

# Terapeutdödaren: Reflektioner över Jon Fredericksons heldagsseminarium om karaktärsmotstånd

Jon Frederickson, Master of Social Work, är knuten till det anrika Washington School of Psychiatry. Han driver utbildningar i ISTDP (Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy) i USA, Sverige, Danmark, Polen, Italien och Australien. Frederickson har skrivit flera böcker av vilka "Co-Creating Change: effective dynamic therapy techniques" (2014) är av speciellt intresse för oss som vill lära oss mer om psykoterapi. S:t Lukas utbildningsinstitut vid Ersta Sköndal Bräcke högskola har arbetat med att etablera ISTDP som psykoterapimetod i Sverige sedan 2008. Jon Frederickson har som lärare och handledare i ISTDP varit en grundpelare i detta kunskapsbyggande sedan 2011. Vid ett heldagsseminarium i mars på Ersta Sköndal Bräcke högskola presenterade Frederickson hur han arbetar med en patient som tycker att psykoterapi är "bullshit". Patienten kommer till Jon Frederickson bara för att han blivit skickad dit. Den följande texten försöker presentera några huvudlinjer i Fredericksons arbete med sin patient och dessutom några tankar om användning av video, pedagogik, fallpresentationer och den psykodynamiska terapins och psykoanalysens situation i Sverige idag.

## **Förr i tiden kunde det ibland kännas så här**

Många av oss terapeuter – om än inte alla – har suttit där. I det som Davanloo (1991) kallar "träsket". Vi har försökt allt med vår patient. Försökt förstå, klarifierat, försökt tolka, arbetat i här och nu – vi har inte gett upp så lätt. Och patienten har kommit. Ja, då måste väl detta ändå ge hen någonting? Vi jobbar på ett tag till ... då och då återkom våra funderingar. Vad är det vi arbetar med egentligen? Vad var det för problem nu då

hen har? Patientens låga engagemang, hens suck "jag vet inte om jag har någonting att ta upp". Tystnad, jäkla segt idag. Men processen, ja det är väl ändå processen som ska fullföljas? Processen i mål kommer att ge resultatet – hoppades vi. Men resultaten blev ringa. Perioder av symptomlättnad javisst, men verkliga strukturella förändringar? Jo men visst ett och annat riktigt bra resultat med den här typen av svåra patienter. Men vad gjorde jag för terapeutiska interventioner

som ledde till det? Men det gav väl i alla fall patienten något i stunden ... jag (vi) gjorde precis allt det som vi enligt Jon Frederickson inte skulle ha gjort. Från problemet med det enskilda fallet blev dessa frågor så småningom till en del av den psykodynamiska terapins fritt flytande fall. Svåra patienter och brister i mötet men framförallt brister i metod.

### **Jon Frederickson möter patienten**

Heldagskonferensen i mars var fokuserad på patienter med mycket svårt behandlingsmotstånd. Vi får närgången följa Jon Fredericksons arbete med en patient som gått i psykoterapi i 30 år utan att ha fått hjälp med sina svårigheter. Patienten skickades till Jon Frederickson av sin psykoanalytiker. De kom inte vidare i sitt psykoterapeutiska arbete och Jon Frederickson skulle hjälpa patienten att få kontakt med sitt inre känsloliv. ”På två timmar? Som ingen lyckats med på 30 år” fnös patienten. Ja, här är man förstås beredd att hålla med hen tänker jag. Patienten kanske inte nedvärderar terapeuten utan har i alla fall kanske lite sunt förnuft? Ja vi får väl se vad mirakelkuren ISTDP går för... Tanken med att skicka patienten till Jon Frederickson var att han i denna korta två timmars session skulle ge patienten en möjlighet att nå det förmedvetna/omedvetna med dess känslor, kraft och kapacitet, resurser nödvändiga för att åstadkomma en genuin förändring. Allt detta som var täckt och begravt bakom självdestruktiva karaktärsförsvar som förakt och nedvärdering. Sedan skulle patienten tillbaka till sin psykoanalytiker för fortsatt arbete.

### **Ingen walk in the park**

Den här patientgruppen karaktäriseras av att de inte upplever och kan formulera några ”problem” men behöver hjälp med sitt liv – tycker i alla fall ofta någon i patientens omgivning. Här stöter patienten omedelbart på patrull om det är en ISTDP-terapeut som sitter i terapeutstolen. Här ges inga utflykter i någon soft park bestående av anamneser, berättelser, teorier och tankar. Utan ett klart uttalat problem som kan formuleras som en intrapsykisk konflikt, ett gemensamt behandlingsmål och patientens entydiga vilja att arbeta med detta problem med just mig som terapeut – ingen terapi. Gör aldrig något som inte din patient är helt med på. Det är ISTDPs grundläggande etik, en etik som skyddar patienten från terapeutiskt välmenat våld. Eller som Jon Frederickson uttryckte det ”Du har inte en patient bara för att det är någon som sitter i stolen framför

dig!” Denna grundregel är alltid viktig i ISTDP, men får en alldeles specifik innebörd i arbetet med patientgruppen med mycket starkt behandlingsmotstånd. Vad gör man med en patient som inte upplever att de har några problem? Och ändå kommer för att gå i psykoterapi. Det finns bara en sak enligt Frederickson och det är att envist hålla kvar i nödvändigheten att patienten formulerar ett problem. Här får man inte följa med på några extrasvängar i parken. Först problemet innan något psykoterapeutiskt arbete kan påbörjas. Fredericksons patient är helt identifierad med sitt försvarssystem (karaktärsförsvar). Det konsekventa trycket på att formulera ett problem intensifierar den terapeutiska relationen och plötsligt kan vi se hur patienten ”utan problem” gestaltar sina svårigheter i den psykoterapeutiska relationen. Karaktärsförsvaren går över i överföringsmotstånd och detta måste ges första prioritet i arbetet. Överföringsmotståndet förhindrar all verklig psykoterapi, allt terapeuten försöker göra nedvärderas, föraktas och förnekas. Allt arbete faller platt till marken. Psykoterapi kräver att patienten kan vara i en relation som aktualiserar att vara beroende. Att som patient uppleva att terapeuten har något värdefullt som hen inte har väcker avund. Avund kan vara en motivationsdrivande källa för att erövra det man inte har men Fredericksons patient kan inte tolerera sin känsla av avund vilket obönhörligen leder till nedvärdering av terapeuten. Patientgruppen med nedvärdering och förakt som framträdande försvarsstrategier förvandlar genast det de får i en terapi till värdelöst skräp. Fredericksons patient är en riktig terapeutdödare. Ingen duger, allt är värdelöst, han fnyser och föraktar. ”Min terapeut försökte med samma saker så varför ska du lyckas, det har inte hjälpt förut”, säger patienten till Frederickson. Det är nödvändigt att komma till rätta med detta försvar om psykoterapin ska kunna ge resultat. Verbala tolkningar blir meningslösa som psykoterapeutisk strategi då de tas emot med samma nedvärderande hållning som allt annat. Jon Fredericksons patient är hjälplös, uppgiven och deprimerad, nedvärderande och föraktande inte bara i terapin utan förstås i sitt tragiska liv som har blivit en enda väntan på döden.

### **Fiske förbjudet**

Med hjälp av videofilm material får vi följa hur Jon Frederickson steg för steg, sekund för sekund arbetar med sin patient. Han säger ”Här kan ni se: ”förnekan-

de, förnekande igen, affektisolering, förnekande igen” allt inom någon minut av processen. Vi kan se hur patienten intar en passiv förnekande, hjälplös position och i överföringsmotståndet tilldelas Frederickson rollen att vara den som ska besegra patientens motstånd. Självfallet kan ingen terapeut besegra och undanröja patientens motstånd – bara patienten själv kan göra det. I överföringsmotståndet utspelas den intrapsy-kiska konflikten som en konflikt mellan patient och

terapeut och inte som en inre konflikt mellan önskan om hjälp och starka krafter mot denna önskan. Hur kan terapeuten arbeta med detta? Tolkning av överföringsmotståndet fungerar inte utan här har vi nästa huvudregel med denna typ av patienter ”gå aldrig emot motståndet, det kan du aldrig besegra utan följ motståndet genom att spegla patientens upplevelse av sig själv”. Den typ av interventioner som Jon Frederickson föreslår som svar på patientens upplevel-



se av sig själv ”som en krympling” är ”du vet bäst hur din kapacitet är. Är det sant att du inte är kapabel, så har jag inte rätt att be dig göra det som du inte kan göra. Då har vi bara att acceptera det begränsade liv som är möjligt med de begränsningar du har”. På olika sätt lägger patienten ut nya beten för Frederickson att nappa på men han är en usel fiskare. Han nappar inte på någonting. Patientens försök att skapa en konflikt med terapeuten måste förhindras till hundra procent. Så fiska inte! Fiska inte efter patientens problem, fiska inte efter patientens vilja, fiska inte efter patientens motivation, fiska inte efter ett specifikt exempel, fiska inte efter patientens känslor! Det kommer bara att ge bottennapp! Och det vet vi alla hur hopplöst det är med bottennapp. Utmana inte patientens motstånd. Och se upp med att bli deprimerad och drabbas av hopplöshetskänslor. Patientens envetna försök att projicera sin önskan om att leva på terapeuten får som konsekvens att enbart den ena sidan av konflikten mellan att leva eller dö finns inom patienten: ”Jag kan lika gärna dö” säger patienten och lägger ut ett bete som alltför ofta leder till att vi som terapeuter börjar fiska i överföringsmotståndet. Vi tar på oss ansvaret för patientens liv och patienten kan fortsätta leva med sin hjälplöshet. Frederickson fiskar inte efter patientens livslust utan visar att det är nödvändigt att blockera patientens projektion av sin önskan om att leva på terapeuten genom att intervensera med en spegling: ”Ja, att dö är också en möjlighet”.

### **Att begravas eller börja leva**

”Jag vet inte om det är möjligt att förändras” säger patienten uppgivet till Frederickson. Nu är patienten där igen. Det ligger nära till hands för många av oss terapeuter som vill hjälpa att gå in i patientens omnipotenta förväntan ”du som är min terapeut ska förändra mig”. Har vi inte alla (nästan i alla fall) valt vårt yrke för att hjälpa? Var det inte den rollen vi gick in i redan som barn? Familjens lille psykoterapeut ... Vi borde väl ingjuta hopp? Ta ansvar? Patienten försöker tilldela terapeuten rollen att släpa patienten genom allt motstånd och själv få förbli i ett barns magiska värld där hjälpen bara ska komma till mig (omnipotent överföring). En uppgift som är omöjlig och som bara kan leda till misslyckande. Terapeuten kan inte förändra patienten det kan bara patienten göra själv med hjälp av terapeutens interventioner. Patientens projektion på terapeuten av sin önskan att förändra sig ”du som är

min terapeut ska förändra mig” måste blockeras av terapeuten ”jag kan inte förändra dig, den enda som kan förändra dig är du”. Då får patienten en möjlighet att komma i kontakt med sin egen kapacitet och önskan ”jag kan förändra mig”. Den vanliga (van) föreställningen om ISTDP är att det är en kraftfull intervention som leder till genombrott av aggressiva affekter riktade mot våra primärobject. Fredrikson visar att patienter med starkt behandlingsmotstånd kräver ett annat terapeutiskt förhållningsätt. Genom att pressa på om ett problem och sedan med uthållighet och målmedvetenhet spegla patientens hjälplöshet kollapsar försvarerna successivt. Förnekandet av problem, nedvärderingen och föraktet bryter samman och patientens känslor blir till slut så starka att han börjar gråta och säger ”Jag är inte hjälplös. Det finns saker som jag kan göra”. En serie av genombrott av känslor väcker ytterligare insikter om vad hen kan göra för att förändra sitt liv. Och den starka sorgen. Sorgen över alla dessa år: gömd, hjälplös och deprimerad. Men nu finns möjligheten till en ny start av livet.

### **ISTDP och det omedvetna**

ISTDP har som mål att nå det förmedvetna/omedvetna i människan för att kunna uppnå varaktig förändring. Här finns ett genuint intresse för det omedvetna och en metod som underlättar så att patienten skall kunna befrias från sin egen dödsdom. Här finns ett systematiskt arbete grundat i de psykoanalytiska teorierna. Ett systematiskt arbete som möjliggör att nå de smärtsamma trauman med obearbetade affekter som finns hos patienten och som fortfarande hotar att bryta ut som ett vulkanutbrott. Katastrof hotar och skydd är nödvändigt. De kraftfulla känslomässiga reaktionerna i traumat ledde till nödvändiga försvar som förhindrar ett levande liv nu. Klein skulle älska det växande raseriet, Freud skulle jubla över dödsönskningarna, Bion skulle utan eget begär ta del av processen. Winnicott skulle bli lycklig över att hans sanna själv sakta men säkert får kontakt med terapeuten genom arbetet med den omedvetna terapeutiska alliansen – ja det finns hopp för mitt liv. Psykoanalytisk teori är en outtömlig skatt för att förstå många olika områden av mänskligt liv. Psykoanalysens stora och viktiga bidrag är dess teorier. Dess tillämpning i psykoterapi och psykoanalys kommer alltid att förändras och utvecklas. Det viktigaste arbetet är hur dessa teorier bäst ska kunna omsättas i behandling som är effektiv, rimlig och möj-

lig för människor idag. En samling runt ett sådant mål borde alla kunna vara överens om som är övertygade om det omedvetnas betydelse för skapandet av psykiskt lidande. Psykodynamisk terapi och psykoanalys står liksom Fredericksons patient inför valet att begravas eller – om det inte är för sent – försöka finna nya gemensamma vägar för att överleva.

### **Språkets betydelse i ISTDP**

Många terapeuter som möter ISTDP reagerar på det färgstarka språket som används vid interventionerna. En överdrivet försiktig, tillbakahållen och passiv terapeutisk stil leder ofta till att patienten känner sig övergiven och upplever att arbetet ger för lite. ”Intensive” i ISTDP innebär en uppmaning till ett annat förhållningssätt med färgstarkare interventioner som påverkar alliansen och patientens upplevelse av att bli tagen på allvar. Många interventioner har sin grund i Davanloos formuleringar som han systematiskt utprovade och dokumenterade med video för att finna de formuleringar som gav de bästa behandlingsresultaten. Ofta var de mest kraftfulla uttrycken som till exempel terapeuten till patienten: ”Vi kan begrava vår relation så att den blir död – precis lika död som alla dina andra relationer – ska vi göra det nu?” Som ett eko förflyttas dessa ord till den inlåsta patienten och transformeras och upplevs ”det finns hopp, jag kan välja, jag kan bli levande”. Patienterna förstår detta språk och förstår att hen måste göra ett val om förändring ska kunna ske. När man som terapeut lär sig ISTDP och ska formulera sig på detta sätt så blir detta lätt till ett utbildningshinder. Vi vill skapa själva. Skapa själva i det terapeutiska ögonblicket, psykoterapi som konstform och likande uttryck har använts tidigare som ett försvar för att inte behöva ställas inför krav på att systematiskt kunna beskriva sin metod och därmed också att det psykoterapeutiska arbetet inte kan systematiskt studeras med hjälp av vetenskapliga metoder. Idag befinner vi oss på en annan plats. Forskning krävs för att psykoterapimetoder ska vara en del av hälso- och sjukvården. Mycket internationell forskning bedrivs också, till exempel studier som belyser psykoterapeutens förmåga att samarbeta med patienten. Men i Sverige är det svårt att få forskningspengar till psykodynamiska projekt. Vi måste försöka finna andra gemensamma vägar för att komma framåt.

### **Följa Jo(h)n: Videomaterial som pedagogiskt hjälpmedel**

Videopresentationer ger helt nya pedagogiska möjligheter. Fredericksons heldagskonferens bygger på användandet av en videofilmad tvåtimmars session. I ISTDP är videoinspelning en del av terapin om patienten godkänner detta. I detalj kan vi se patienten och terapeuten arbeta tillsammans. Allt är öppet och kan diskuteras. Videon ger möjlighet att se hur varje reaktion hos patienten ser ut i termer av affekter, ångest och försvar. Vi kan studera Fredericksons val av interventioner och se hur dessa tillsammans utvecklas till en sammanhållen strategi för att nå patienten som finns där men fångslad, djupt undangömd och fasthållen av sina försvar. Genom patientens ”svar” får Frederickson information om hur han ska gå vidare. Successivt förstår vi som följer Fredericksons arbete att det finns en metod som bär i arbetet med dessa svåra patienter. Vi behöver inte skapa egna ”metoder”. Som undervisningshjälpmedel är videoinspelningar oersättliga då det dessutom underlättar förståelsen för hur alla våra komplicerade teoretiska begrepp ser ut i ”verkligheten”. Dynamiken lever sekund för sekund i motsats till vanliga muntliga dragningar där man kan få uppfattningen att försvaren är något som bara finns varannan dag (överdrift för att klargöra vad jag menar). Min erfarenhet är att ett inte ovanligt problem med psykodynamisk terapi är att i brist på effektiv metod låta berättelsen bli central. Berättelsen och de psykodynamiska beskrivningarna och förklaringarna har gjort att den psykodynamiska terapin fått en kognitiv slagsida på bekostnad av upplevelse och affekt. I ISTDP är berättelsen sekundär medan det primära är att iaktta den icke verbala kommunikationen och använda den konsekvent som vägledande i val av interventioner. Det är en sann utmaning för någon som haft soffan och den klassiska uppställningen av stolar bredvid eller snett mot varandra som arbetsredskap. En position som gör det omöjligt att följa patientens kommunikation av omedvetet material när det gestaltas genom kroppsspråket. I ISTDP måste man sitta nära, ansikte mot ansikte så man kan avläsa minsta skiftning i ögonen samtidigt som terapeuten har en tillräcklig överblick: den bortvända blicken, händernas rörelser. I Jon Fredericksons presentation knyter han ständigt det kliniska materialet till teoretiska begrepp och referenser. Mitt upp i allt har Frederickson en dialog med oss 80–90 deltagare. Han frågar oss och vi

vågar svara! Vi frågar honom och han svarar oftast med en referens till Freud, Racker, Klein och alla de andra giganterna som är mer närvarande än någonsin. ISTDP med videofilm material gör att de får komma till rätta på ett nytt och spännande sätt.

De flesta av oss har suttit på olika konferenser och lyssnat på skriftligt väl förberedda fallpresentationer. Den typen av presentationer avspeglar sällan den levande dynamiken i terapirummet. Det är oftast bara någon enstaka person som frågar något vid den efterkommande diskussionen. Frågan går nästan aldrig att diskutera eftersom det saknas ett levande kliniskt material som kan illustrera och belysa vad som händer mellan patient och terapeut. Skriftliga fallbeskrivningar har förvisso alltid varit viktiga. De har varit vårt enda sätt att dela med oss och kunna diskutera vårt arbete. De har sin grund i Freuds (1955) klassiska fall till exempel "Rättmannen" och andra fallbeskrivningar som var banbrytande och skolbildande. Men detta var för många år sedan då vi bara hade papper och penna. Freud arbetade i hela sitt liv med att utveckla det psykoanalytiska projektet öppen för förändringar och nya tankar. Han må nu vända sig i sin grav när han ser hur svårt vi har att ta till oss nya tekniska möjligheter och nya psykoanalytiska arbetssätt som kan utveckla och föra det psykoanalytiska och psykoanalytiska arbetet framåt. Det är bekymmersamt för hela verksamhetsområdet psykoanalytisk terapi att en hel internationell rörelse IPA (International Psychoanalytical Association) sakta men säkert begraver sig själv. Att blunda för att livets flod tar nya banor kan bara få negativa konsekvenser. Kernberg (2012) tar upp dessa problem i artikeln "Suicide Prevention for Psychoanalytic Institutes and Societies" där han föreslår att de psykoanalytiska föreningarna skapar egna "räddningsteam" som ska försöka få den sjunkande skutan på köl igen. Men krisen gäller idag hela den psykoanalytiska terapins aktuella situation och framtid i Sverige. Utan status som en

sjukvårdande behandling kommer PDT enbart att bli en möjlighet för den bemedlade medel- och överklassen. Det kommer också att innebära att PDT kommer utanför samhällets olika verksamheter och institutioner och risken är stor för en marginalisering av PDT som en viktig påverkansfaktor. Idag bedrivs verksamhet inom olika psykoanalytiska grupperingar men finns det ännu oprövade vägar där vi gemensamt kan diskutera och utveckla våra olika former av tillämpning av den psykoanalytiska teorin?

ISTDP är förstås inte någon mirakelkur. Som all psykoanalytisk terapi är den beroende av psykoanalytikerens kunskap och förmåga att relatera. Det krävs hårt arbete under många år för att lära sig denna svåra metod. ISTDP visar på goda behandlingsresultat i publicerade forskningsrapporter. En sammanställning av dessa artiklar återfinns på [www.istdpsweden.se](http://www.istdpsweden.se). Vi ställs inför valet att utvecklas som terapeuter och omvärdera en del av våra gamla "sanningar". En del av oss väljer att bli ISTDP terapeuter. Andra inte. Men genom att ISTDP tillåter oss komma in i psykoanalytisk terapi kan alla terapeuter ta del av metoden och ta ställning till detta arbetssätt. Och man kan också lära sig mer om psykoanalytisk metod utan att behöva bli ISTDP terapeut. Och lära oss mer kan bara vara till gagn för våra patienter. ○

## REFERENSER

- Davanloo, H. (1991). *Unlocking the Unconscious*. New York: John Wiley & Sons.
- Frederickson, J. (2014). *Co-Creating Change. Effective Dynamic Therapy Techniques*. Kansas City: Seven Leaves Press.
- Freud, S. (1909/1955). Notes upon a Case of Obsessional Neurosis. I J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud X*, (s. 153-327). London: The Hogarth Press LTD.
- Kernberg, O. (2012). Suicide Prevention for Psychoanalytic Institutes and Societies. *The Journal of the American Psychoanalytic Association*, 60, 707-719.



BJÖRN ELWIN är fil. dr, psykolog, leg psykoanalytiker och psykoanalytiker. Coreutbildning i ISTDP 2009-2011. Tidigare verksam som Prefekt vid S:t Lukas utbildningsinstitut Ersta Sköndal Bräcke högskola. Numera privatpraktiserande psykoanalytiker.  
Epost: [bjornelwin@icloud.com](mailto:bjornelwin@icloud.com).  
Telefonnummer: 0735 109 290.  
Mottagning: Regeringsgatan 87 Stockholm