i sin vardag som inte är möjligt att göra i själva terapin. Det kan handla om att registrera vad man tänker, känner och gör i en viss situation. Men hemuppgiften kan också handla om att prova att göra på andra sätt i livet. Kanske att kommunicera på andra sätt eller prova att tvätta händerna mindre även om man har ångest. Det vill säga, prova att ändra sitt beteende genom att våga mer saker, och därmed även åstadkomma en känslomässig förändring.

Färdigheter tränas
Samtalet mellan terapeuten och patienten är grunden även i KBT. Men som framgått rymmer KBT alltid fler inslag, såsom att ha hemuppgifter och våga bryta undvikanden. Men det kan också handla om att träna en färdighet i terapirummet. Då kan man träna på att vara närvarande i nuet på ett accepterande sätt, eller genom rollspel träna på ett visst kommunikationssätt. Färdigheterna ska sedan användas i patientens vardag. För det är genom att tillämpa det som patienten lärt sig i terapin i sin vardag, som den stora förändringen kan åstadkommas.

Eftersträvar förankring i forskning
I KBT vill man i största utsträckning ha förankring i forskning. Det kan gälla vad som gynnar förändring såsom kognitiv omvärdering och problemlösning (Aldao, m. fl, 2010, Naragon-Gainey, m. fl., 2017). Men det kan också gälla forskning som jämför hur bra olika terapiformer är.

Sådan forskning visar att vanligen finns det inte skillnader mellan terapiformer som är beforskade, men när de finns är de små, och till fördel för KBT (Barkham, M., & Lambert, M., J., 2021). Samtidigt är KBT den behandlingsform som har forskningsstöd vid flest diagnoser. Därför är sådana terapier väldigt användbara. Enligt terapiforskningen finns det inte heller någon diagnos där andra terapiformer har bättre effekt än vad KBT har (Barkham, M., & Lambert, M., J., 2021).

Det är svårt att räkna upp alla diagnoser där varianter av KBT visat sig ha effekt, men det rör sig om allt från specifika fobier till psykosproblematik. Det vill säga KBT har visat sig ha effekt över hela det diagnostiska fältet. KBT är även den terapiform som har störst forskningsstöd för att behandla psykiska problem hos barn och ungdomar (Öst, L.-G., 2017). Samtidigt bör man komma ihåg – och det gäller för alla terapiformer – att ingen terapi hjälper alla som har en viss problematik (Barkham, M., & Lambert, M., J., 2021).

Forskningen visar också att det finns stor variation mellan olika behandlare (Barkham, M., & Lambert, M., J., 2021). Har man provat KBT men inte anser att man blivit hjälpt kan det därför bero att just den terapeuten inte hade ett bra upplägga att förmedla, eller brast lite i sin individuella skicklighet.

Missförstånd om KBT

Det finns många missförstånd om KBT. Sex vanliga är dessa.

I KBT tar man inte hänsyn till uppväxten. Forskning visar att såväl medfödda sårbarhetsfaktorer som uppväxtvillkor kan spela roll för psykiska problem längre fram i livet (Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H., 2022). Det gör att det finns ett intresse inom KBT för hur individen kan ha påverkats av sin bakgrund. Inom KBT brukar man kalla negativa föreställningar som någon har och som går tillbaka till uppväxten för grundantaganden. Ett grundantagande kan vara ”Jag är sämre än andra”. Det kan skapa vad som kallas för livsregler, såsom ”Om jag presterar bäst, så duger jag”. Sådana regler kan leda till beteenden som vidmakthåller ångestproblematik och depression.

Trauman från uppväxten kan behandlas i KBT, men uppväxtens påverkan behöver inte alltid handla om traumatiska händelser eller negativt bemötande från sina föräldrar. Inom KBT pratar man även om modellinlärning, vilket innebär att man tagit efter någons sätt att vara på, och ofta en förälder. Har man haft en förälder som varit överdrivet orolig för vad andra ska tycka om en, ökar risken för att man själv ska utveckla social ångest, för att ta ett exempel. Att förstå hur man kan ha påverkats av sin bakgrund är dock aldrig huvudinriktningen inom KBT. Det beror på att sådan kunskap har begränsat värde för att åstadkomma förändring. Därför ligger fokus i KBT på att åstadkomma angelägna förändringar i patientens framtid. För det är där vi kommer att leva våra liv.

KBT handlar om att ändra yttre beteende, men ofta behövs inre förändring. Det finns viss grund för den uppfattningen, genom att många hört talas om att KBT är bra vid fobier. Men det rör sig likafullt om ett missförstånd, och på två sätt.

Modern KBT har ett stort intresse för att hjälpa personer vars problem går att beskriva som inre, såsom överdriven oro, och negativt tänkande. Men förändring gällande sådana fenomen kallas med terminologin inom KBT för att förändra ett ”inre beteende”, det beskrivs alltså som en form av beteendeförändring. Det är dessutom svårt att se att en inre förändring skulle vara värdefull om den inte även leder till förändring på kroppens utsida. Den som inte känner sig nedstämd inuti kroppen längre kommer att vara gladare på kroppens utsida, och ofta leva ett mer aktivt liv. Den som fått bättre självförtroende vågar göra saker som personen inte vågade innan självförtroendet förbättrades.

KBT handlar om tekniker, då är inte terapirelationen viktig. I KBT används ofta men inte alltid en så kallad manual, vilket kan leda till slutsatsen att terapin går ut på att lära sig hur man ska hantera sina problem, och då är inte själva terapirelationen särskilt viktig. Det är ett missförstånd.

Fördelen med att använda en manual är att en sådan har stöd i forskning, vilket gör att sannolikheten ökar för att behandlingen kommer att hjälpa patienten. Men terapirelationen är alltid viktig i KBT, för utan en terapirelation som präglas av kvaliteter som empati och värme kan inte terapin fungera. Det betonas inom KBT och det visar även forskningen om terapi (Norcross, J. C., & Lambert, M. J., 2019).

Dessutom lyfter man inom KBT fram att terapirelationen ska präglas av samarbete mellan patient och terapeut. Patienten är expert på sitt eget liv, och terapeuten är expert på psykoterapi, och tillsammans ska de utveckla en så bra behandling som möjligt.

I KBT utvecklar patienten inte självkännedom. Tvärtemot vad många tror, är det nödvändigt att patienten i KBT utvecklar självkännedom. Insikterna är av två slag, som har nämnts tidigare. Dels om bakgrunden till problemen, och dels om något än viktigare: förstå hur det kommer sig att patienten själv inte lyckats komma till rätta med dem, alltså hur problemen vidmakthålls. Sådan självkännedom är grunden för att våga göra annorlunda, det vill säga ändra sitt beteende.

Dessutom, när man vågar göra en förändring av sitt beteende – säg att man är deprimerad och aktiverar sig trots att man är tveksam till om det kan ge något av värde – kan man med den nya erfarenheten som grund åstadkomma ökad självkännedom. I fallet med den deprimerade, kanske tankar om att man klarar av att göra mer och uppskattar det mer än vad man trodde sig göra.

KBT är ytligt. När det gäller invändningen om ”ytlighet” avses ofta att man i KBT vill hjälpa patienter att få mindre symtom. Men det finns inget ytligt med det, tvärtom. Det som människor lider av är det som kallas för symtom. Vid depression är ett symtom att ha svårt att känna glädje. Att då hjälpa patienten med att återigen känna mer glädje är förstås angeläget, och något som patienten vill åstadkomma, och alls inget ytligt. Vid vad som heter emotionellt instabilt personlighetsyndrom, ofta kallat för borderline, har man ett svajigt känsloliv, och det är vanligt med aggressionsutbrott som personen sedan ångrar. Att då hjälpa patienten med att bli mer stabil och kunna hantera sin ilska mer konstruktivt är förstås inte något ytligt, utan angeläget och något som patienten önskar.

KBT passar inte för relationsproblem. Det är ett vanligt missförstånd att KBT inte passar vid relationsproblem. Redan Joseph Wolpe – som alltså redan 1958 lanserade beteendeterapi – använde sitt upplägg vid relationsproblem. Aaron Beck för sin del skrev en bok om hur hans kognitiva terapi kunde vara användbar vid äktenskapsproblem (Beck, A. T., 1990). Det finns också moderna former av KBT med forskningsstöd som är utvecklade för att behandla just problem i relationer (Fischer, m fl., 2016). KBT vid relationsproblematik har ofta fokus på hur parets samspel ser ut, med målet att öka acceptans för varandras olikheter och förbättra parets ömsesidiga kommunikation.

Samtidens KBT

I dag är KBT ett område som innehåller många former av psykoterapi, där man kan få hjälp med så olika problem som perfektionism, trauman och tvångstankar.

Något som blivit vanligt är vad som kallas för tredje vågens KBT. Den första vågens KBT handlade om att ändra beteendet. Den andra vågen intresserade sig även för tankar. Men den tredje vågens KBT handlar om förhållningsättet till sina upplevelser. Där kommer så kallad träning i medveten närvaro in, vilket innebär att kunna ha en observerande och accepterande hållning gentemot mot vad man tänker och känner. Samtidigt innehåller KBT alltid fler inslag, framför allt i form av att bryta undvikanden av olika slag. Allt för att patienten ska fungera bättre, och få ökad livskvalitet.

Det har visat sig att sådana förbättringar kan uppstå även i terapier som sker via internet (Andersson, m. fl., 2019). Inom KBT försöker man se om terapi även kan göras mer tillgängligt via appar och liknande, och det forskas om hur sådan behandling står sig mot traditionell behandling. Samtidigt kommer traditionell terapi där man ses ansikte mot ansikte att ha sin givna plats inom överskådlig tid.

Om psykoterapiforskning

Alla former av psykoterapi behöver utvärderas på ett strukturerat vis för att det ska vara möjligt att uttala sig om dess effekter och förändringsprocesser. Under en lång tid har psykoterapiforskning därför efterliknat ett upplägg som ursprungligen härstammar från medicinska studier. Utgångspunkten har varit hög transparens, i form av att alla procedurer är noggrant redovisade, exempelvis hur rekryteringen av patienter har gått till. Likaså har betoningen legat på stor kontroll, det vill säga att forskarna har försökt att isolera den variabel som är av intresse att studera, till exempel att säkerställa att det är behandlingen i sig som leder till en förändring – inte andra orsaker, så som spontanförbättring.

En av de viktigaste formerna av forskning för att åstadkomma såväl hög transparens som stor kontroll är så kallade randomiserade kontrollerade studier (RCT, efter engelskans Randomized Controlled Trial). Detta upplägg innebär att de patienter som har rekryterats till en studie slumpmässigt delas in i olika grupper (randomiseras), där exempelvis hälften får den aktiva behandlingen och hälften får vänta på sin behandling (väntelista). På detta sätt kan forskare säkerställa att det inte finns någon systematik i vem som hamnar i vilken betingelse, vilket minskar antalet felkällor när resultaten ska utvärderas. Inom psykoterapiforskning har just väntelista varit den vanligaste formen av kontrollgrupp eftersom man dels kan anta att det efterliknar verkligheten där patienter ofta får vänta på sin behandling, dels att det är svårt att erbjuda en så kallad placebo (låtsasbehandling). En viktig kritik mot psykoterapiforskning har samtidig t varit att det finns långt färre studier där man jämför två behandlingar mot varandra, liksom att patienter som väntar på sin behandling både kan förbättras och försämras spontant.

Om patienterna i en betingelse, exempelvis kognitiv beteendeterapi (KBT), förbättras i större utsträckning än patienterna i väntelistan finns det mycket som talar för att det är behandlingen i sig som leder till en förändring. Skillnaden mellan betingelser efter studiens slut används sedan för att avgöra om den är statistiskt säkerställd och inte beror på slumpen eller mätfel. Ännu viktigare är emellertid att fastställa om förändringen som har skett i behandlingen är kliniskt relevant, vilket innebär att patientens förbättring är betydande och har gett tydliga resultat i dess vardag. Denna sistnämnda metod kan också tillämpas för att avgöra hur många patienter som är oförändrade eller försämras efter sin behandling. Väl genomförd psykoterapiforskning redovisar alltså inte bara att det finns en förändring, utan även hur många patienter som har blivit bättre, inte har förändrats och mår sämre.

Historiskt sett har KBT använt sig av RCT-studier i mycket större utsträckning än andra former av psykoterapi. Detta beror bland annat på en längre tradition av att bedriva experiment i laboratoriemiljö, att man tidigt anammade upplägget från medicinska studier och att man började manualisera sina behandlingar (beskrev steg-för-steg hur olika diagnoser skulle behandlas). Idag pågår det dock liknande studier inom andra former av psykoterapi, inte minst modern psykodynamisk psykoterapi, så som affektfokuserad terapi.

Utöver RCT-studier finns det även annan psykoterapiforskning som är viktig för att besvara vad som orsakar de effekter som har uppmätts. Det kan handla om att studera vissa variablers inverkan på en förändring (mediatorer), exempelvis betydelsen av den terapeutiska relationen för minskningen av symptom. Studier av detta slag kännetecknas bland annat av tillämpningen av upprepade mätningar under behandlingens gång för att avgöra när och varför en förbättring sker. På samma gång kan kvalitativa studier vara värdefulla för att undersöka patienters subjektiva upplevelser kring sin behandling och den förändring som har ägt rum, till exempel att genom intervjuer försöka förstå vad personerna själva tyckte var hjälpsamt. Sist men inte minst är det avgörande att ta reda på om en behandling som har visat sig vara effektiv under strikt kontrollerade förhållanden fungerar lika bra inom reguljär sjukvård.

Denna sistnämnda del har dessvärre fått mindre utrymme i psykoterapiforskning, framför allt på grund av att det är komplicerat att införa och utvärdera behandlingar i en klinisk vardag.

För att avgöra om en behandling är effektiv kan det vara bra att börja med att läsa en systematisk översikt och meta-analys (sammanställning av många enskilda studier). Det ger en överblicksbild över forskningsläget för en viss terapiform och diagnos. I Sverige publicerar bland annat Socialstyrelsen nationella riktlinjer över vilka behandlingar som rekommenderas. På samma sätt ger Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU) ofta ut sammanfattningar av psykoterapiforskning. Samtidigt kan det vara bra att ta del av enskilda RCT-studier för att ta reda på lite mer om förhållandena under vilken en behandling har bedrivits och huruvida det går att överföra resultaten till sin egen situation. Även om psykoterapi har visat på goda effekter på gruppnivå är varje patient unik, vilket betyder att också individuella faktorer hos såväl patient som behandlare är betydelsefulla för hur väl samarbetet fungerar och hur det går i behandlingen.

Vetenskapliga resultat

Psykoterapi har på gruppnivå visat sig fungera för en rad olika diagnoser och problemområden. Det finns en stor mängd forskning som talar för dess positiva effekter för många patienter, där resultaten både ger märkbara förändringar i individens vardag och är varaktiga – med uppföljningar som ofta sträcker sig mellan 6-36 månader. I många fall gäller detta behandlingar som ges både individuellt och i grupp. För KBT anses forskningsunderlaget särskilt gott eftersom man länge har använt sig av RCT-studier och hunnit genomföra många utvärderingar. Det gäller framför allt lindrig till medelsvår depression; ångestsyndrom så som social ångest, paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom respektive specifik fobi; posttraumatiskt stressyndrom; tvångssyndrom och ätstörningstillstånd så som bulimia nervosa. Vidare har KBT visat sig fungera väl vid relationsproblem och aggressionssvårigheter. Inom KBT finns det även varianter som tillhör samma tradition och innehåller inslag av medveten närvaro, emotionsreglering och acceptansbetonade strategier (exempelvis Dialektisk beteendeterapi och Acceptance and Commitment Therapy), vilka har visat sig ge bra resultat både i sig själva och som komplement till medicinsk behandling, till exempel för schizofreni, bipolär sjukdom, alkohol- och substansbruk och emotionellt instabil personlighetsstörning. Vidare har KBT goda effekter på besvär som har både kroppsliga och psykologiska orsaker, däribland insomni, vaginism, Irritable Bowel Syndrome (IBS), erektil dysfunktion, migrän, stressrelaterad ohälsa och långvarig smärta.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (2021) rekommenderas idag KBT vid många diagnoser (hög prioritet, 1-3, på en skala 1-10), före andra terapiformer och medicinsk behandling – se nedan. Dessa nationella riktlinjer är tänkt att fungera som underlag för beslutsfattare i exempelvis landets regioner när det kommer till beställningen av vård.

Barn och unga: lindring till medelsvår depression, generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social ångest, specifik fobi, posttraumatiskt stressyndrom och tvångssyndrom.

Vuxna: lindrig till medelsvår depression, recidiverande (återkommande) depression, paniksyndrom, social ångest, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom.

Sammantaget är det vetenskapliga underlaget för KBT starkt. Likaså rekommenderas terapiformen för flertalet diagnoser inom den reguljära sjukvården i Sverige. På senare tid har dessutom forskning pekat på stora och ibland likvärdiga effekter för det som brukar kallas internetbaserad KBT (iKBT), vilket kännetecknas av en självhjälpsbehandling där patienten får stöd av en behandlare via krypterade textmeddelanden. Det finns idag en stor mängd studier som visar att iKBT fungerar väl vid exempelvis lindrig till medelsvår depression, social ångest, paniksyndrom, posttraumatiskt stressyndrom, generalise-

rat ångestsyndrom, insomni, IBS, hälsoångest, tvångssyndrom och dysmorfofobi – varav många av dessa diagnoser erbjuds behandling för via Region Stockholms Internetpsykiatri (www.internetpsykiatri.se).

Framtida forskning

Psykoterapiforskning har bedrivits i över hundra år och stora framsteg har gjorts under de senaste decennierna när det kommer till att fastställa att psykoterapi faktiskt fungerar. Samtidigt återstår många viktiga frågor beträffande för vem och under vilka förutsättningar behandlingen ska ges för att optimera utfallet. Idag pågår spännande forskning som försöker besvara detta och utveckla mer skräddarsydda alternativ. Det sker bland annat genom regelbunden mätning, exempelvis inför varje session, vilket genererar stora mängder data som därefter kan analyseras med hjälp av artificiell intelligens och maskininlärning. Att på detta vis återkommande stämma av patientens mående har även visat sig vara betydelsefullt för att minska risken för försämring, liksom förväntas kunna användas för att hitta rätt dos av behandlingen för att åstadkomma bästa möjliga resultat. För KBT specifikt har forskningen på senare tid även börjat titta närmare på själva behandlingsformatet. Det kan bland annat handla om att utveckla kortare och mer kompakta upplägg för vissa diagnoser, så som en fyradagars intensivbehandling utifrån KBT för tvångssyndrom som har visat sig ge lika goda resultat som en behandling som pågår en gång i veckan i minst ett halvår. Ett annat exempel består av att blanda traditionell psykoterapi, ansikte-mot-ansikte, med digitalt stöd i form av en applikation eller videolänk. Vidare sker det en ständig evolution inom KBT där nya influenser tas in för att förbättra resultaten och nå fler patienter. Förutom ovan nämnda varianter förekommer exempelvis idag inslag av självmedkänsla, anknytningsteori och en större betoning på vad som sker i terapirummet mellan behandlare och patient. Slutligen har ett allt större intresse väckts inom KBT för så kallade transdiagnostiska (diagnosöverskridande) mekanismer, liksom problemområden som inte utgör diagnoser. Det kan röra sig om självkritik, perfektionism och prokrastinering, vilka ofta förekommer och vidmakthåller andra svårigheter och därmed blir relevanta att behandla i sig.

Referenser

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217-237.

Arnberg, A., & Öst, L. G. (2014). CBT for children with depressive symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 43(*4), 275-288.

Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). Internet delivered psychological treatments: From innovation to implementation. *World Psychiatry, 18*(1), 20-28.

Barkham, M., & Lambert, M., J. (2021). The efficay and effectiveness of psychological therapies. I M. Barkham, W. Lutz & L. G. Castonguay (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (sjunde uppl.)*. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.

Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: 2. Theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry, 10,* 561-571.

Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects.* New York: Harper & Row.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.

Beck, A. T. (1990). *Bara kärlek räcker inte: Konsten att rädda ett äktenskap genom kognitiv terapi.* Stockholm. Natur & Kultur.

Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and

combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry, 22*(1), 105-115.

Etzelmueller, A., Vis, C., Karyotaki, E., Baumeister, H., Titov, N., Berking, M., ... & Ebert, D. D. (2020). Effects of internet-based cognitive behavioral therapy in routine care for adults in treatment for depression and anxiety: systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research, 22*(8), e18100.

Fischer, M. S., Baucom, D. H., & Cohen, M. J. (2016). Cognitive-behavioral couple therapies: Review of the evidence for the treatment of relationship distress, psychopathology, and chronic health conditions. *Family process, 55*(3), 423-442.

Goldfried, M. R. (1995). *From cognitive-behavior therapy to psychotherapy integration: An evolving view.* New York: Springer.

Hansen, B., Kvale, G., Hagen, K., Havnen, A., & Öst, L. G. (2019). The Bergen 4-day treatment for OCD: four years follow-up of concentrated ERP in a clinical mental health setting. *Cognitive Behaviour Therapy, 48*(2), 89-105.

Hedman-Lagerlöf, E., Carlbring, P., Svärdman, F., Riper, H., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2023). Therapist-supported Internet-based cognitive behaviour therapy yields similar effects as face-to-face therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry, 22*(2), 305-314.

Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., genannt Bermpohl, F. M., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., ... & Forsell, Y. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 78*(4), 361-371.

Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy, 55*(4), 520-537.

Mathiasen, K., Andersen, T. E., Lichtenstein, M. B., Ehlers, L. H., Riper, H., Kleiboer, A., & Roessler, K. K. (2022). The clinical effectiveness of blended cognitive behavioral therapy compared with face-to-face cognitive behavioral therapy for adult depression: randomized controlled noninferiority trial. *Journal of Medical Internet Research, 24*(9), e36577.

Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin, 143*(4), 384-427.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1 Evidence-based therapist contributions.* New York: Oxford University Press.

Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2022). *Neuroticism: Ett nytt perspektiv på emotionella problem och deras behandling.* Stockholm. Natur & Kultur.

Schaeuffele, C., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2021). CBT at the crossroads: The rise of transdiagnostic treatments. *International Journal of Cognitive Therapy, 14,* 86-113.

Shafran, R., Coughtrey, A., & Kothari, R. (2016). New frontiers in the treatment of perfectionism. *International Journal of Cognitive Therapy, 9*(2), 156-170.

Sigurvinsdóttir, A. L., Jensínudóttir, K. B., Baldvinsdóttir, K. D., Smárason, O., & Skarphedinsson, G. (2020). Effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for child and adolescent anxiety disorders across different CBT modalities and comparisons: A systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry, 74*(3), 168-180.

Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 57,* 141-163.

Socialstyrelsen, S. (2021). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: Stöd för styrning och ledning.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Springer, K. S., Levy, H. C., & Tolin, D. F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 61,* 1-8.

Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. P*sychological Bulletin, 138*(4), 775-808.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition.* Stanford, Calif.: Stanford Univ. Press.

Svenska föreningen för kognitiva och beteendeinriktade terapier – sfKBT

SfKBT har sina rötter i kognitiv terapi som utvecklades på 60-talet av Aaron T. Beck, amerikansk psykiater och psykoterapeut och portalgestalt för terapiformen. Idag omfattar föreningen fler teorier och behandlingssätt inom KBT.

sfKBT är en intresseförening som:

- verkar för att främja kunskap, utbildning, forskning och praktik inom KBT
- består av en riksförening samt fyra lokalföreningar geografiskt spridda i landet
- har drygt 600 medlemmar, varav mer än en fjärdedel är legitimerade psykoterapeuter.
- är medlem i European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT)
- ger ut den digitala medlemstidningen Sokraten fyra gånger per år, har en intern diskussionslista, har återkommande kvälls föreläsningar i lokalföreningarna, s.k. Sokratiska caféer i digitalt och reellt format, har en tvådagarskonferens varje år.
- auktoriserar grundutbildningar i KBT i enlighet med ett fastställt policydokument i utbildningsfrågor
- förmedlar information om utbildningar, workshops, terapeuter m.m. på hemsidan där även medlemskap kan sökas.

Hemsida: www.sfkbt.se

Hypnospsykoterapi

Vad är hypnos?

Hypnos är ett samlingsbegrepp för ett flertal imaginativa och fokuserande metoder som underlättar både utredning (diagnos) och behandling av patientens problem, samt ger tillgång till omedvetna resurser. Dit hör såväl bortträngt traumatiskt material som resurser för integration och läkning. Ordet hypnos används också för att beteckna det tillstånd som terapeutens metoder leder till; ett tillstånd som gynnar behandlingen. Ibland används ordet ”trance” eller FMT (förändrat medvetandetillstånd). Tillståndet per se kan kännas igen från andra sammanhang och med andra etiketter. I hypnos är man vaken, medveten och fullt kapabel att påverka eller avbryta det som händer, samt samtala och välja vad man vill behålla för sig själv eller dela med sig av. Det är mycket sällsynt att patienter glömmer vad de sagt i hypnos – troligen lika ovanligt eller vanligt som att glömma vad man sagt i en ordinär samtalsterapi. Det är däremot inte ovanligt att patienter överraskas av hur nära de kommer sitt allra innersta autentiska jag, samt hur de kan erinra sig, för behandlingen avgörande erfarenheter som de hade glömt, eller till och med aktivt trängt bort eller förnekat. Att lösa upp sådana försvar gör patienten sårbar. Vi utbildar våra hypnospsykoterapeuter att hålla och härbärgera vilket ofta innebär en större individanpassning än manual-baserad behandling medger. Våra behandlare är fullt fokuserade på patientens behov, som bland annat kan handla om trygghet i behandlingsrelationen, förståelse för den inre världen eller mer konkret ångestreglering.

Till vad nytta?

Nyttan med att guida klienten in i ett förändrat medvetandetillstånd är att det öppnar klientens medvetande, ger en större tillgång till kreativa lösningar samt tillgång till personliga känslor, minnen och behov. Terapeuten kan använda hypnos för att lyfta fram just de känslor, tankar och beteenden som har betydelse för klientens utveckling i enlighet med de överenskommelser som gjorts mellan klient och terapeut avseende mål och innehåll. Oönskade, men envisa känslor, tankar och beteenden som klienten upplever hindrande kan också lyftas fram, förtydligas och begripliggöras på ett sätt som hjälper klienten att på sikt bli friare i sina val. Även önskvärda, men hämmade eller nedtryckta egenskaper, känslor, tankar och beteenden kan lockas fram betydligt snabbare med hypnos än i traditionell samtalsterapi.

Hur har hypnosen utvecklats?

Begreppet hypnos myntades av den skotske läkaren James Braid år 1841. Braid använde hypnos främst för att lindra smärta och neurotiska besvär. Under 1900-talet utvecklades hypnos som ett effektivt hjälp-

medel i behandling av i stort sett varje för tidsandan uppmärksammad diagnos. Lärofäderna Sigmund Freud, Pierre Janet och inte minst Ambroise Liebeault lyckades alla med konststycket att med hypnos få fram bortträngda upplevelser från barndom eller senare, som orsakat de symptom för vilka patienten sökt hjälp. Man var redan då medveten om att metoden bara hjälper om relationen är tillitsfull och man använde begreppet ”Rapport” för detta viktiga fenomen.

När Freud blev som mest fascinerad av hypnos var han precis i början av att utveckla det som senare blev psykoanalys. Vid den tidpunkten hade han ännu inte insett överföringarnas betydelse i behandlingsarbetet. Till skillnad från Janet och övriga inom den franska ”Nancy”-skolan använde Freud hypnos på ett auktoritärt vis, så som han lärt av Charcot. Det kan vara en av förklaringarna till att han hade mindre framgång med hypnos, än exempelvis Pierre Janet. En av Freuds egna förklaringar till att han lämnade hypnos som metod var de erotiskt färgade överföringar han råkade ut för och som han antog berodde på att hypnos öppnade alltför djupt liggande affekter (Gay, 1991). Freuds och Breuers gemensamma patient Anna O. ägnade sig åt en prat-kur som enligt Breuer blev avgörande effektiv, just därför att Anna försatte sig själv i hypnos, vilket gav henne tillträde till symptomens orsaker (Gay, 1991, s 83). När Freud, uppmuntrad av Breuer, återigen prövade hypnos med en svårt traumatiserad kvinna, blev hon irriterad på att han avbröt henne med frågor emedan hon ville tala fritt (Gay, 1991, s 88). Gay beskriver hur Freud i sin iver att få fram vad det var som plågade patienten, brast i lyhördhet ”genom att … avbryta deras berättande”. Freud använde ”en auktoritär stil som han snart skulle komma att överge” (Gay, 1991, s. 312).

Idag använder psykoterapeuter hypnos på ett icke-auktoritärt vis, med stor respekt för patientens integritet, behov av egenkontroll, samt inte minst behovet att känna terapeutens inlyssnande närvaro och empati.

SFKH ansluter sig till den internationellt etablerade professionella etiska hållning som kräver att evidensbaserad hypnos skall utföras inom ramen för någon av de etablerade psykoterapeutiska skolbildningarna. De psykoterapeuter som är medlemmar i SFKH (Svenska föreningen för klinisk hypnos) kan ha en kognitiv, beteendeterapeutisk, psykodynamisk eller annan teoretisk grund. De som utbildats att använda hypnos i behandling får snabbt erfara en ofta oväntad tillgång till människans omedvetna kapacitet till läkning och utveckling. Vår gedigna kunskapsbank och kompetens avseende omedvetna / implicita resurser är hjälpsamt inom många psykoterapeutiska inriktningar och metoder, exempelvis psykoanalys, PDT, ISTDP, KBT, ACT, EgoState-terapi, IFS, EMDR, existentiell, relationell, affektfokuserad, etcetera.

Vem får behandla med hypnos?

Hypnos är ett kraftfullt verktyg som i fel händer kan missbrukas varför vi är särskilt angelägna om att behålla den svenska lagstiftning som hindrar lekmän från att behandla med hypnos. Den som söker sig till en hypnosterapeut uppmanas att endast anlita en behandlare med en legitimation i ett vårdyrke eller en kandidat under utbildning hos SFKH. Detta måste tyvärr poängteras, eftersom det finns alternativa hypnosföreningar som utbildar lekmän inom s.k. friskvård, och som inte fyller kriterierna för medlemskap i SFKH. En eventuell felbehandling hos sådan lekman kan inte anmälas hos vare sig IVO eller professionsfacklig etisk kommitté, således saknas patientskydd.

Vilken inriktning och människosyn har hypnosterapeuter?

SFKH står på vetenskaplig grund med förankring i en metodutveckling som pågått i mer än 180 år räknat från doktor Braids pionjärarbete. Olika inriktningar kompletterar varandra: den psykodynamiska kunskapsgrunden ger en djupgående förståelse för omedvetna krafter bakom symptom och en gedigen

teori om vad vi gör när vi arbetar med omedveten dynamik. De metoder som lärs ut som KBT har en parallell i den lösningsfokuserade hypnostradition som går under begreppet ”Ericksoniansk” konverserande hypnos och med tekniker som lyfter fram resurser som ger egenkontroll, resurser och möjligheter.

Vi eftersträvar att se essensen i olika metoder och integrera dessa med beprövad traditionell hypnosmetodik. Exempel: En psykodynamiskt skolad terapeut använder sin kunskap om utforskandets betydelse och lägger till hypnos för att effektivisera utforskandet. Terapeuten kan då hjälpa sin patient att snabbare upptäcka hur aktuella problem har sin grund i tidigare erfarenheter. Terapeuten kan även hämta inspiration från beteendeterapi och andra symptombemästrande inriktningar. Hon/han kan exempelvis införa hypnos för att lindra smärta, ångest, flygrädsla eller sömnproblem under en pågående utforskande och insiktsorienterad terapi. En patient med ett drogmissbruk kan få hjälp av sin hypnosterapeut att utforska vilka omedvetna krafter som döljer sig under missbruket, samtidigt som terapeuten kan hjälpa patienten att mentalt stärka motivationen till sundare vanor.

En kognitivt inriktad psykoterapeut kan använda hypnos för att utforska tidigt inlärda mönster, finna när och hur dessa mönster bildades, samt vilka undermedvetna resurser patienten har, för att frigöra låsningar och möjliggöra utveckling.

Psykoterapeuter som använder hypnos integrerar metoder från olika skolor och har mycket gemensamt trots olika teoretisk grund. Hypnos ger en djupare intensitet i behandlingen, så att interventionerna får starkare effekt än annars.

Hur hittar man en lämplig hypnosterapeut?

I valet av hypnosterapeut har du kanske en preferens för en specifik skolbildning; exempelvis psykodynamisk, KBT eller existentiell. Dock rekommenderar vi, för att hitta rätt, att du också går på en intervju hos den tilltänkta terapeuten och litar på din upplevelse av hur det känns att samtala med denna människa. Om du känner dig sedd, rätt uppfattad, förstådd och väl mottagen är det en god början. Om du sedan känner att psykoterapeuten anpassar sin hypnosmetod så att den känns trygg, givande och personligt utformad, talar detta för en god prognos. Terapeuten använder sin hypnoskunskap på olika sätt med olika patienter, somliga behöver få en från det vakna samtalandet tydligt avgränsad hypnosupplevelse medan andra är mer hjälpta av ”Ericksoniansk” indirekt hypnos; att under samtalet uppmanas att fokusera på och utforska ett för terapin centralt fenomen.

För vem är hypnos lämpligt?

Alla som inser att deras problem har en psykologisk aspekt kan ha stor nytta av hypnos.

Hypnos används framgångsrikt som komplement vid medicinska eller kirurgiska ingrepp, för att lindra sjukdoms- och behandlingsrelaterad ångest, smärta, stress och oro, oavsett om det handlar om kroppslig sjukdom, psykogen smärta eller förberedelse inför ingrepp. Hypnosterapi är ett gemensamt arbete där psykoterapeuten har överblick och ansvar att styra behandlingen i en konstruktiv riktning, medan patienten befinner sig i, och utforskar det som utgör behandlingens fokus. Hypnos är därför lämpligt för alla patienter som är villiga att ingå ett sådant samarbete.

Huruvida hypnos är lämpligt i det enskilda fallet ska bedömas i den kliniska intervjun/ bedömningssamtalet. Om patienten känner förtroende för psykoterapeuten kan valet bli att fortsätta arbeta psykoterapeutiskt tillsammans oavsett om hypnos används eller om man avvaktar med om eller hypnos kan vara till nytta.

Om psykoterapiforskning

Vetenskap om hypnos handlar om att granska om och hur hypnosbehandling hjälper (effektivitet/ evidensbasering / bevis att metoden har effekt) samt att undersöka vad i behandlingssituationen det är som ger behandlingsresultat (effekt / kunskap om läkningsmekanismer / söka förklara en metods konstaterade effekt).

I hypnos används patientens mentala och emotionella förmåga att aktivera inre läkningsprocesser; en kapacitet som också förklarar placeboeffekten. Placeboeffekten bygger på ett förtroende som aktiverar hopp, tillit och inre läkningsresurser, vilket återspeglas i hormoner, signalsubstanser, neuropeptider och andra neurobiologiska markörer. Även epigenetisk forskning har använts för att förstå människans mentala förmåga att åstadkomma djupgående inre förändring via hypnos och liknande metoder (Rossi, 2016). I hypnos eftersträvar man att aktivera dessa läkande mekanismer medvetet, i samförstånd med patienten, så att den traditionella placeboeffekten ökar från 30% av samtliga verksamma faktorer, vilket är vanligt i kontrollerade studier, till att vara ett mentalt verktyg under patientens egen kontroll. Placeboeffekten förstärks då och nyttjas som överenskomna självsuggestioner som i sin tur aktiverar omedvetna läkningsresurser.

Vetenskapen om hur hypnos har effekt baseras oftast på kliniska fallstudier och därtill kopplade förklaringsmodeller.

Vetenskapen om relationens betydelse beaktas också. Hypnos kan ge en stark känsla av närhet mellan terapeut och patient. Det gynnar behandlingen, förutsatt att terapeuten har god självkännedom och handledning, så att han/hon inte förförs av de snabba effekter man ofta ser. Detta gäller naturligtvis alla intensiva behandlingsmetoder med känslofokus.

Hypnostillståndet i en psykoterapi brukar upplevas som en ömsesidig trance. Det gynnar den empati som vi kallar hypnotisk resonans. Terapeutens trancetillstånd, s.k. ”arbetstrance” framkallar en kreativ öppen mottaglighet för patientens ickeverbala kommunikation, utan att den professionell överblicken går förlorad (Meyerson, 2024).

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

Forskning och vetenskapliga resultat

Ett av hypnosens forskningsområden är att dokumentera resultat (evidensbasering). En del hypnosforskare tillmötesgår den medicinska evidenstraditionen med kontrollerade randomiserade studier. Den typen av resultatstudier och även kvalitativa fallstudier har publicerats avseende somatiska och psykosomatiska besvär, ätstörningar (Loriedo, 2024), mag-tarmbesvär (Whorwell, 2024), fibromyalgi (Häuser, 2024), förlossningsprofylax (Balint, 2024), epilepsi, stroke och posttraumatisk psykos (Carolusson, 2024), pre- och postoperativa tillstånd (Jakubovitzs, 2024), (Perczel, 2024) samt diverse smärttillstånd dels hos barn (Kuttner, 2018) dels hos vuxna, där David Patterson bidragit med en stor arsenal av djuppsykologiska psykoterapeutiska metoder för smärtlindring (Patterson, 2024).

Beträffande hypnos i behandling av ångest och depression finns evidens från kontrollerade randomi-

serade studier som visar att hypnos i kombination med KBT har bättre effekt än enbart KBT (Yapko, 2023).

Kvalitativa fallstudier som uppfyller akademiska krav på publicerbarhet finns också för posttraumatiskt stressyndrom, kronisk trötthet och andra besvär som psykoterapeuter möter i sin praktik.

Ett angeläget forskningsområde är hur erkänt skickliga psykoterapeuter gör i praktiken, s.k. metodlära. En klassisk och fortfarande intressant publikation beskriver gemensamma faktorer hos skickliga terapeuter inom gestalt-, familje- och hypnosterapi. (Watzlawick, et al., 1974/ 1998).

Hypnosens terapeutiska effekter har förklarats utifrån olika teoretiska perspektiv; psykodynamiskt, anknytnings-, utvecklingspsykologiskt, affektteoretiskt, neurologiskt-biologiskt, systemteoretiskt och interpersonellt. Forskarens och klinikerns förförståelse påverkar vilket teoretiskt perspektiv de upplever meningsfullt och begripligt.

Aktuell och framtida forskning

Ernest Rossi kan ses som en pionjär i sin framsynta forskning om hur den terapeutiska relationen, patientens och terapeutens medvetandetillstånd samt terapeutisk metod samverkar. Hans teorier har inspirerat andra forskare att försöka förstå och förklara medvetandetillstånd, neurologi och psykosocialt påverkbar genetik. (Cozzolino & Celia, 2021).

Kunskap om hypnosens biomarkörer och neurologiska särdrag kompletteras med metodutveckling, baserad på kunskap om terapeut- och patientspecifika faktorer samt hur dessa interagerar. I varje terapeuts kompetensutveckling utvecklar denna sin genuint personliga behandlingskompetens. Det sker via egenterapi, handledning, kollegialt utbyte, workshops samt genom studier av teoretiskt förankrade fallbeskrivningar. Forskning och utveckling kräver reflektion kring etiska, moraliska och vetenskapsteoretiska ställningstaganden som utgör förförståelse och ramar in forskningen. Även genus-, filosofisk, sociologisk, antropologisk och systemteoretisk forskning är relevant för kliniskt verksamma hypnosterapeuter.

När det gäller kliniskt användbar forskning anas ett paradigmskifte. Hill, et al (2024) beskriver att framstående forskare rör sig bort från diagnoser och protokoll. I stället undersöks hypnos alltmer som en relationell kommunikationskonst i syfte att aktivera patientens unika resurser och där terapeuten låter patientens individuella tolkning, reaktion och feed-back avgöra nästa steg i varje enskilt ögonblick. Kvantitativa data såsom kodad diagnos, ångestnivå på en skala, och grad av hypnotiserbarhet får allt mindre betydelse. Fokus läggs mer på frågan ”Hur?” – hur få inblick i patientens egenupplevda problematik, hur öppna dörren till omedvetna resurser och hur skapa en ömsesidig process som är unik för den enskilde patienten?

Även neurologisk forskning bekräftar relationens betydelse i hypnos. Katalin Varga med flera, har påvisat ett antal neurologiska och hormonella förändringar hos terapeuter och patienter i en experimentell hypnosinduktion. Bland annat uppmättes förändringar i terapeuternas halter av lugn-och-ro-hormonet oxytocin och man såg ett samband mellan högre oxytocin-nivå hos terapeut och störd anknytning hos patient. Eftersom patienternas skattade anknytningsmönster var okänt för terapeuterna i studien torde omsorgshormonet oxytocin ha aktiverats via nonverbal omedveten kommunikation (Varga, et al 2014). I en översiktsartikel har Varga sammanställt den ungerska gruppens forskning avseende relationella faktorers djupgående effekter i centrala nervsystemet när hypnos används (Varga, 2021). Woody och Sandler framhåller behandlingsrelationens avgörande betydelse för resultat, något som ges alltmer uppmärksamhet i forskningen (Woody & Sadler, 2022).

Den alltmer uppmärksammade forskningen om interpersonell neurobiologi (Reinhild Draeger-Mu-

enke, 2024) belyser redan trancetillståndets och hypnosens möjligheter att förfina metoder som redan används i EMDR, Internal Family systems, Egostate-terapi, symboldrama, prolonged exposure, somatic experience och andra kroppsfokuserande terapier, samt delmetoder i metoder, som går under namn som self-compassion, fraktionering, titrering, etcetera.

Även studier av mindfulness i kombination med hypnos har studerats. Yapko och Raz, var för sig, bidrog till kunskap om likheter och skillnader mellan de två för att förstå hur metoderna kompletterar varandra (Yapko, 2011), (Raz, 2016). Senaste åren har forskningen om hypnos fått ett uppsving då man sett goda resultat. Kombinationen mindfulness och hypnos används i traumabehandling (Otani, 2020), för reglering av stress (Slolena & Elkins, 2021), i behandling av självdestruktiva grubblerier (Otani, 2023) och i psykoterapi generellt (Alladin, 2014).

Forskning om hypnos pågår ständigt. För uppdatering se hemsidan.

Referenser

Alladin, A. (2014) Mindfulness-based hypnosis: Blending science, beliefs, and wisdoms to catalyze healing. *American Journal of Clinical Hypnosis, 56*, 285-302.

Amundson, J. K., Alladin, A., & Gill, E. (2003). Efficacy vs Effectiveness Research in Psychotherapy: Applications for Clinical Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis 46*(9), 11-30.

Bálint, S. et al. A Suggestive Presence during Labor and Birth. I: Linden, J., et al. (Eds) (2024). *Routledge International handbook of Clinical Hypnosis.* Taylor and Francis Group. 650-664.

Carolusson, S. Epilepsy, Stroke and Psychoses after Traumatic Brain Injury. I: Linden, J. et al (Eds) (2024) *Routledge International handbook of Clinical Hypnosis. Taylor and Francis Group.* 698-709.

Cozzolino, M., & Celia, G. (2021) The Psychosocial genomics paradigm of hypnosis and mind-body integrated psychotherapy: Scientific evolution and experimental evidence. *American Journal of Clinical Hypnosis, 64*(2).

Draeger-Muenke, R. A Model of Training in Clinical Hypnosis Grounded in Interpersonal Neurobiology. I: Linden, J. et al (Eds) (2024) *Routledge International handbook of Clinical Hypnosis. Taylor and Francis Group.* 840-854.

Gay, P. (1990/1991) *Freud.* Bonnier Förlag. s 83. (Eng original: 1988, *Freud: A Life for Our Time.* Norton & Co.)

Hill, R., Short, D., Rossi, K., Erickson-Klein, R., & Sugarman, L. Hypnotic Horizons. I: Linden, J. et al (Eds) (2024) *Routledge International handbook of Clinical Hypnosis.* Taylor and Francis Group. 904-918.

Häuser, W. & De Benedettis, G. Hypnosis and Fibromyalgia Syndrome. I: Linden, J. et al (Eds) (2024) *Routledge International handbook of Clinical Hypnosis.* Taylor and Francis Group. 640-649.

Jakubovitzs, E. Hypnosis in Surgery: The Social-Psycho-Biological Model of Surgical Hypnosis. I: Linden, J. et al (Eds) (2024) *Routledge International handbook of Clinical Hypnosis.* Taylor and Francis Group. 667-676.

Kuttner, L. (2018) The pain switch for teens with complex pain. Chapter 13. In M. P. Jensen (Ed.) *Hypnotic Techniques for Chronic Pain Management: Favourite methods of master Clinicians.* Denny Creek Press.

Loriedo, C. & Di Giusto, C. Eating Disorders: Using Hypnotic Techniques and Rapport to Treat

Anorexia and Bulimia Nervosa. I: Linden, J. et al (Eds). (2024). *Routledge International handbook of Clinical Hypnosis.* Taylor and Francis Group. 463-473.

Meyerson, J. (2024) *International Congress of Clinical and Medical Hypnosis, Krakow*. Muntligt presenterad Workshop.

Otani, A. (2020) The mindfulness-based phase-oriented trauma therapy (MB-POTT): Hypnosis-informed mindfulness approach to trauma. *American Journal of Clinical Hypnosis, 63*, 95-111.

Otani, A. (2023) Using Buddhist meditation-informed hypnotic techniques to manage rumination: Two case illustrations. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 71,* 48-62.

Patterson, D. & Mendoza, E. (2024). *Clinical Hypnosis for Pain Control. A Comprehensive Approach to Management and Treatment, Second Edition.* American Psychological Association.

Perczel, K. Perioperative Medical Interventions and Devices. I: Linden, J. et al (Eds) (2024) *Routledge International handbook of Clinical Hypnosis*. Taylor and Francis Group. 677-687

Raz, A., & Lifshitz, M. (Eds). (2016). *Hypnosis and meditation: Towards an integrative science of conscious planes.* Oxford University Press.

Rossi, E. & Rossi, K. (2016). *A Quantum field Theory of neuropsychotherapy. The Science of Psychotherapy.* https://www.thescienceofpsychotherapy.com/a-quantum-field-theory-of-psychotherapy/

Slolena, E. E., & Elkins, G. R. (2021). Effects of a brief mindful hypnosis intervention on stress reactivity: A randomized active control study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 69*, 453-467.

Varga, K., & Kekecs,Z. (2014). Oxytocin and cortisol in the hypnotic interaction. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 62*,1. 111-128.

Varga, K. (2021) Possible mechanisms of hypnosis from an interactional perspective. *Brain Sciences, 11*(7), 903. 103390/brainsci11070903

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

Whorwell, P. Hypnosis in Gastroenterology. I: Linden, J. et al (Eds) (2024) *Routledge International handbook of Clinical Hypnosis.* Taylor and Francis Group. 615-627.

Woody, E., & Sadler, P. (2022) Interpersonal aspects of hypnosis: Twisted pears and other forbidden fruit. P*sychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice, 9,* 172-186.

Yapko, M. D. (2011). *Mindfulness and hypnosis: The power of suggestion to transform experience.* W. W. Norton & Company.

Yapko, M. D., & Chriswell, S. R. (2023) Hypnosis and Depression. In: L. S. Milling (Ed.) *Evidence-Based Practise in Clinical Hypnosis.* American Psychological Association.

Klinisk evidens, översiktsartiklar (meta-analyser) om hypnos i psykoterapi

Lynn, S., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardeña, E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention. The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 48*(2), 239-259.

Milling, L. S. (Ed.) (2023). *Evidence-Based Practise in Clinical Hypnosis.* American Psychological Association.

Christensen, et al. (2022). Integrating hypnosis into clinical practice and applications. In G. R. Elkins

(Ed.). *Introduction to clinical hypnosis: The basics and beyond.* 349-392. Independently published.

Rekommendationer för fördjupning

Den senaste forskningen om hypnosens neuropsykologiska grunder, förklaringsmodeller och evidens, den terapeutiska hypnosrelationen, psykoterapi vid ångest och depression, m.m. samt hundratals litteraturreferenser till klinisk tillämpning av hypnos i psykoterapi, finner du i:

Linden, J. H., De Benedettis, G., Sugarman, L. I., & Varga, K. (2024). *Routledge International Handbook of Clinical Hypnosis.* New York: Taylor & Frances Group.

För övrig klinisk tillämpning, se kurslitteratur i SFKH kursutbud: www.hypnosforeningen.se

Svenska föreningen för klinisk hypnos – SFKH

SFKH bildades 1966 och var under flera decennier en förebild för andra länder när de skulle starta nationella hypnosföreningar. Vi ingår i ett världsomfattande starkt samarbete för forskning, kunskap och kompetensutveckling inom hypnosområdet. Sedan 1800-talets slut samlas världens hypnosföreningar i internationella kongresser med framstående forskare och kliniker. SFKH ingår i ESH (European Society for Hypnosis) och ISH (International Society for Hypnosis); två inbördes relaterade paraplyorganisationer för professioner med legitimation att bedriva hälso- och sjukvård. På hemsidan finns länkar till ISH och ESH.

Hemsida: www.hypnosföreningen.se

Psykoanalys

Psykoanalys är en behandlingsform som syftar till att väcka upp och tillvarata en djupgående förändringsprocess i hela personligheten. Dess främsta mål är ökad självkännedom – genom att man lär känna sig själv bättre får man också möjlighet att förverkliga hållbara förändringar i livet.

Psykoanalys kan innebära en unik form av hjälp vid ett flertal så kallade störningar eller syndrom, särskilt om mindre omfattande terapier inte har fungerat. Det arbete man genomför under en analys ökar ens förmåga att förstå och lösa egna psykiska konflikter och bearbeta tidigare trauman. Man eftersträvar frigörelse från falska föreställningar om det egna självet – föreställningar som man tidigare behövt för att skydda sig när verkligheten blivit alltför smärtsam eller hotfull. Det blir möjligt att acceptera besvikelser och misslyckanden som man har konfronterats med under livet, och på så vis får man en mer realistisk syn på både sig själv och omvärlden. I takt med att man lär sig att leva mer uppriktigt blir det också möjligt att hitta kreativa användningar för de inneboende resurser man faktiskt har.

En grundtanke i psykoanalysen är att människan påverkas av omedvetna psykiska skeenden, med andra ord att ingen av oss känner sig själv fullt ut. Det hör på sätt och vis till vardagen att inse att ens självkunskap är begränsad, att det till exempel finns sådant som andra lägger märke hos en som man inte kan uppfatta själv, men i den psykoanalytiska teorin blir denna erfarenhet systematiserad. Att ställas inför aspekter av det egna självet som man inte är medveten om kan kännas hotfullt, och psykoanalysen erbjuder en ram inom vilken man kan närma sig sådana aspekter på ett hanterbart sätt.

Psykoanalysen har sitt historiska ursprung hos den österrikiske läkaren Sigmund Freud, som levde mellan 1856 och 1939. Vid sekelskiftet 1800-1900 rönte han uppmärksamhet för sin bok Drömtydning, i vilken han presenterade den teori och den metod som sedan har blivit känd under namnet Psykoanalys. Både under och efter Freuds liv har psykoanalysen spridits till stora delar av världen, och på skilda platser också genomgått omfattande utveckling. Man talar idag om olika psykoanalytiska "skolor", och dessa går under beteckningar som "jagpsykologi", "objektrelationsteori", "lacaniansk psykoanalys", "självpsykologi", "intersubjektiv analys" med mera. Psykoanalysen har också fått en klinisk utvidgning, dels för att analytiker ska kunna hjälpa människor med flera typer av psykiska problem, men också för att det ska vara möjligt att arbeta analytiskt med par, barn och spädbarn. Gemensamt för all psykoanalytisk behandling är dock, oavsett etikett, den unika möjligheten att inom ramen för en skyddad professionell kontakt kunna tala obehindrat och uppriktigt om sig själv och sitt liv, under den tid som detta kräver.

Vad innebär det att gå i psykoanalys?

Psykoanalys är en genomgripande och långsiktig behandling som ofta pågår i ett antal år och som vanligen innebär flera samtal per vecka.

Analysanden (den som söker en psykoanalytikers hjälp) uppmanas att så fritt som möjligt säga allt som faller henne eller honom in, utan att hålla någonting tillbaka för att det känns fel, opassande eller irrelevant. För att göra detta så bekvämt som möjligt är det vanligt att man ligger ner på en divan eller liknande möbel. Analytikern sitter vanligtvis utom synhåll, strax bakom analysanden.

Den här inramningen innebär en möjlighet för analysanden att öppna sig för en annan människa på ett sätt som inte går att finna i någon vardaglig relation. Analytikern lyssnar med vad man ofta kallar för jämnt svävande uppmärksamhet på analysandens tal eller fria associationer, och genom ett tolkande arbete söker man tillsammans nå nya sätt att förstå analysandens upplevelser. I takt med att arbetet fördjupas blir det möjligt för analysanden att närma sig delar av livet som tidigare varit så skrämmande, förvirrande eller på annat sätt plågsamma att de inte har gått att stå ut med. Ofta sker detta närmande genom det man kallar för överföring; en spontan och omedveten psykisk process som innebär att analytikern kommer att representera sådana personer som varit viktiga i analysandens liv och som varit delaktiga i de svårigheter och besvikelser som ligger till grund för det aktuella lidandet. Man kan säga att behandlingen innefattar ett erbjudande om att på nytt kunna genomleva svåra skeden i livet, i sällskap av en neutral och professionell yrkesutövare.

Man uppfattar nog lätt psykoanalysen som otidsenlig när analytiker insisterar på att ses på samma klockslag flera dagar i veckan, med patienten liggande på divan och själv sittande bakom. Den här inramningen finns för att skydda analysanden, som under perioder av en analys kan vara mycket sårbar i och med kontakten med de starka och ofta långvariga känslotillstånd som behöver arbetas igenom för att möjliggöra ett nytt sätt att leva på.

För vem är psykoanalys bra?

Det lidande som man söker psykoanalys för kan vara av mycket skiftande slag. Det är inte möjligt att avgöra enbart utifrån en diagnos eller ett visst symptom huruvida psykoanalys är rätt väg att gå eller inte. Det som avgör är snarare den sökandes inställning till sina svårigheter – för att behandlingen ska vara framgångsrik måste det finnas en önskan om att få tala om och förstå det man lider av. För den som helt enkelt vill bli kvitt sin ångest, sin nedstämdhet eller motsvarande, är psykoanalys inte lämpligt. Det innebär dock inte att man inte också bör och får önska att må bra. Men eftersom man utgår från att psykiska symptom är uttryck för mer omfattande och delvis omedvetna livsproblem, behövs en önskan om att få samtala och reflektera över längre tid.

Givet att intresset för att samtala och reflektera över ens besvär finns, har psykoanalys visat sig hjälpsamt vid behandling av ångestsyndrom, depression, sexuella svårigheter, psykosomatisk sjukdom, tvångssyndrom, personlighetssyndrom och andra vanliga psykiatriska diagnoser. Därutöver kan psykoanalys också vara en väg framåt för den som lider av mer existentiellt inriktade problem, svårigheter att bryta en ihållande ensamhet, återkommande besvikelser i kärleks- eller arbetslivet och liknande. Psykoanalys kan också fungera som en form av bearbetning efter övergrepp eller andra typer av trauma. I de flesta fall behöver man träffa en psykoanalytiker för några orienterande samtal för att kunna avgöra huruvida en analys är rätt väg att gå.

Hur bedrivs och bekostas en psykoanalys?

Psykoanalys bedrivs mestadels på privata mottagningar av enskilda psykoanalytiker, eller av en handfull analytiker som driver en mottagning tillsammans. Det innebär att det är den som söker analys som själv får betala för behandlingen. En så pass tät och långvarig kontakt med en professionell utövare är förstås kostsam, inte bara ekonomiskt utan också tidsmässigt och känslomässigt. Vad gäller analytikerns arvode, är det något man kommer överens med sin analytiker om under de inledande samtalen, och det är inte ovanligt att man kan komma överens om ett reducerat arvode om det gäller en kontakt med flera samtal per vecka.

Det är också möjligt att gå i psykoanalys hos en så kallad kandidat, det vill säga en person som är under utbildning till psykoanalytiker. Hos en kandidat kan man räkna med att bli erbjuden ett reducerat arvode. Om man väljer att söka upp en kandidat är det viktigt att veta att han eller hon alltid bedriver sitt arbete under handledning av en särskilt erfaren kollega. Mer information om den här möjligheten finns på Svenska psykoanalytiska föreningens hemsida.

Det finns också psykoanalytiker som arbetar i den offentliga vården som läkare, psykolog, psykoterapeut, eller sjuksköterska, i psykiatrin eller på andra platser i vården. Det är sällsynt att man kan erbjuda flera samtal per vecka i sådana sammanhang, men man kan ändå erbjuda ett psykoanalytiskt orienterat terapiarbete.

Om man väl bestämt sig för att söka upp en psykoanalytiker, kan det ofta vara svårt att välja vem man ska söka sig till. Många väljer analytiker med utgångspunkt i rekommendationer från vårdkontakter, vänner eller släktingar. Det finns många sätt att hitta sin analytiker på – det viktigaste är att man väljer att tala med en person som känns rätt, att man upplever att man blir lyssnad till och bemött på ett levande och respektfullt sätt.

Utbildning till psykoanalytiker

Utbildning till psykoanalytiker har sedan lång tid organiserats av föreningar och organisationer fristående från universitetet. Den internationella psykoanalytiska föreningen, IPA, grundades av Sigmund Freud och några av hans närmaste kollegor 1910, och är sedan dess den största paraplyorganisationen för analytiker i stora delar av världen. IPA ställer höga kunskapsmässiga, kliniska och etiska krav på sina medlemmar, både under och efter avslutad utbildning. Svenska psykoanalytiska föreningen är en av IPA:s medlemsorganisationer.

Enligt IPA:s utbildningsstandard krävs teoretisk utbildning under sammanlagt 9 terminer, och i samband med dessa ska ett antal utbildningsfall genomföras under handledning, och med examination inför en utbildningskommitté. Den som läser till psykoanalytiker ska också själv genomgå en så kallad utbildningsanalys, man måste alltså själv ha gått i analys för att bli analytiker. De som läser utbildningen har till största del en klinisk yrkesbakgrund som läkare, psykolog, psykoterapeut, sjuksköterska eller liknande, men det förekommer också att särskilt lämpade personer med annan bakgrund tas emot för utbildning. Vilken grundutbildning en analytiker har är något man kan efterfråga under den inledande kontakten, om det inte redan framgått på analytikerns hemsida eller liknande.

Om psykoterapiforskning

Alltsedan dess instiftande har psykoanalysen varit föremål för ett omfattande vetenskapligt arbete, såväl teoretiskt som kliniskt. Det finns ett stort antal tidskrifter i vilka psykoanalytiker över hela världen arbetar för att utveckla sin förståelse för den psykoanalytiska processen, dess förutsättningar, möjligheter och begränsningar. Den största psykoanalytiska tidskriften, International Journal of Psychoanalysis, grunda-

des 1920 och ges idag ut i 6 nummer årligen. Varje psykoanalytisk förening har sin egen vetenskapliga verksamhet och organiserar konferenser och föreläsningar som ofta är öppna även för icke-analytiska kollegor. Vid sidan av psykoanalysens egna organ är det också vanligt att disputerade psykoanalytiker bedriver kliniskt relevant forskning inom ramen för universitetet. Mer information om det vetenskapliga arbete som är knutet till Svenska psykoanalytiska föreningen finns på föreningens hemsida.

Empirisk forskning om psykoanalytisk långtidsbehandling

Den kanske viktigaste enskilda nordiska studien är STOPP-projektet från Stockholm. Där följdes ett stort antal patienter i psykoanalys och lång psykodynamisk psykoterapi över tid. Studien är naturalistisk snarare än randomiserad, vilket är en styrka när man vill fånga hur behandling faktiskt bedrivs i klinisk vardag, men en svaghet när man vill dra säkra kausala slutsatser. Huvudresultatet var att patienter förbättrades avseende symtom och funktionsnivå, och att förbättringar ofta fortsatte efter behandlingens slut. STOPP blev särskilt viktig därför att den gav empiriskt stöd åt det kliniska intrycket att längre psykoanalytiska behandlingar kan ha fördröjda men varaktiga effekter (Sandell et al. 2000).

Helsinki Psychotherapy Study är ett annat nyckelbidrag. I den randomiserades patienter med ångest- och depressionsproblematik till kort- eller långtidsbehandling, inklusive lång psykodynamisk psykoterapi. De tidiga resultaten visade ofta snabbare förbättring i kortare behandlingar, men vid längre uppföljning blev bilden mer gynnsam för långtidsbehandling. Det gör studien viktig för en psykoanalytisk förståelse av förändring: den antyder att behandlingslängd inte bara påverkar hur mycket patienten förändras utan också när förändringen blir synlig (Knekt et al. 2008).

Om man går från enskilda studier till översikter är Leichsenring och Rabungs JAMA-meta-analys från 2008 den mest citerade. Författarna drog slutsatsen att långtid psykodynamisk psykoterapi är effektiv vid komplexa psykiska tillstånd och i flera analyser överträffade kortare eller mindre intensiva behandlingar. Denna artikel fick mycket genomslag eftersom den publicerades i en mycket inflytelserik medicinsk tidskrift och gav fältet en sammanfattande evidensöversikt. Samtidigt väckte den betydande metoddebatt, bland annat om heterogena patientgrupper, små studier och hur effektstorlekar beräknades. Den bör därför läsas både som ett stöd för långtidsbehandling och som en påminnelse om hur omstritt evidensläget är (Leichsenring & Rabung 2008).

de Maat och kollegors systematiska översikt från 2009 är mer specifikt inriktad på långtids psykoanalytisk terapi. Deras slutsats var att behandlingen förefaller effektiv över ett brett spektrum av tillstånd, med måttliga till stora effekter och med tecken på kvarstående förbättring efter avslut. Samtidigt underströk även denna översikt att studiernas kvalitet varierade och att bättre kontrollerade design behövdes. Den är viktig eftersom den fokuserar tydligare på den psykoanalytiska traditionen än många bredare "psychodynamic"-översikter (de Maat et al. 2009).

Smit et al. (2012) försökte komma närmare ett strikt evidensperspektiv genom att meta-analysera randomiserade och quasi-randomiserade studier av lång psykoanalytisk psykoterapi. Deras slutsats var mer försiktig än hos de Maat och något mindre entusiastisk än hos Leichsenring och Rabung. Studien är därför central just därför att den nyanserar fältet: den visar att långtidsbehandling har stöd, men att stödet blir mer modest när man begränsar sig till striktare studiedesigner. För undervisning är den mycket användbar eftersom den illustrerar hur slutsatser förändras beroende på vilka metodologiska kriterier som används.

De norska Høglend-studierna är särskilt viktiga därför att de inte bara frågar om psykodynamisk långtidsbehandling fungerar, utan vad i behandlingen som bidrar till effekten. I 2008 års studie undersöktes transference interpretations i dynamisk psykoterapi, med resultat som tydde på att sådana inter-

ventioner var särskilt hjälpsamma för patienter med mer långvariga och svåra interpersonella problem. Den senare långtidsuppföljningen visade att dessa skillnader kunde bestå över tid, särskilt för patienter med personlighetsproblematik. Dessa studier är därför bland de starkaste empiriska bidragen till frågan om specifikt psykoanalytiska förändringsmekanismer (Høglend et al. 2008, 2011).

Tavistock Adult Depression Study (TADS) är den viktigaste moderna randomiserade studien av lång psykoanalytisk psykoterapi vid behandlingsresistent depression. Patienter randomiserades till långtids psykoanalytisk psykoterapi plus sedvanlig behandling eller enbart sedvanlig behandling. Resultatbilden var komplex: den psykoanalytiska gruppen var inte entydigt bättre på alla primära mått direkt vid avslut, men uppvisade bättre långtidseffekter på flera kliniskt viktiga utfall under uppföljning. Studien har blivit central eftersom den passar väl med den psykoanalytiska hypotesen om "delayed therapeutic action" – att djupare förändring ibland visar sig senare än kortsiktig symtomlindring (Fonagy et al. 2015).

Den tyska LAC-studien av Leuzinger-Bohleber och kollegor jämförde lång psykoanalytisk terapi med lång KBT för kronisk depression. Båda behandlingarna ledde till betydande och bestående förbättringar. Det som gör studien särskilt intressant ur psykoanalytiskt perspektiv är att den också försökte mäta mer "strukturella" förändringar, inte bara symtomreduktion. Därmed ligger den närmare psykoanalysens egna behandlingsmål än många andra effektstudier. Senare uppföljningar från samma forskningsprogram har fortsatt att undersöka långsiktiga förändringar och möjlig differentialindikation, till exempel hos patienter med barndomstrauma (Leuzinger-Bohleber et al. 2019).

Om man sammanfattar fältet som helhet framträder tre robusta slutsatser. För det första finns det ett konsekvent stöd för att lång psykoanalytisk/psykodynamisk behandling kan vara verksam vid komplexa och kroniska tillstånd. För det andra verkar förbättring ofta fortsätta efter behandlingens slut, vilket är ett ovanligt men återkommande fynd. För det tredje är evidensbasen fortfarande metodologiskt ojämn: naturalistiska studier och långtidsuppföljningar är ofta starka, men randomiserade studier är färre och resultaten mer nyanserade. Därför är det mest rimliga läget idag varken att säga att psykoanalytisk långtidsbehandling är "obevisad" eller att den är lika väl belagd som de mest studerade korttidsbehandlingarna. Den har ett seriöst empiriskt stöd, men stödet är starkast för vissa patientgrupper och för långsiktiga snarare än omedelbara effekter (jmf. Fonagy, 2015).

Nyare forskning (efter 2020) om psykoanalytisk långtidsbehandling

Under de senaste åren har forskningen om psykoanalytisk och psykodynamisk psykoterapi fortsatt att utvecklas, framför allt genom systematiska översikter, meta-analyser och långtidsuppföljningar av kliniska studier. Den moderna forskningen använder ofta begreppet psychodynamic psychotherapy eller long-term psychodynamic psychotherapy (LTPP), vilket inkluderar både psykoanalys och närliggande psykoanalytiskt orienterade behandlingar.

En av de mest omfattande sammanställningarna publicerades av Leichsenring och kollegor (2023), som analyserade flera moderna meta-analyser av psykodynamisk terapi för olika psykiska störningar. Översikten visade att det finns högkvalitativ evidens för depressions- och somatiska symtomtillstånd och måttlig evidens för ångest och personlighetsstörningar. Sammanfattningsvis fann forskarna att psykodynamisk terapi ger klinisk signifikant symtomreduktion och förbättrad funktion jämfört med kontrollgrupper, och att resultaten ofta är jämförbara med andra etablerade psykoterapiformer.

Ett viktigt fokus i nyare forskning är långtidsuppföljningar. I en studie av Laurila och kollegor (2024) jämfördes lång psykodynamisk psykoterapi med kortare behandlingar under en femårig uppföljning. Alla behandlingsformer visade förbättring, men långtidsterapi hade mer stabila effekter på social funktion och relationell anpassning över tid.

Liknande resultat framkommer i nyare studier av behandlingsdos och behandlingslängd. Kool och kollegor (2025) undersökte effekter av olika intensitet i psykoterapi för patienter med depression och personlighetsstörning. Studien visade att mer intensiv psykoterapi (fler sessioner) gav snabbare förbättringar i depressiva symptom och personlighetsfunktion, och att en stor andel patienter uppnådde remission.

En annan viktig utveckling i forskningen är studier av patienters subjektiva erfarenheter av långtidsbehandling. En systematisk översikt från Barrett et al. (2026) analyserade kvalitativa studier av patienters erfarenheter av lång psykodynamisk psykoterapi. Resultaten visade att patienter ofta beskriver behandlingen som en gradvis förändringsprocess som omfattar identitet, relationer och emotionell förståelse, snarare än enbart symtomreduktion.

Utöver enskilda studier har även nya meta-analyser undersökt psykodynamisk behandling för specifika patientgrupper. Till exempel analyserade Trotta och kollegor (2024) effekter av psykoanalytisk psykoterapi hos unga vuxna och fann signifikanta förbättringar i psykisk hälsa, samtidigt som forskarna noterade metodologiska begränsningar i många studier och behovet av mer forskning.

I praktiska kliniska sammanhang har även naturalistiska långtidsstudier blivit vanligare. En stor pragmatisk studie från Tyskland (Henkel et al., 2025) följde över 400 patienter i psykoanalytiskt orienterad behandling under sex år. Resultaten visade betydande och långvariga förbättringar i symtom, interpersonella problem och personlighetsfunktion, och patienter i mer intensiv analytisk terapi fortsatte att förbättras även efter behandlingens slut.

Sammanfattning av evidensläget

Den samlade forskningen efter 2020 bekräftar i stort sett de resultat som tidigare studier visat. För det första finns ett växande empiriskt stöd för att psykodynamisk och psykoanalytisk psykoterapi kan vara effektiv vid flera typer av psykisk ohälsa, särskilt depression, ångest, personlighetsstörningar och komplex psykopatologi. Meta-analyser visar att effekterna är klinisk signifikanta och i många fall jämförbara med andra evidensbaserade psykoterapier.

För det andra tyder många studier på att psykoanalytiska behandlingar har långsiktiga effekter. Till skillnad från vissa kortare behandlingar fortsätter förbättringar ofta efter att terapin avslutats. Detta har ibland beskrivits som ett fenomen där patienter fortsätter att integrera terapeutiska insikter och förändringar över tid.

För det tredje tyder forskning på att lång psykodynamisk behandling kan vara särskilt relevant för patienter med komplexa eller kroniska tillstånd, såsom personlighetsstörningar eller behandlingsresistent depression. Dessa patientgrupper har ofta inte tillräcklig nytta av kortare behandlingar och kan därför behöva mer omfattande terapiformer.

Samtidigt finns det fortfarande begränsningar i forskningen. Antalet randomiserade långtidsstudier är relativt litet, och många studier är naturalistiska eller baserade på kliniska kohorter. Dessutom varierar behandlingsformerna inom psykodynamisk terapi betydligt, vilket gör det svårt att jämföra studier direkt.

Trots dessa begränsningar är den övergripande bilden att psykoanalytisk och psykodynamisk långtidsbehandling utgör en empiriskt stödd behandlingsform, särskilt för komplexa psykiska tillstånd och vid längre uppföljningar.

Referenser

Barrett A, Campbell C, Luyten P, Fonagy P, Moser M. Patient experiences of long-term psychodynamic psychotherapy for mood and personality disorders: A systematic review and meta-aggregation of qualitative studies. *J Couns Psychol. 2026 Jan;73*(1):101-115. doi: 10.1037/cou0000844. Epub 2025 Nov 20. PMID: 41264492.

Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry. 2015 Jun;14*(2):137-50. doi: 10.1002/wps.20235. PMID: 26043322; PMCID: PMC4471961.

Fonagy P, Rost F, Carlyle JA, McPherson S, Thomas R, Pasco Fearon RM, Goldberg D, Taylor D. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry. 2015 Oct;14*(3):312-21. doi: 10.1002/wps.20267. PMID: 26407787; PMCID: PMC4592654.

Henkel M, Zimmermann J, Volz M, Huber D, Staats H, Benecke C. The long-term effectiveness of psychodynamic and analytical psychotherapy in routine care: Results from a naturalistic study over 6 years. *J Consult Clin Psychol. 2025 Dec;93*(12):814-828. doi: 10.1037/ccp0000985. PMID: 41343390.

Kool M, van den Eshof VH, Van R, Dekker J, Peen J, Arntz A. Long-term dosage effects of psychodynamic and schema therapy in depressed patients with personality disorders: 18 and 24 months follow-up of a randomized controlled trial. *Psychol Med. 2025 Jul 22*;55:e210. doi: 10.1017/S0033291725101025. PMID: 40692501; PMCID: PMC12315657.

Laurila M, Lindfors O, Knekt P, Heinonen E. The effect of individual short- and long-term psychotherapy on perceived social support: analysis of secondary outcomes of a randomized clinical trial. *Nord J Psychiatry. 2024 Apr;78*(3):230-237. doi: 10.1080/08039488.2024.2306229. Epub 2024 Feb 7. PMID: 38323800.

Leichsenring, F., Luyten, P., Keefe, J. R., Lilliengren, P., & Rabung, S. (2023). The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders: An umbrella review based on updated criteria. *World Psychiatry, 22*(2), 286–304. https://doi.org/10.1002/wps.21078

Leuzinger-Bohleber M, Hautzinger M, Fiedler G, Keller W, Bahrke U, Kallenbach L, Kaufhold J, Ernst M, Negele A, Schoett M, Küchenhoff H, Günther F, Rüger B, Beutel M. Outcome of Psychoanalytic and Cognitive-Behavioural Long-Term Therapy with Chronically Depressed Patients: A Controlled Trial with Preferential and Randomized Allocation. *Can J Psychiatry. 2019 Jan;64*(1):47-58. doi: 10.1177/0706743718780340. Epub 2018 Nov 1. PMID: 30384775; PMCID: PMC6364135.

Smith, M. M., et al. (2024). The equivalence of psychodynamic therapy and cognitive behavioral therapy for depressive disorders: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology.* https://doi.org/10.1002/jclp.23649

Trotta, A., Di Carlo, F., Crocamo, C., et al. (2024). The efficacy of psychodynamic psychotherapy for young adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology, 15,* 1366032. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1366032

Länkar

- psykoanalys.se – Svenska psykoanalytiska föreningen
- ipa.world – Internationella psykoanalytiska föreningen
- theijp.org – International Journal of Psychoanalysis
- divan.nu – Svensk kulturtidskift om psykoanalys

Svenska psykoanalytiska föreningen

Är en vetenskaplig förening som är ansluten till IPA (International Psychoanalytical Association). Föreningen har för närvarande ca 200 medlemmar. Dess institut bedriver utbildning av psykoanalytiker, såväl analys med vuxna som barn- och ungdomsanalys. Föreningen har en omfattande vetenskaplig verksamhet, en mottagning för förmedling av psykoanalytisk behandling samt bedriver på olika sätt information om psykoanalys, bl. a. i samarbete med ABF.

Förutom i Stockholm är medlemmar verksamma i Göteborg, Lund-Malmö samt i Uppsala. Barn- och ungdomsmottagningen BUM bedriver och förmedlar barn- och ungdomspsykoanalys. Psykoanalytikernas spädbarnsmottagning erbjuder samtalshjälp till spädbarn och deras föräldrar.

Hemsida: www.psykoanalys.se.

Psykodynamisk psykoterapi

Vad är psykodynamisk psykoterapi?

Idag är psykodynamisk terapi ett samlingsbegrepp för ett flertal olika psykoterapier. Dessa har många såväl överlappande som specifika utgångspunkter både teoretiskt och metodmässigt. Det som förenar psykodynamiska terapier är en likartad grundsyn gällande människans inre utveckling vilken har sin grund i psykoanalytisk teoribildning. Under decennier har teorin vidareutvecklats utifrån forskning och kliniska observationer och idag innefattar den även teorier om anknytning och affekter samt neuropsykologiska och relationella perspektiv. Integrationen har över tid lett till en komplex teoribildning med såväl klinisk som teoretisk evidens där terapin optimalt utformas tillsammans med klienten utifrån dennes individuella behov. Den psykodynamiska terapin har även utvecklats till att omfatta ett stort antal mer specifika terapimetoder. Flera av dessa fokuserar på särskilda aspekter såsom affekter, relationer, mentalisering med mera.

Det som vanligtvis benämns som psykodynamisk psykoterapi har dock ett antal gemensamma faktorer som utgångspunkter för teori kopplat till praktik.

Här har vi listat de mest centrala och övergripande utgångspunkterna.

- En stor del av vårt mentala liv är icke-medvetet och påverkar våra impulser och hur vi agerar.
- Barndomsupplevelser, framförallt av nära relationer, formar den vuxna individens relaterande och påverkar personlighetsutveckling/karaktär.
- De känslomässiga relationerna är centrala för formandet av minnen, upplevelser och förhållningssätt till sig själv och andra.
- Psykiska symptom och beteenden är påverkade av komplexa och delvis omedvetna relationsprocesser och känslor.
- Den terapeutiska relationen (terapeutiska alliansen) är en viktig faktor för klientens förändring, där en central aspekt är att så småningom skapa ytterligare en relationell erfarenhet.
- Klientens (överförings)relation till sin psykoterapeut är en primär källa till förståelse för klientens medvetna och omedvetna relationsmönster.
- Terapeutens känslomässiga reaktion (motöverföring) och relation till klienten ger en inblick i hur andra kan uppfatta klienten, det vill säga vilka känslor han/hon väcker i den andre.
- Klientens hindrande faktorer mot förändring är ett centralt fokus i terapin.

- Fokus på att hjälpa klienten att förstå (få insikt i) hur dennes egen upplevelse av sin historia och nutid påverkar (negativa) förhållningssätt.
- Understöd till klienten att ompröva (bearbeta) tidigare relationella upplevelser genom att erbjuda ett annat (exempelvis tryggare, mer genuint) bemötande i psykoterapin.

Psykodynamisk psykoterapi strävar efter att hjälpa patienten att uppnå en känsla av autenticitet och inre frihet för att därigenom kunna leva i större harmoni och balans i relation till sin omgivning och sig själv.

Möjligheten till att få psykodynamisk psykoterapi inom den offentliga vården ges idag endast inom ett fåtal regioner, tex region Skåne. De flesta som vill ha psykodynamisk terapi är därför hänvisade till privata alternativ.

Vad är psykodynamisk psykoterapi bra för

Psykodynamisk psykoterapi har ett omfattande forskningsstöd vid många psykiatriska problem. Till och med 2022 fanns det 298 studier där patienter slumpvis fördelats till psykodynamisk psykoterapi eller någon form av kontroll. Det övergripande resultatet är att psykodynamisk psykoterapi är lika bra som andra etablerade psykoterapiformer och bättre än andra typer av kontrollbetingelser (Lilliengren 2023).

Styrkan på det vetenskapliga stödet för psykodynamisk psykoterapi analyserades i en översiktsartikel från 2023 som granskade aktuella metaanalyser av psykodynamisk terapi. Analysen gjordes enligt GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations). GRADE är ett system för att bedöma osäkerheter, risker och sammantagen evidensstyrka i forskningsresultat. Det är detta system som Socialstyrelsen ska använda sig av då en metods evidensstyrka graderas. Analysen visade att det finns stark evidens för psykodynamisk terapi vid depression och funktionella somatiska störningar och måttlig evidens vid ångesttillstånd och personlighetsstörningar. Psykodynamisk terapi visar bättre resultat än kontrollbehandlingar och lika bra som andra psykoterapiformer till exempel KBT. För funktionella somatiska störningar visar psykodynamisk terapi bättre resultat än andra psykoterapimetoder. Författarnas slutsats är att den mest lämpliga rekommendationsgraden för psykodynamisk psykoterapi inom dessa diagnosområden är ”starkt” (Leichsenring F, Abbass A, Heim N, et al. 2023).

I många länder är psykodynamisk psykoterapi högre rekommenderad än vad som är fallet i Sverige. Detta blir tydligt om man till exempel jämför hur olika psykoterapiformer rekommenderas vid depression i Sverige med motsvarande rekommendationer i andra EU-länder. Riktlinjer från Finland (2023), Danmark (Sundhedsstyrelsen 2016), Tyskland (AWMF 2022), Nederländerna (GGZ Standaarden 2018) och Frankrike (Haute Autorité de Santé (HAS) 2017) rekommenderar psykoterapi som ett förstahandsval vid lindrig, måttlig och svår depression (vid svår depression oftast i kombination med antidepressiva läkemedel). I samtliga riktlinjer rekommenderas flera olika psykoterapimetoder, inklusive psykodynamisk terapi och kognitiv beteendeterapi, lika starkt. De svenska riktlinjerna avviker genom att rekommendera psykodynamisk terapi lägre än kognitiv beteendeterapi och inte rekommendera psykoterapi vid svår depression.

Det är även viktigt att betona att även om olika psykoterapimetoder på gruppnivå oftast är lika bra så kan det för en enskild patient vara så att en metod är bättre än en annan. Forskning visar att patienter har olika preferenser för vilket slags psykoterapi de vill ha, och effekten påverkas av om de får den metod de föredrar eller inte (Swift JK, Callahan JL, Cooper M, et al. 2018).

För vissa är det viktigt med känslofokus, medan andra helst undviker det. För vissa är det viktigt att terapeuten styr samtalet och är aktiv med råd och tips, för andra är det viktigt att terapeuten låter patienten styra vilka teman som tas upp. För vissa är det viktigt att få hjälp att förstå sina symtom i ljuset

av sin livshistoria, för andra är det viktigt att ha ett renodlat fokus på här och nu och framåt.

Patienter som inte får sina preferenser matchade avbryter behandlingen i förtid 1,79 gånger så ofta som de som får det. För dem som inte hoppar av i förtid påverkas utfallet positivt av att få sina preferenser matchade, även om effekten är relativt liten (Cohens d = 0,28).

En bra vård vid psykisk ohälsa och sjukdom kräver därför en mångfald av metoder med gott vetenskapligt stöd. Psykodynamisk psykoterapi är en av dessa metoder.

Hur går det till?

Som framgått ser en psykodynamisk psykoterapi olika ut beroende på vem det är som går i psykoterapi och vad målet är. Psykoterapin innebär ett nära samarbete mellan psykoterapeut och patient inom ramen för en trygg relation och ett samarbetskontrakt. De yttre ramarna kan variera från en överenskommelse om att träffas fyra gånger för att få perspektiv på en konkret livssvårighet till en intensiv psykoterapi flera gånger i veckan under flera år. Psykoterapin kan bedrivas med en individ, ett par, en familj eller en grupp. Psykoterapeutens arbetssätt skiljer sig en del beroende på hur lång terapin är tänkt att bli och hur omfattande målen är. I en korttidsterapi kommer psykoterapeuten att vara ganska aktiv i att ställa frågor och hjälpa patienten att hålla fast vid de frågor och det fokus man kommit överens om. Det samma gäller oftast i parterapier och familjeterapier. I en långtidspsykoterapi ser arbetssättet annorlunda ut. Terapeuten blir mindre styrande och lämnar ett större utrymme för patienten att följa det som dyker upp i stunden. Detta möjliggör en djupare bearbetning av problemen.

Var kan man få psykodynamisk psykoterapi och vad kostar det?

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

Om psykoterapiforskning

Sammantaget är det visat att systematiskt genomförd psykoterapi är en effektiv behandling vid psykisk ohälsa. För flertalet diagnoser/problemområden saknas säkerställda skillnader i effekt mellan olika etablerade psykoterapiformer då de bedrivs på lika villkor. Bra psykoterapiresultat beror på en samverkan mellan teknik, patientfaktorer och psykoterapeutens förmåga att anpassa metoden till den unika patienten (Wilczek, 2006).

Forskning och vetenskapliga resultat

Det finns flera sammanfattande analyser av studier där patienter slumpvis fördelats till psykodynamisk psykoterapi (PDT) eller någon form av kontroll. Tre exempel på relativt nya sådana analyser är Leichsenring et al (2004), Leichsenring & Leibing (2007) samt Abbas et al (2006). Analyserna bygger på delvis olika studier men leder till samma slusatser: PDT ger goda resultat vid flera olika psykiatriska diagnoser och resultaten är i jämförelser på lika villkor lika bra som för andra etablerade psykoterapimetoder. Resultaten från kontrollerade studier stämmer väl med de från naturalistiska studier. I en sådan jämfördes 1309 patienter inom den offentliga sjukvården i Storbritannien som fått PDT, KBT eller klientcentrerad terapi. Patienterna uppnådde stora förbättringar och samtliga psykoterapiformer gav

jämförbara resultat (Stiles et al, 2006). I en svensk studie av 11966 patienter som vårdats inom öppenvårdspsykiatrin i Dalarna visades att patienter som fått psykoterapi förbättrades mer än andra patienter samt att det saknades skillnader i effekt mellan PDT och KBT (Söderberg & Tungström, 2007). Det förtjänar dessutom att nämnas att PDT i upp till hundra timmar av det tyska vetenskapsrådet för psykoterapi godkänts som en vetenskapligt grundad behandling vid psykisk ohälsa inom flertalet diagnosgrupper för vuxna (Hau & Leuzinge-Bohleber, 2006).

Några exempel på diagnos/problemområden för vilka det finns studier där vuxna patienter fördelats slumpmässigt mellan PDT och annan behandling/väntelista är depression, ångestsyndrom (t ex paniksyndrom och social fobi), ätstörningar, opiat- och alkoholberoende (i kombination med annan missbruksbehandling), psykostillstånd, personlighetsstörningar samt för personer som försökt begå självmord. För tvångssyndrom och specifika fobier saknas utfallsforskning avseende PDT helt eller nästan helt. För barn och ungdomar finns sådana studier för bland annat depression, dystymi, olika ångesttillstånd och beteendestörningar. För spädbarn och förskolebarn finns sådana studier av psykodynamisk mor-barn psykoterapi. För referenser till ovannämnda studier hänvisas till Ankarberg (2007).

Referenser

Orientering

Sigrell, B. (2000). *Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi.* Stockholm: Natur & Kultur.

Forskning

Abbas, A. A., Hancock, J. T., Henderson J., & Kisely, S. (2006). *Shortterm psychodynamic psychotherapies for common mental disorders* (Review). The Cochrane Library, 4.

Ankarberg, P. (2006). *Starkt vetenskapligt stöd för psykodynamisk psykoterapi: En kontinuerligt uppdaterad översikt av forskningsläget.* Artikeln finns att hämta gratis på www.psykoterapicentrum.se.

Duodecim. Käypä hoito. Depressio. 3 apr 2023. https://www.kaypahoito.fi/hoi50023

GGZ Standaarden. Zorgstandaard Depressieve stoornissen. 15 mar 2018. https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen/introductie

Hau, S. (2007). Inadequate methods in psychotherapy research and the scientific status of psychodynamic psychotherapies. *Insikten, 2*, 9-15.

Hau, S. & Leuzinge-Bohleber, M. (red.) (2006). P*osition paper on psychoanalytic psychotherapy.* Hämtad från: www.dgpt.de.

Haute Autorité de Santé (HAS). Épisode dépressif caractérisé de l'adulte: prise en charge en soins de premier recours. 8 nov 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours

Knekt, P., Lindfors, O. (2004). A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Kela, *Studies in social security and health vol. 77*, Helsingfors.

Leichsenring, F. & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy, 80,* 217-228.

Leichsenring F, Abbass A, Heim N, et al. The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders – an umbrella review based on updated criteria.

World Psychiatry. 2023;22(2):286-304.

Lilliengren P (2023). A comprehensive overview of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapies. *Psychoanalytic Psychotherapy, 37*:2, 117-140, DOI: 10.1080/02668734.2023.2197617

Milrod, B., Leon, A., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., et al. (2007). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 164,* 265-272.

Nationale Versorgungs-Leitlinie. Unipolare Depression. Version 3.2. Berlin: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2022.

Non-farmakologisk behandling af unipolar depression. National klinisk retninglinje. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen; 2016

Sandell, R. (2006). 10 ganska praktiska slutsatser på grundval av STOPPProjektet. *Insikten 1,* 19-23.

Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J., & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine, 36,* 555-566.

Swift JK, Callahan JL, Cooper M, et al. The impact of accommodating client preference in psychotherapy: a meta-analysis. *J Clin Psychol. 2018;74*(11):1924-37.

Söderberg, P. & Tungström, S. (2007). *Outcome in psychiatric outpatient services: reliability, validity and outcome based on routine assessments with the GAF scale.* Umeå: Umeå University, Department of Psychology.

Wilczek, A. (2006). Evidensläget: Psykoterapi har effekt, men flera frågor är obesvarade. *Läkartidningen, 103,* 3191-3193.

Vinnars, B., Barber J. P., Norén, K., Gallop, R., Weinryb, R. M. (2005). Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: Bridging efficacy and effectiveness. *American Journal of Psychiatry, 162,* 1933-1940.

Psykoterapicentrum

Psykoterapicentrum är en ideell intresseförening för psykodynamisk psykoterapi. Föreningen bildades år 1971 då under namnet Riksföreningen psykoterapicentrum (RPC).

Psykoterapicentrum organiserar huvudsakligen legitimerade psykoterapeuter med olika psykodynamiska inriktningar. Det finns medlemskap för basutbildade eller studerande. Föreningen består av en riksförening med ett antal lokala föreningar med medlemmar utsprida över hela landet. Föreningen ger ut en tidskrift: Psykoterapi, 2 ggr per år. Syftet är att behandla frågor som framför allt rör psykodynamisk psykoterapi.

Psykoterapicentrum anordnar konferenser i för psykoterapin högaktuella frågor, uppvaktar politiker och myndigheter, informerar massmedia, beslutsfattare och allmänhet om psykoterapi och dess effekter.

I föreningens uppdrag ingår samarbete med patient- och anhörigorganisationer samt med övriga riksföreningar för legitimerade psykoterapeuter med annan psykoterapeutisk inriktning och med

Svenska psykoanalytiska föreningen.

En huvudfråga för Psykoterapicentrum är utveckling av den psykodynamiska psykoterapins kvalitet, effektivitet och etik i privat och offentlig vård. En viktig del av det externa arbetet är att sprida kunskap och synliggöra PDT samt arbeta för tillgången av PDT inom vården. En central del i det arbetet är att sprida information om psykoterapiforskning bl a genom att ordna konferenser och kurser samt att kontinuerligt publicera relevanta forskningsresultat på vår hemsida.

På föreningens hemsida finns en psykoterapeutförmedling där medlemmar med legitimation med psykodynamisk inriktning kan annonsera sin verksamhet. Psykoterapicentrum har en egen utformad auktorisation för handledare med handledarutbildning. Detta för att garantera en kvalité på handledarens utbildning.

Psykoterapicentrum samarbetar med Internationella psykodynamiska psykoterapeutorganisationer genom sitt medlemskap i EFPP (The European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector).

Hemsida: www.psykoterapicentrum.se

SFRP

Relationell psykoterapi

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

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

Vad är relationell psykoterapi?

- Står för ett förhållningssätt mer än en specifik inriktning. Samtidigt har man utvecklat egna relationella begrepp som komplement till de traditionella psykodynamiska terapierna som nästan uteslutande rör sig med individualpsykologiska begrepp. Relationell psykoterapi är "metodneutral", dvs. den utgår inte, som de flesta andra terapiformer, från att tillämpa en förutbestämd psykoterapeutisk metod. Istället styrs den psykoterapeutiska processen av det samspel som utvecklar sig mellan klienten och terapeuten där relationen ses som en ömsesidig samarbetsprocess.
- Är mer integrativ än renodlat psykodynamisk. T.ex. kan kognitiva inslag förekomma utifrån ett relationellt förhållningssätt.
- Vilar på en psykodynamisk grund, bl.a.: brittisk objektrelationsteori, självpsykologi och anknytningsteori. Affektteori och neurobiologisk forskning är viktiga för metodutvecklingen. Relationell terapi uppstod bl.a. utifrån en kritik av den traditionella psykodynamiska terapin som sågs som allt för hierarkisk, konservativ och för att den inte tillräckligt tog hänsyn till relationer och det sociala sammanhanget.
- Stöder sig på modern utvecklingspsykologi, där spädbarnsforskning och affektregleringsteori har visat att anknytningsrelationen mellan föräldrar och barn är avgörande för den psykiska utvecklingen och utgör grunden för hur människan lyckas skapa och upprätthålla goda relationer.

En relationell psykoterapeut

- är empatiskt närvarande både professionellt och medmänskligt samtidigt. Relationellt synsätt bygger på föreställningen om ett unikt möte mellan två unika individer som ständigt påverkar varandra, varvid terapiprocessen aldrig kan förutsägas eller planeras på förhand. Patienten är i centrum men inte bara som ett objekt för psykoterapeutens kunskap, utan i centrum för bådas respektfulla utforskande av patientens känslor, beteende och inre arbetsmodeller, • delar med sig av sina egna iakttagelser och känslor när de kan tjäna patientens utveckling och en tillitsfull terapeutisk relation, • lägger mer vikt vid vad patienten faktiskt säger än att bara göra en ”psykoanalytisk” tolkning av det som sägs. En dialog om hur samspelet i rummet utvecklar sig är viktigt. Patienten inbjuds att tillsammans med terapeuten uttrycka vad som sker här och nu, verbalt med fokus på affekter och tankar,
- lägger märke till röstläge, mimik och gester. Det icke-verbalas betydelse i relationella sammanhang är centralt och har starkt stöd av spädbarnsforskning och neurobiologisk vetenskap,
- lägger stor vikt vid hur framställer sin livsberättelse – något som ibland är lika viktigt som vad som berättas, enligt anknytningsforskningen.
- betonar nya erfarenheter mer än bara insikt gällande det förflutna. Ny erfarenhet av att vara med en annan människa är en intersubjektiv erfarenhet, som förändrar. Insikt är intrapsykisk – inom en människa – och leder inte nödvändigtvis till förändring,
- hjälper patienten att uppmärksamma mentala tillstånd i sig själv och hos andra. Det är centralt att kunna förstå att den andre också har en egen agenda, egna känslor och tankar, som kan vara olika ens egna. Denna förmåga, s.k. mentalisering har sin grund i den känsloreglering och trygghet man fått under sin uppväxt.
- tar hänsyn till inte bara psykiska omständigheter i en människas utveckling utan också den sociala, kulturella och politiska kontexten. Alla relationella psykoterapeuter har sin personliga stil och betonar olika begrepp och metoder i varierande grader. Gemensamt är att terapin inte bara rör sig inom den individualpsykologiska sfären. Ovanstående är exempel på vad ett relationellt förhållningssätt kan innebära.

Empiriskt stöd

Relationell psykoterapi innehåller flera metoder och behandlingsformer. Gemensamt för dessa är bl.a. uppfattningen om att det är de relationella aspekterna av psykoterapi som framförallt utgör de verksamma delarna av behandlingen och därmed påverkar utfallet, alltså huruvida terapin ger en positiv effekt eller inte. I psykoterapiforskning finns sedan länge tankar om att det är själva behandlingsrelationen som leder till minskning av symtom och förbättring hos patienten eftersom man i flera studier, framförallt metastudier (Norcross & Wampold, 2011; Lambert & Ogles, 2004; Wampold, 2001) visat att olika psykoterapiinriktningar ger relativt sett lika goda behandlingsresultat.

Man anser att det är de gemensamma faktorerna i terapi generellt och inte de specifika terapitekniken som framförallt påverkar resultatet. Därmed inte sagt att metod och teknik inte har betydelse. Psykoterapiforskning har visat att i en terapi med goda resultat beskriver terapeuten sig utifrån en tydlig teoretisk utgångspunkt vad gäller metod. Terapeuten kan sin metod väl och tror på den. Patienten håller med om vald terapimetod och tror även på att den är verksam. Oavsett teknik finns alltid relationen mellan patient och terapeut som en betydande faktor som påverkar terapiprocess och utfall. Forskning

om icke specifika faktorer har också visat att det är patienten själv, bl.a. dennes motivation och kapacitet som i hög grad predicerar hur väl psykoterapi faller ut. Utifrån denna kunskap bör det vara av största vikt att även ta reda på patientens potential och så långt som möjligt optimera den.

Några av de gemensamma faktorerna som inbegriper olika delar av relationen mellan patient och terapeut har visat sig få stöd i forskning. Terapeutisk allians (att vara överens om vad man ska göra i terapin, att vara överens om mål samt att en positiv känslomässig relation mellan patient och terapeut skapas), samarbete, empati samt att samla feedback från patienten, är några av dem (Norcross & Wampold, 2011).

Terapeutisk allians är ett begrepp som brett försöker beskriva relationen som uppstår mellan patient och terapeut i en psykoterapi och anses vara en av de kurativa icke specifika faktorer som finns inbyggd i psykoterapeutiskt arbete oavsett terapiform. Alliansbegreppets påverkan i psykoanalytisk och psykodynamisk psykoterapi ledde först fram till förståelsen av att en terapeut som är en medmänsklig verklig samarbetspartner, är bättre än en terapeut som strävar efter neutralitet och att den terapeutiska alliansen ska byggas stark för att terapin ska ha effekt. Bland flera relationella psykoanalytiker och psykoterapeuter anses numera alliansbyggande, där brott i alliansen uppmärksammas och repareras, utgöra själva förändringsprocessen (Safran & Muran, 2003).

Relationell psykoterapi har alltså som sin utgångspunkt att använda de gemensamma icke specifika verksamma aspekterna av terapi som sin metod.

Referenser

Barsness, R. (2018). *Core Competencies of Relational Psychoanalysis. A Guide to Practice, Study, and Research.* N.Y.: Routledge

Holmqvist, R. (2018). *Relationella perspektiv på psykoterapi.* Stockholm: BoD Books on Demand.

Holmqvist, R. (2018). *Relationell Psykoterapi: så gör man.* Stockholm: BoD - Books on Demand.

Holmqvist, R. (2022). *Principles and Practices of Relational Therapy*. Routledge.

Kuchuck, S. (2021). *The Relational Revolution in Psychoanalysis and Psychotherapy.* London: Confer.

Lambert, M. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than placebo effects. *Journal of Clinical Psychology, 61,* 855-869.

Lambert, M. & Ogles, B.M. (2004). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy.* New York: Wiley.

Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2011). *Psychotherapy Relationships That Work.* (s. 37-69). New York: Oxford University Press.

Safran, J.D. & Muran, J.C. (2003). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide.* New York: Guilford Press.

Wachtel, P.L. (2009). *Relational theory and the practice of psychotherapy.* New York: Guilford Press.

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Wånge, T. (2019). *Relationell Psykoterapi: introduktion & idéhistoria.* Sthlm: BoD – Books on Demand.

SFRP, Svenska Föreningen för Relationell Psykoterapi

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

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

Föreningen brukar varje höst anordna en ”relationell afton” med olika teman och föreläsare. Mer information om våra förenings- och medlemsträffar hittar du i webbplatsens kalendarium.

IARPP (The International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy) är den relationella psykoterapins internationella samlingsforum. Hemsida: www.iarpp.net. Det pågår en diskussion om möjligheten att på sikt försöka ansluta sfrp som en nationell lokalförening till IARPP dvs. bli ett s.k. local chapter, vilket skulle kunna ge ökade möjligheter till internationella kontakter, ekonomiskt stöd till att bjuda in internationella gästföreläsare, att anordna distansseminarier om relationell psykoterapi, m.m. Samtidigt krävs då vissa ”internationella” åtagande vilket gör att sfrp först måste växa i medlemsantal.

Hemsida: www.sfrp.se

Visualiserande Psykoterapi/Symboldrama

Symboldramametoden utvecklades av den tyske psykiatern Hanscarl Leuner vid universitetet i Göttingen under 1950-talet. Metodens unika bidrag är arbetet med inre scener som ger tillgång till tidigare icke-verbaliserad kunskap och möjlighet att förändra hjärnans inre bilder/ minnen. Detta tillför en dynamisk dimension till psykoterapin. Symboldramatekniken introducerades i Sverige på 1970-talet och den ursprungliga Symboldramaföreningen som ansvarade för den svenska utbildningen startade 1977. Under åren som gått har det i Sverige skett en utveckling av metodiken med fokus på de inre scenernas reparativa potential och ett arbete med inre-barnet-scener. Föreningen bytte 2020 namn från Svenska Föreningen för Symboldrama till Svenska Föreningen för Visualiserande Psykoterapi/Symboldrama.

Grundtankar i Visualiserande Psykoterapi/Symboldrama

Symboldramats inriktning är psykodynamisk men har kompletterats med kognitiva och affektteoretiska tankegångar. Arbetet med inre scener är ett centralt moment och visualiseringen ger en möjlighet att nå bortom språkets begränsande ramar. Via visualisering kan man nå ordlös information i höger hjärnhalva och bearbeta smärtsamma barndomserfarenheter och olika traumatiska upplevelser.

Inom varje människa finns en inre värld av upplevelser och minnen som vi aldrig satt ord på. Redan från den tidiga perioden i livet formas vår personlighet i dialog med viktiga omsorgspersoner. De svar vi får på våra uttryck för behov och önskningar bidrar till skapandet av inre arbetsmodeller som formar vår uppfattning om verkligheten. Den intersubjektiva miljö som det lilla barnet möter påverkar ordlöst hur barnets sociala hjärna utvecklas. När barnet utsatts för traumatiska erfarenheter formar detta personens inställning till livet och bidrar till psykologiska problem. För att kunna reparera skador som ligger långt tillbaka i tiden är det viktigt att ha tillgång till en psykoterapeutisk metod som öppnar dörren till dessa tidiga erfarenheter.

I Visualiserande Psykoterapi/Symboldrama (VPT/S) har klienten möjlighet att i ett något försänkt medvetandetillstånd via inre scener bearbeta sina reaktioner på laddade situationer. Fokuseringen på de relationella mönstren i de inre scenerna aktiverar också de tidiga känslomässiga minnen som ordlöst har lagrats i högra hjärnhalvan. När klienten i den inre scenen sätter ord på sina upplevelser tillsammans med terapeuten ökar också personens förmåga till mentalisering, det vill säga att reflektera kring sina egna och andras känslor och reaktioner. Samtidigt öppnas en möjlighet att förändra negativa reaktionsmönster som präglat personens aktuella relationer. Man kan följa hur klientens kreativa resurser frigörs när de inre scenerna steg för steg bygger en ny mening och nya berättelser i klientens liv. Aktuell minnesforskning har visat att när man återkallar ett traumatiskt minne och förändrar detta så kan det lagras

in i en delvis ny form. Detta ger möjlighet till förändring/omskrivning av scenen som bidrar till en läkning av traumatiska minnen. Rescripting är ett centralt element i detta terapeutiska förändringsarbete, där smärtsamma maktlöshetssituationer kan förändras.

Visualiserande Psykoterapi/Symboldrama – Hur går det till?

Det psykoterapeutiska arbetet i symboldrama innehåller tre centrala delar:

1. ett inledande samtal där man definierar problemen. På grundval av detta väljer terapeuten ett personligt meningsbärande motiv som klienten ska arbeta med i den inre scenen,
2. ett gemensamt arbete där klienten i ett försänkt medvetandetillstånd utforskar inre scener, som ofta innehåller känslomässigt laddade relationer. Klienten berättar fortlöpande om sina upplevelser och terapeuten svarar med stöd, frågor och förslag till lösningar. Maktlöshetssituationer kan då omvandlas med hjälp av de stödjande insatserna.
3. Efter terapisessionen målar klienten ur minnet den inre scenen. Den målade bilden används under nästa samtal för en gemensam bearbetning av problematiken. Terapeuten har också ett protokoll över processen i den inre scenen för de klienter som finner det svårt att gestalta den inre scenen i en bild.

Tillsammans utgör dessa olika moment en viktig integrativ process. De inre scenerna erbjuder en korrigerande emotionell erfarenhet som bidrar till reparationen av brister i patientens anknytning och inre arbetsmodeller. Långvariga maktlöshetsmönster kan upplösas och självbilderna förändras. Den inre scenen ger möjlighet till en fokuserad djupdykning som för upp känslomässigt och tidigare ordlöst material till en medveten nivå. När materialet blir tillgängligt för ett medvetet tänkande och språklig interaktion med terapeuten, ger det möjlighet för bearbetning av patientens problematik samtidigt som det ökar klientens mentaliseringsförmåga. Genom möjligheten att förändra traumatiska aspekter av den inre scenen kan hjärnans bilder av smärtsamma minnen ”skrivas om” = rescripting. Detta bidrar till en reparativ process. De inre scenerna blir byggstenar i en ny berättelse och i en omskrivning av klientens historia. Anknytningen mellan patient och terapeut förstärks av terapeutens närvaro som stöd under arbetet i den inre scenen. I de inre scenerna kan de ursprungliga konflikterna i förhållande till centrala personer i patientens liv bearbetas direkt och därför kan överföringsarbetet reduceras. Terapeuten kan ge klienten ett autentiskt möte som främjar anknytningen och bidrar till en ”reparenting”-process med förändring av otrygga anknytningsmönster. Möjligheten att bearbeta en inre konflikt på ett symboliskt plan är ytterligare ett viktigt tillskott i den terapeutiska arsenalen som ger VPT/S en unik dimension. Symboliska teman kan användas såväl jagstärkande som insiktsskapande.

Sammanfattningsvis kan man säga att VPT/S bygger på en integrativ modell på olika plan:

1. genom fokuseringen på såväl kognitiva mönster som känslomässiga relationer
2. genom en process som aktiverar och integrerar olika delar av hjärnans minnesfunktion
3. genom såväl samtal som upplevelsen av meningsfyllda inre scener
4. genom koppling mellan kroppsliga förnimmelser och mentalt innehåll
5. genom att känslomässiga reaktioner kan symboliseras och hanteras.

Praktiskt upplägg

Personen som söker terapi hos en symboldramaterapeut får först berätta om vad som är problematiskt för vederbörande. Terapeuten föreslår vid någon lämplig punkt under timman att man gör en inre scen

för att få en djupare belysning av patientens aktuella problematik. Patienten får luta sig bekvämt tillbaka i en fällbar stol eller lägga sig på en soffa. Terapeuten – som sitter bredvid för att markera att vederbörande finns med i processen – ger en avslappningsinstruktion som ger patienten en chans att försättas i ett något försänkt medvetandetillstånd. Terapeuten ger sedan förslag på ett tema för den inre scenen. Temat kan vara ett naturmotiv som på symbolisk nivå fångar inre sinnestillstånd eller relationella motiv som berör centrala mönster och trauman i patientens anknytningsrelationer. Patienten rapporterar om skeendet och terapeuten finns med och kan ge stöd, förslag och vägledning i utforskandet av den inre scenen. I arbetet med symboliska scener fyller det omedvetna scenen med symboliserande projektioner, som belyser patientens problematik. Efter att scenen avslutas finns möjlighet för att kommentera förloppet, men modellen är annars att patienten går hem och målar den inre scenen. Patienten tar sedan med sig bilden till nästa terapitimma, då man bearbetar materialet vidare. Vid mer symboliska scener målar klienten bilden till nästkommande gång. Vid ”inre-barnet”-scener är det inte alltid patienterna lyckas måla, men då har terapeuten ett protokoll över vad som skedde som utgångspunkt för bearbetningen.

Processen

Arbetet i symboldrama skiljer sig från gängse samtalsterapi främst genom att man integrerar ett utforskande av inre scener/ett visualiseringsmoment i samtalsprocessen. Några centrala aspekter av processen i Visualiserande Psykoterapi/Symboldrama:

- Bygger på erfarenheten av känslornas och symbolernas transformerande kraft. Har en tydlig affektfokusering.
- Hjälper klienten att sätta ord på och normalisera sina känslor. Stärker förmågan att tolerera negativa affekter. Terapeuten betonar acceptansen av det inre barnets känslor, reaktioner och behov.
- Bidrar till att tidigare outtalade strategier och självbilder blir tydliga och kan förändras.
- Upprättar en inre trygghet och tröstfunktion genom terapeutens närvarande, intonande och stödjande funktion i den inre scenen.
- Lägger stor vikt vid den inre världens bidrag till terapiprocessen och till den icke- verbala kommunikationen.
- Den reparativa processen förstärks av möjligheten till introduktion av stödjande gestalter i den inre scenen.Genom att traumatiska aspekter av den inre scenen kan förändras kan hjärnans bilder av smärtsamma minnen ”skrivas om” = rescripting.
- Betonar terapeutens emotionella närvaro och autenticitet och förmåga till känslo-mässig intoning som ett led i en ”reparenting”-process med syfte att reparera anknytningsbrister.
- Terapeuten tar initiativ som syftar till att upplösa, förändra och rekonstruera klientens icke-adaptiva föreställningar och relationsmönster.
- Processen fortskrider genom ett undersökande av den inre scenens dimensioner i ett samarbete mellan terapeut och klient. I detta interaktiva arbete litar terapeuten till den inre världens outnyttjade resurs.
- Man arbetar med spegling, validering och integrering av olika delar av självet.
- Motivet för den inre scen som terapeuten föreslår ska fånga upp aktuell problematik och erbjuda en arena för utforskande av inre konflikter.

För vilka fungerar Visualiserande Psykoterapi/Symboldrama

De flesta personer kan med litet vägledning föreställa sig inre scener. Tekniken kan ge ett värdefullt bidrag till terapin för

- Intellektualiserande patienter
- Psykosomatiska problem
- Självbildsproblematik
- Trauman av olika slag
- Utbrändhetsproblematik
- Depressiva patienter
- Ångesttillstånd och fobier
- Personlighetsproblematik
- Relationsproblematik
- Kriser.

Däremot bör man inte introducera tekniken vid psykoser eller gränspsykoser. Erfarenheten av VPT/S vid neuropsykiatriska syndrom är begränsad – och verkar vara beroende av personens övriga möjlighet att använda sig av visualisering.

Var finner man en terapeut med kompetens inom Visualiserande Psykoterapi/Symboldrama

Svenska Föreningen för Visualiserande Psykoterapi/Symboldrama har en hemsida: www.symboldrama.se. Under fliken terapeuter finns en förteckning av verksamma certifierade VPT/S-terapeuter.

Utbildning i Visualiserande Psykoterapi/Symboldrama

Svenska Föreningen för Visualiserande Psykoterapi/Symboldrama driver en utbildning för terapeuter med grundläggande psykoterapeutkompetens (steg I eller steg II). Visualiseringsterapin är således en vidareutbildning och innebär en omfattande såväl praktisk som terapeutisk inskolning i symboliskt tänkande och i arbetet med inre scener.

Utbildningen är utformad med såväl teori som praktisk träning och sträcker sig över minimum 2,5 år med fem omfattande helgkurser parallellt med en egenterapi och handledning på två/tre kortare terapier och en längre terapi. De handledda ärendena sträcker sig alltid vidare efter de fem teoretiskt/praktiska kurshelgerna.

Om psykoterapiforskning

Forskning av bl.a. Holmes & Matthews (Holmes, E.A. & Matthews, A. (2010) Mental Imagery in emotion and emotional disorders. Clinical Psychological Review, 30, 349--362) visar att när man föreställer sig en scen från en händelse i livet aktiveras samma hjärnsystem som vid riktiga händelser inklusive de känslomässiga aspekterna. Detta sker inte när man bara talar om händelsen. Holmes forskning visar också på evidens för en kraftfull känslomässig aktivering vid föreställandet av inre bilder, som är ett centralt verksamt element i symboldramaterapier.

Den moderna minnesforskningen verkade revolutioneras med rapporten från Karim Nader år 2000 (Nader, K., Schafe, G.E. & LeDoux, J.E. (2000) Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. Nature 406, 722-726). Nader visade att återkallar man ett minne är det sedan sårbart för förändring. Om man i nära anslutning till återkallandet ändrar på minnesbilden så lagras den in som ett ”nytt” minne. Denna forskning kunde inte replikeras men forskningen kring återkallade minnen har fortsatt och visat intressanta resultat.

Arbetet med rescripting i KBT (Arnoud Arntz 2014) ger stöd för effekten av den förändring som sker när man i inre scener förändrar det traumatiska innehållet. En känslomässigt förändrad version lagras då in med en alternativ ”skyddande” version för hjärnan. En sammanfattning av Arntz forskning finns i kapitlet Imagery Rescripting for Post-traumatic Stress Disorder i boken Thoma, N.C. & McKay, D. (2014) Working with Emotion in Cognitive Behavioral Therapy: Techniques for Clinical Practice. Guilford Press, N.Y.

Forskning kring symboldrama i klinisk praktik.

Forskning med randomiserade kontrollerade studier av symboldramabehandling har varit svåra att genomföra då tekniken inte har funnits med i universitetsforskningen. Några tyska kliniska studier finns dock:

I en studie av Jörn von Wietersheim m.fl., Ergebnisse der Katathym-Imaginativen Psychoterapie som redovisas i Psykoterapeut 2003:48, med 50 patienter (+ en kontrollgrupp på 16 personer) fann man signifikanta behandlingseffekter på depressionsvariablerna och på livstillfredsställelse samt en måttlig förbättring vad gäller ångesttillstånd och psykosomatiska besvär. Den heterogena gruppsammansättningen och den lilla kontrollgruppen speglar problemen med kliniska studier i en praktisk verklighet men studien ger ändå en viss evidens för metoden.

I en annan klinisk studie av Ulrich Sachsse m.fl., Evaluation Ambulanter Behandlung Mit Katatym Imaginativer Psychoterapie, KIP – Einer Naturalistische Studie (Ärtzliche Psychotherapie 2, 2016) konstaterades att KIP var effektivt med starka resultat i följande variabler: Mindre allmän psykisk stress, reduktion av problem i sociala relationer och reduktion av symptom som depression, ångest och psykosomatiska problem. Förbättringarna bedöms som höga. 25 patienter ingick i en tungt belastad behandlingsgrupp. (Majoriteten hade behandlats i tio år före den aktuella terapiomgången och mer än hälften av deltagarna hade dubbeldiagnoser.) I stället för kontrollgrupp fick patienterna vänta tre månader från ”intake-samtal” till terapistart för att utesluta spontanläkning, vilket ledde till att många patienter hoppade av.

I Sverige rapporterades 2010 en akademisk studie från tre kliniker med symboldrama som behandling av femton tonåringar som utsatts för sexuella eller fysiska övergrepp: Nilsson, Doris & Wadsby, Marie (2010) ”Symboldrama, a Psychotherapeutic Method for Adolescents with Dissociative and PTSD Symptoms: A Pilot Study” i Journal of Trauma & Dissociation, 2010, (11), 3, 308-321. Studien visade signifikant förbättring i samtliga symptomvariabler. Kontrollgrupp saknas, men effektiviteten kan klart anses stärkt.

En naturalistisk studie av Rolf Sandell et al visar på effektiviteten hos symboldramametoden (Sandell, R., R. Blomberg, J., Carlsson, J., Lazar, A., Broberg, J. & Schubert, J. (2000). ”Hur terapeutens utbildning och yrkeserfarenhet påverkar behandlingsresultatet” i Psykoterapi: Forskning och utveckling, nr 14, 2000, Karolinska Institutet, Psykoterapi-Institutet, Stockholm). Man fann där att patienter behandlade med symboldrama visade betydande förändring i form av minskad symptombelastning under och efter terapin. Storleken på förändringen efter behandling var signifikant bättre för terapeuter som hade symbol-dramautbildning än andra psykoterapeutiska vidareutbildningar. Studien omfattar ett stort

antal patienter (408 st) och terapeuter (209 st) vilket stöder resultaten.

Under 2021-2022 genomfördes en studie av korttidsterapi med VPT/S med Single Case Experimental Design, där patienterna blir sin egen kontroll och där diagram visar utvecklingen under terapins gång: Cullberg Weston, M., Berman, A.H. & Klintwall, L. Visualization Psychotherapy for Common Mental Disorders: A Single-Case Study of Idiographic Outcomes. Resultaten visar signifikanta förbättringar för majoriteten av patienterna. Artikeln ligger för review hos European Journal of Councelling and Psychotherapy.

Resterande undersökningar rör sig om små studier inom ramen för olika utbildningar:

Hemlin Bjerkehag, K. (2007) Kan symboldrama förstärka psykoterapeutisk behandling? (Rapport) FoU, Västerås.

Lindgren, Y. (2000) Psykoterapi med symboldrama vid posttraumatiskt stress-symptom. En kvalitativ analys av patienternas upplevelse av terapin. Centrum för Integrativ Psykoterapi, Karlstad.

Referenser

Den ursprungliga litteraturen var på tyska, men numera finns en omfattande svensk litteratur. Leuners ursprungliga bok finns översatt (1984) till svenska med titeln: Symboldrama (Nytryck 2009). Kan beställas via föreningens kansli.

Följande böcker om VPT/S finns i bokhandel/på nätet:

Nordlund, S. (2022) *Läkeprocesser i visualiserande psykoterapier.* Sinorna förlag.

Cullberg Weston, M. (2017) *Visualiseringens reparativa kraft.* Weston förlag.

Nordlund, S. (2016) *Barnet i brunnen. En symboldramaterapi.* Sinorna förlag.

Cullberg Weston, M. (2012 *Tröst och reparation.* N&K. Finns som e-bok.

Lundström, M. (2010) *Det icke verbalt sagda.* Studentlitteratur. Utgången på förlaget.

Cullberg Weston, M. (2009) *Lär känna dig själv på djupet.* N&K. Finns som e-bok.

Cullberg Weston, M. (2008) *Från skam till självrespekt.* N&K Finns som e-bok.

Cullberg Weston, M. (2007/2010) *Självkänsla på djupet.* N&K Pocket/Ljudbok på Storytel.

Cullberg Weston, M. (2000/2010) *En dörr till ditt inre.* Studentlitteratur.

Särtryck och småskrifter (i urval). Kan beställas via föreningens kansli.

Bertilsson, A-M. (2018) *Symboldrama/Visualiserande Psykoterapi. Behandling vid sexuella övergrepp och trauman.*

Cullberg Weston, M. (2022) *Rescripting och Reparation i Visualiserande Psykoterapi/ Symboldrama. En metod att reparera traumatiska barndomsminnen.*

Cullberg Weston, M. (2019)) Den tysta revolutionen inom psykoterapin. *Psykoterapi, 1*:19.

Cullberg Weston, M. (2007 b). Den inre bild-dimensionen – en negligerad terapeutisk potential. *Insikten, 1*:2007.

Engel Fischer, M. (2005) *Om Symboldrama med palliativa patienter. Begränsningar och möjligheter.*

Hansson K. (2007) *Introduktion till symboldrama.*

Hemlin Bjerkehag, K. (2003) *Kan symboldrama förstärka psykoterapeutisk behandling?* SAPU.

Henriksson, E. (2015) *Du är med mig nu. Fem psykoterapeuters erfarenheter av inre-barnet arbete i psykodynamisk symboldramaterapi.*

Kottje-Birnbacher, L. (2006). Parterapi med symboldrama. *Tidskriften Källan 1*, 2006.

Lindgren, Yvonne (2000) *Psykoterapi med symboldrama vid posttraumatiskt stressyndrom.*

Nilsson, Doris (1998) *Symboldrama, sexuella övergrepp och dissociation.*

Nilsson, Doris & Wadsby, (2010) Symboldrama, a Psychotherapeutic Method for Adolescents with Dissociative and PTSD Symptoms: A Pilot Study. *J. Trauma & Dissociation, 11*:308-321, 2010.

Nordlund, Sigbritt (2010) *"När ingenting hjälper" Symboldrama som behandlingsval vid depressiva tillstånd.*

Nyman, S (2002) Att behandla patienter med reumatoid artrit via kombinerade insatser utifrån ett helhetsperspektiv. *Källan, 1,* 2002.

Ring, Lotta (2009) *Med kroppen som budbärare i en symboldramabehandling.*

Wilke, E. (1997) *Symboldrama. Översättn. kapitel ur Psychotherapie. Ein Lehrbuch fur Ärtzte und Psykologen.*

Wilke, E. (2010) *Psykoterapeutiska behandlingsmöjligheter för psykosomatiskt insjuknade med hjälp av symboldrama. Överättn. kapitel ur Psychoterapie mit Imaginationen.*

Ösby, Inger (2000) *Symboldrama – Något för dig?*

Svenska föreningen för Visualiserande Psykoterapi/Symboldrama

Symboldramatekniken introducerades i Sverige på 1970-talet med inspiration från Tyskland där Symboldrama utvecklades på 1950-talet av professor Hanscarl Leuner vid universitetet i Göttingen. En svensk Symboldrama-förening som ansvarade för utbildningen startade 1977. Vi firar alltså 50-årsjubileum nästa år, 2027.

Föreningen bytte 2020 namn till Svenska föreningen för Visualiserande Psykoterapi/Symboldrama. Symboldramats inriktning är psykodynamisk men har kompletterats med kognitiva och affektteoretiska tankegångar. Det centrala tillskottet är arbetet med inre scener där man når bortom språkets begränsande ramar.

Föreningen bedriver en omfattande teoretisk och praktisk utbildningsverksamhet och är en intresseorganisation för symboldramaterapeuter över hela landet. Det finns ett hundratal symboldramaterapeuter i Sverige. Vi har kontinuerlig kontakt med Symboldramaföreningarna i Tyskland och Österrike.

Hemsida: www.symboldrama.se

Psykodrama

Psykodrama är ett sätt att utforska sitt liv tillsammans med andra människor i spontan aktion. Metoden är terapeutisk i vid bemärkelse och ger oss möjligheter att integrera kropp och själ och att komma i djupare kontakt med andra än vi ofta gör i våra dagliga liv. Ett grundläggande mål för psykodrama är att hjälpa oss att aktivera och utöka vår individuella och kollektiva spontanitet och kreativitet.

Vad behövs för psykodrama?

En psykodramasession består av fem väsentliga element:

1. en scen, som kan vara specialbyggd eller bara vara ett öppet utrymme i ett rum;
2. en grupp människor som träffas regelbundet eller som har samlats för att delta i ett psykodrama;
3. en protagonist, en deltagare i gruppen som frivilligt undersöker någon aspekt av sitt liv i ak-tion, med hjälp av och i samarbete med gruppen;
4. en regissör, någon som är utbildad och erfaren i psykodrama som vägleder och stödjer protagonisten i hens utforskande, samordnar psykodramats handling och som tar vara på hela gruppen;
5. ett eller flera hjälpjag, deltagare i gruppen som väljs av protagonisten för att spela de olika rollerna som dyker upp i dramat, och som hjälper protagonisten genom att föra sina egna krea-tiva insikter och sin spontana handling in i dramat.

Hur en psykodramasession går till

En psykodramasession har sina olika faser och följer ett visst mönster. Det börjar med uppvärm-ning, vilken kan vara både verbal och icke-verbal. Uppvärmningen hjälper oss att få ökad kontakt med vår egen spontanitet och kreativitet och med de andra personerna i sessionen. Detta leder till aktionsdelen, där oftast en person, som kallas protagonist, kommer fram ur gruppen för att utforska vissa områden i sitt liv, med stöd och aktivt deltagande av gruppen. Efter att aktionen har avslutats, kommer momenten av avrollning och sharing. Vid avrollning lämnar alla deltagare de roller de tagit på sig under aktionen och relaterar till varandra igen som sig själva. Sharing in-nebär att de andra deltagarna beskriver några av sina egna inre upplevelser och känslor under aktionen. Därigenom får protagonisten hjälp att komma tillbaka till det gemensamma nuet. När deltagarna i gruppen hör andras erfarenheter, stärks trådar av förbindelse mellan dem, en djupare uppskattning av varandra framträder och vår gemensamma mänsklighet bekräftas. Ibland pas-sar det bäst med tyst sharing.

Det som här beskrivits är de olika momenten i en renodlad klassisk psykodramasession. Arbetet kan gå till på många olika sätt, till exempel med fokus på hela gruppen. Ofta arbetar vi under en kväll med flera kortare vinjetter, dvs dramer med endast en scen. Fler är då aktiva.

Begreppet spontanitet i psykodrama

Ordet spontanitet i psykodrama har ingenting att göra med impulsivitet. I detta sammanhang definieras spontanitet som att kunna skapa ”ett nytt svar på en gammal situation” eller ”ett adekvat svar på en ny situation”, där adekvat innebär att handla på ett sätt som tillgodoser både våra egna behov och behoven hos de personer som vi interagerar med. Med hjälp av olika aktionsmetoder har vi möjligheter att öva på möten med personer eller situationer. Vi kan också få hjälp att förstå vilken inverkan vi har på andra genom att ”gå i deras skor” och känna effekterna av hur vi uttrycker oss eller ber om det vi behöver. Genom kreativa bidrag från andra som deltar i gestaltningen, får vi ett bredare perspektiv på vårt eget liv.

”Surplus reality”

Vi har nog alla lämnat ett samtal eller en händelse och önskat att vi hade gjort eller sagt något annat. I psykodrama arbetar vi i en dimension som kallas ”surplus reality”. Allt, både dåtid och framtid, utspelas här och nu. Vi använder vår fantasi, vilket ger oss möjlighet att se, känna och till och med röra vid våra inre bilder genom gestalta dem i en konkret, fysisk verklighet. Vi kan ge röst åt det som har känslomässig betydelse för oss. Det kan vara föremål, djur, viktiga män-niskor som inte längre lever, vänner eller familjemedlemmar. Vi får chansen att uppleva livet, inte bara som det är eller har varit utan ”som det bor-de vara”, med andra ord, livet som vi verkligen skulle vilja ha det. Vi kan ge oss möjlighet att i en trygg miljö prova nya sätt att leva.

Psykodrama

Psykodrama är en metod som utvecklades av läkaren Jacob Levy Moreno i Wien och USA under tidigt 1900-tal. Metodens grundteori är att människan lever och utvecklas i ett nätverk av relationer. I psykodramametoden undersöks och utvecklas relationer genom rollbyte och dialog. I rollbytet går klienten in i sin bild av den andra i en relation. Detta innebär ett perspektivbyte. Ett mål i psykodrama är att öka tanke- och handlingsmässig flexibilitet. Detta kallas i psykodrama spontanitet och innebär att inte upprepa gamla mönster och misstag utan hitta nya vägar att hantera sina val och relationer. Psykodrama kan användas i individualterapi och i gruppterapi. I en psykodramagrupp får deltagarna förstå och lära känna andra personer genom att hjälpa till att gestalta scener ur både sitt eget och andras liv. Det blir därmed en träning i förståelse, relationsskapande, aktivt lyssnande och empati. Uppspel av situationer och dialoger sker i presens vilket ger tillgång till känslor. I psykodrama är därför känsloreglering i fokus för att hitta bra sätt att använda sina känslor i livets olika sammanhang.

Associerad medlem

Stiftelsen Institutet för Social Utveckling (SISU)

E-post: info@svenskamorenoinstitutet.se

Hemsida: svenskamorenoinstitutet.se/arrangor/stiftelsen-institutet-for-social-utveckling/