

I denna artikel presenteras en integrativ psykodynamisk korttidsterapimetod där beteendeterapeutiska principer används systematiskt för att bearbeta inre känslomässiga konflikter, s.k. "affektfobier". Metoden har utvecklats av professor Leigh McCullough som leder psykoterapiforskningsprogrammet vid Harvard Medical School i Boston. Två randomiserade och kontrollerade studier har visat metodens effektivitet när det gäller behandling av personlighetsstörningar (kluster C) samt vid ångest- och förstämningssyndrom. Modellen har potential att underlätta kommunikationen mellan terapeuter med olika teoretiska grundperspektiv.

I början på 50-talet gjorde John Dollard och Neal Miller en inlärningsteoretisk analys av psykoanalytisk terapi och kom fram till att behandlingen har flera likheter med den beteendeterapeutiska exponeringsmetoden vid olika fobier (Dollard & Miller, 1950). Medan patienten i psykoanalys uppmuntras att i en trygg situation successivt närma sig skrämmande *inre stimuli* (som fantasier, minnen, känslor etc) exponerar beteendeterapeuten vanligtvis för *yttre stimuli* (broar, ormar, hissar etc). Dollard och Millers arbete väckte dock svagt intresse när det publicerades och deras verk föll i glömska. I slutet av 70-talet togs deras tankar upp igen och vidareutvecklades av Paul Wachtel som argumenterade för möjligheterna till en teoretisk integration av beteenderapi och psykoanalys i boken *Psychoanalysis and Behavior Therapy: Toward an integration* (1977). Boken blev en startpunkt för bildandet av SEPI (*Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*) som på senare år blivit ett allt viktigare forum för utbyten och försök till närmanden mellan olika psykoterapeutiska inriktningar

Psykodynamisk korttidsterapi

I slutet av 70-talet utvecklades även flera korttidsterapier på psykodynamisk grund av kliniker som t.ex. David Malan (1979), Peter Sifneos (1979) och Habib Davanloo (1980). Dessa pionjärer experimenterade med olika sätt att göra traditionell psykodynamisk långtidsterapi mer tidseffektiv, bl.a. genom att införa ett tydligt fokus för behandlingen och öka terapeutens aktivitet. Korttidsterapier lämpade sig även bättre för forskning och i början på 80-talet bildades en forskargrupp vid Beth Israel Center i New York där bl.a. Leigh McCullough ingick.

Leigh McCullough inledde sin karriär som behavioristiskt orienterad forskare och kliniker men kom tidigt i kontakt med korttidsterapi via Malans och Davanloos videodemonstrationer, vilka inspirerade henne att lära sig psykodynamisk teori och praktik. Hon kom även tidigt i kontakt med Wachtels integrativa idéer samt beteendeterapeuten Joe Cautela som applicerade inlärningsteoretiska principer på inre upplevelser, s.k. "dold betingning". Idag är Leigh McCullough professor vid Harvard Medical School och ansvarar för psykoterapiforskningsprogrammet. Den korttidsterapimetod hon utvecklat sedan början av 80-talet finns beskriven i två böcker: *Changing Character* som utkom 1997 samt *Treating Affect Phobia* från 2003. Den förstnämnda ger en grundlig teoretisk bakgrund till metoden medan den sistnämnda är en pedagogiskt upplagd manual och arbetsbok.

Affektfobier

Metoden baseras på psykodynamisk teori och utgår från hypotesen att olika psykiska symtom och maladaptiva karaktärsdrag ofta bottnar i hur personen

hanterar inre känslomässiga konflikter. McCullough konceptualiserar dock psykodynamiska konflikter som *affektfobier*. Med detta begrepp integreras psykodynamisk konfliktteori med Silvan Tomkins affektteori och öppnar samtidigt upp för systematisk användning av beteende-terapeutiska principer i terapin.

Tomkins affektteori har på senare år fått allt större betydelse för psykoterapiforskning och metodutveckling (se t.ex. Greenberg & Pavio, 1997; Fosha, 2000). Tomkins utgår från att vi alla föds med en uppsättning biologiskt grundade basaffekter som fungerar som vårt primära motivationssystem. Varje affektprogram innehåller en kroppslig upplevelse, en handlingspotential samt yttre kommunikation i form av kroppsspråk och ansiktsuttryck. Affekter kan delas upp i aktiverande affekter (t.ex. intresse, glädje, sorg och ilska) och hämmande affekter (t.ex. skam, skuld, ångest och emotionell smärta). De aktiverande affekterna får oss att närma oss det som vår uppmärksamhet för tillfället är inriktad på, medan de hämmande får oss att upphöra med vår pågående aktivitet och dra oss undan. Genom interaktionen med våra tidiga vårdgivare lär vi oss att reglera våra affekter och vi skapar en inre värld av associationer mellan erfarenheter och förknippade affekter (s.k. "scripts").

Affekter kan även associeras med varandra och med våra biologiska drifter som t.ex. hunger, törst, sexualitet och anknytning. Då affekterna ger vår upplevelse dess positiva eller negativa laddning kan den ursprungliga upplevelsen komma att bli problematisk. Om exempelvis adaptiv ilska (i form av t.ex. adekvat självhävdelse) associeras med svåruthärdlig skuld så kan detta resultera i att alla upplevelser av och uttryck för ilska undviks. På liknande sätt kan

andra adaptiva affekter eller behov som exempelvis sorg, intresse, glädje, känslomässig närhet eller sexualitet komma att associeras med hämmande affekter som ångest, skuld, skam eller smärta. På detta sätt uppstår olika "rädslor för känslor" eller *affektfobier*.

Utifrån inlärningsteori vidmakthålls fobiska undvikandebeteenden av negativ förstärkning, det vill säga den slags lättnad som följer av att något obehagligt upphör eller minskar i intensitet. Exempelvis avtar ångesten snabbt när en person med klaustrofobi lämnar ett trångt utrymme, dock utan erfarenheten av att situationen är ofarlig. Vid affektfobier är det som undviks en *inre situation*, dvs. en affekt med medföljande handlingspotential och associationer till tidigare erfarenheter och fantasier. I exemplet ovan, där adaptiv ilska väcker skuldkänslor, utgör befrielsen från denna konflikt den negativa förstärkningen som vidmakthåller ett fobiskt undvikande av affekten ilska.

I psykodynamiska termer sker undvikandet vid affektfobier med hjälp av *försvar*. Begreppet försvar kan definieras brett och innefattar då allt som medvetet eller omedvetet görs för att hålla en ångestväckande affekt utanför medvetandet. Försvar kan således vara *beteenden* (t.ex. olika ageranden, undvikanden), *tankar* (t.ex. rationalisering, intellektualisering, sublimering, etc.), men även andra affekter eller drifter kan fungera som försvar (t.ex. ilska som försvar mot sorg, hunger som försvar mot ångest, etc.).

Försvaren medför att medvetenhet om den ångestskapande affekten förhindras.

I exemplet ovan upplevs således på sin höjd en obehaglig skuldkänsla i situationer där behov av adekvat ilska väcks. Ofta fungerar dock försvaren så automatiskt att personen inte registrerar någon medveten upplevelse av vare sig den adaptiva affekten (ilskan) eller den hämmande affekten (skuldkänslorna). I förlängningen av undvikandet av den adaptiva affekten ligger dessvärre även att möjligheten till väl övervägda sätt att uttrycka behov och önskningar går förlorad. Personen blir fast i en "ond cirkel" (Wachtel, 1977) där undvikandet av uttryck för ilska leder till att de underliggande behoven inte blir bemötta vilket leder till ytterligare ilska, osv.

Den mest väldokumenterat effektiva behandlingen vid olika fobier är den beteendeterapeutiska tekniken systematisk desensibilisering (patrik kollar referens). Denna innebär en gradvis exponering för ett fruktat stimulus parallellt med samtidig responsprevention, dvs. blockering av undvikandebeteenden. Behandling av affektfobier skulle analogt innebära exponering för upplevelsen av och uttryck för adaptiv affekt samtidigt som olika försvar förhindras. Detta är själva kärnan i McCulloughs korttidsterapimetod och ursprunget till manualens namn *Treating Affect Phobia*.

Malans trianglar

Som i all psykodynamisk korttidsterapi inleds behandlingen med att terapeut och patient överenskommer om ett *fokus* för behandlingen. McCullough utgår från Malans trianglar (se figur 1) och visar hur de kan användas som tankestruktur för formulering

av patientens underliggande affektfobier. Utifrån konflikttriangeln skapar sig terapeuten en uppfattning om vilka adaptiva affekter som patienten undviker, vilken typ av ångest (rädsla, skuld, skam, smärta) som väcks samt vilka huvudsakliga försvar som används. Vidare använder terapeuten persontriangeln för att undersöka hur patientens konfliktfyllda mönster utvecklats och hur de upprepas i nuvarande relationer i patientens liv samt i terapirelationen.

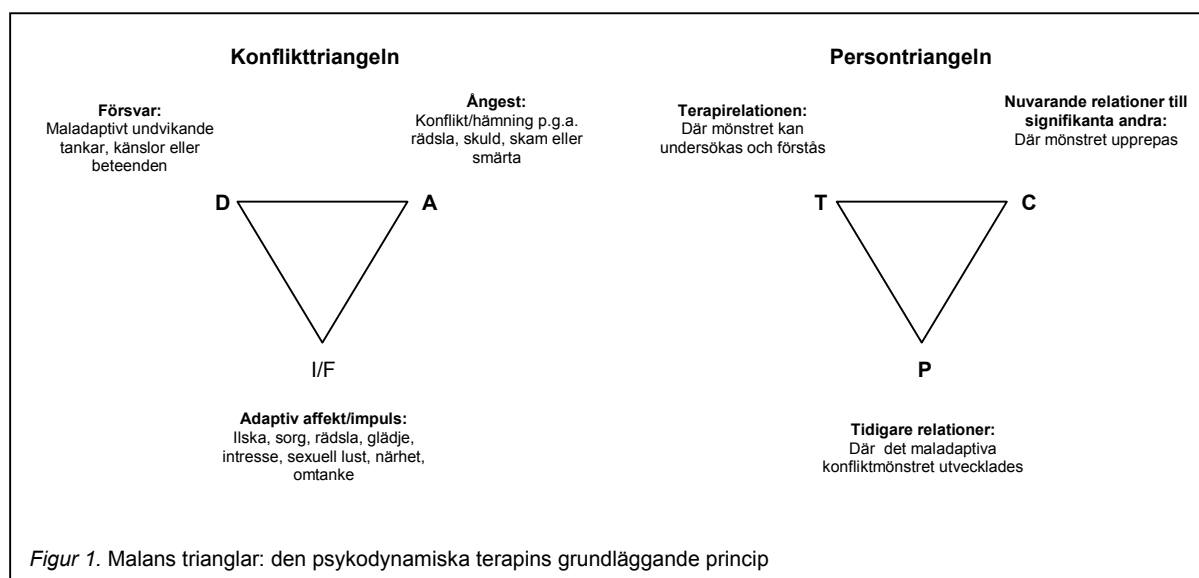
Patientens affektfobier formuleras således hypotetiskt utifrån patientens beskrivning av sina huvudproblem, beteenden i terapisituationen samt relationen till terapeuten. McCullough betonar vikten av patientens aktiva medverkan i att välja och formulera fokus för behandlingen. Formuleringen avgör vilka mål i form av adaptiva uttryck för affekter som eftersträvas och hur behandlingen läggs upp.

Terapeutiska målområden

McCullough definierar tre övergripande målområden för behandlingen:

1. *Omstrukturering av försvar:* att hjälpa patienten att upptäcka sina defensiva mönster och motivera till förändring.
2. *Omstrukturering av affekter:* att hjälpa patienten att uppleva och uttrycka affekter adaptivt.
3. *Omstrukturering av inre representationer av själv och annan:* att förbättra patientens självkänsla och upplevelse av andra.

Vilket målområde som är aktuellt kan



variera under en behandling, men ju högre patientens globala funktionsnivå är enligt GAF-skalan (Mini-D IV, 2002), desto mer exponering för affekter eftersträvas. Vid lägre funktionsnivå (GAF under 50) och vid svårigheter att kontrollera impulser inriktas behandlingen främst på omstrukturering av inre representationer av själv och annan och på uppbyggandet av en omvårdande förmåga.

Omstrukturering av försvar

Detta målområde innebär att terapeuten hjälper patienten att upptäcka och så småningom ge upp sina försvar. McCullough förordar en medkännande terapeutisk hållning i undersökandet av försvaren, till skillnad från exempelvis Sifneos eller Davanloos mer ångestprovocerande teknik. Försvaren ses som inlärd strategier för att hantera outhärdliga affekter och det är viktigt att inledningsvis validera patientens försvarsmönster. De beteenden, tankar och affekter som håller ångestskapande affekter omedvetna var en gång den enda rimliga utvägen, men hindrar idag en mer adaptiv lösning.

McCullough pekar på iakttagelsen att det inte är ovanligt att patienter snabbt når medvetenhet om sina försvar men att detta inte nödvändigtvis leder till beteende-förändring. Det krävs motivation för att överge försvaren och ett sätt att skapa detta är att noga analysera försvarens negativa konsekvenser och de möjliga positiva konsekvenserna av förändring. Vidare bör terapeuten peka på skillnaden mellan försvarsmönstrets ursprung och hur mönstret vidmakthålls idag. Det är viktigt att patienten skapar sig en förståelse för bakgrunden till försvaren då det bidrar till ökad medkänsla med sig själv. Detta i sin tur underlättar lättare affektomstrukturering.

Omstrukturering av affekter

Omstrukturering av affekter kan ses som kärnan i behandlingen. Här hjälper terapeuten patienten att gradvis närma sig de fobiska affekterna och uttrycka dem adaptivt. Interventionerna bygger på terapeutens empatiska närvaro och förmåga att hårbärgera och förstå patientens emotionella tillstånd och förmedla denna förståelse till patienten. Exponering kräver även att patienten stannar kvar i den fruktade situationen tills rädslan släpper.

En sätt att förstärka upplevelsen av af-

fekter är att använda imaginativa metoder. Genom att gå igenom, repetera och hålla kvar känslomässiga bilder i fantasin ökar bl.a. patientens förmåga att stå ut med affekter och reflektera kring sina upplevelser. Ett annat sätt är att närma sig affekterna likt en gestalt-terapeut och rikta patientens uppmärksamhet mot kroppsliga sensationer "här och nu" och utforska dessa.

McCullough varnar dock för riskerna med alltför snabb och intensiv affektutlevelse och ser inte "katharsis" som ett mål i sig. Om processen går för fort finns risken att patienten agerar ut eller blir skuld- eller skamfylld självkritisk p.g.a. sina impulser vilket i värsta fall kan leda till självskadande handlingar. McCullough menar att affektfobier ofta övervinns vid måttliga eller till och med svaga grader av affekt där reflektion samtidigt är möjlig. Terapeuten bör därför eftersträva en "lagom" stark affektupplevelse.

När det gäller att hjälpa patienten att uttrycka affekter som han/hon tidigare hållit ifrån sig intar terapeuten en aktiv och stödjande roll. Terapeuten bör tillsammans med patienten utforska vad som skulle kunna vara ett mer adaptivt sätt att reagera på och sedan aktivt jobba mot detta mål. Det är förstås viktigt att målet är förankrat i patientens behov och att terapeuten är vaksam på sin motöverföring.

Behandlingen syftar ytterst till att hjälpa patienten att uttrycka adekvata affekter i direkt relation till den person det gäller, men också att kunna vara mottaglig för affektiv kommunikation från andra. McCullough föreslår att terapeuten bl.a. kan använda sig av imaginativa metoder med interpersonella motiv, rollspel samt tvålstolsteknik för att undersöka och samtidigt träna adekvata affektiva uttryck.

Omstrukturering av inre representationer av själv och annan

Vid det tredje målområdet används terapeurrelationen aktivt. Denna process kan beskrivas i tre steg där patienten först utforskar och upptäcker sina inre representationer av sig själv och andra, sedan överger anknytningarna till gamla, maladaptiva modeller och till sist med hjälp av terapeurrelationen skapar nya, mer adaptiva, inre representationer av sig själv och andra.

Det terapeutiska förhållningssättet blir i denna del av behandlingen den väsentliga interventionen. Terapeuten uppmuntrar patienten att undersöka aspekter av den terapeutiska relationen relation här och nu och arbetar aktivt med att göra patienten uppmärksam på hur olika relationsmönster upprepas. McCullough visar hur terapeuten med hjälp av sina frågor kan röra sig mellan den verkliga relationen och överföringsrelationen och på så sätt hjälpa patienten att uppleva och uttrycka mer av sina upplevelser i relationer. Ångest och rädslor som associerats med relationer kan då regleras och en ökande autenticitet byggs upp.

Forskningsresultat

Denna modell har utvecklats och reviderats både utifrån kliniska erfarenheter och forskningsresultat. Sedan början på 80-talet har McCullough och forskargruppen vid Beth Israel Medical Center i New York studerat olika korttidsterapier för personer med personlighetsstörningar. Utöver processtudier som gjorts på tusentals videobandade terapisessioner har även två randomiserade och kontrollerade studier genomförts. Den första pågick 1982—1990 vid Beth Israel Medical Center då man jämförde denna modell med en annan psykodynamisk korttidsterapimodell. Bägge metoderna gav signifikant symtomlindring samt varaktiga förändringar av maladaptiva relationsmönster för personer med olika personlighetsstörningar (främst kluster C) efter ca 20—40 sessioner. Resultaten stod sig eller förbättrades något vid uppföljning två år senare (Winston et al., 1991, 1994).

Nyligen har ytterligare en randomiserad och kontrollerad studie genomförts av en forskargrupp vid Trondheims Universitet i Norge. Studien pågick 1988—1999 och McCulloughs modell jämfördes med kognitiv terapi för personlighetsstörningar. Även här fann man att bägge metoderna gav signifikanta resultat. Den psykodynamiska terapin åstadkom bättre resultat när det gäller symtomlindring, men skillnaderna var ej statistiskt signifikanta (Svartberg, Stiles & Seltzer 2004). För närvarande pågår ytterligare processforskning på detta material där man bl.a. försöker identifiera vilka variabler som avgör vilken terapi som passar vilken patient bäst.

Assimilativ integration

Även om det inte var någon medveten

strävan från början har McCullough utvecklat en integrativ psykoterapiform. Modellen är ett exempel på s.k. *assimilativ integration* (McCullough & Andrews, 2001). Denna form av integration innebär att tekniker, metoder eller teorier som utvecklats inom en psykoterapiinriktning assimileras till en annan teorigrund. I McCulloughs modell assimileras den beteendeterapeutiska principen exponering med responsprevention in i en psykodynamisk/affektteoretisk referensram.

Metoden är också integrativ på ett praktiskt plan i och med att terapeuten använder sig av tekniker och förhållningssätt hämtade från flera skolbildningar. Modellen växte fram när McCullough och hennes medarbetare studerade videoupptagningar av terapisessioner och uppmärksammade vilka interventioner som verkade fungera (d.v.s. förde patienten närmare målen i terapin). Interventionerna assimilerades till den teoretiska referensramen oavsett vilken terapiform de tycktes härstamma från.

Fördelen med assimilativ integration (till skillnad från s.k. "teknisk eklekticism") är att de olika teknikerna och förhållningssätten blir sammanvävda på ett naturligt sätt eftersom de utgår från en gemensam teoretisk referensram. Den teoretiska referensram McCullough utvecklat innebär att beteendeterapeutiska begrepp, som förstärkning, exponering och utsläckning, existerar sida vid sida med psykodynamiska grundbegrepp som försvar, omedveten konflikt och överföring—motöverföring, på ett sätt som skapar mening snarare än förvirring.

En modell som underlättar dialog

Några år efter psykologexamen minns vi det laddade klimatet som ofta präglade diskussionerna kring psykologisk behandling på utbildningen och som ibland skapade klyftor mellan studenterna. Sedan vi börjat arbeta inom den psykiatriska öppenvården slås vi dock av våra kollegors intresse för olika arbetssätt, oavsett teoretisk grund, och behovet av ökat utbyte mellan olika synsätt. Dialoger och utbyten försvåras ofta av ovana och hindras av olika teoretiska språk.

Eftersom McCulloughs modell bär drag av både psykodynamiskt och kognitivt-beteendeterapeutiskt tänkande är det vår övertygelse att den har stor potential att förbättra kommunikationen och öka för-

ståelsen mellan kollegor med olika teoretiska inriktningar. Forskningen har även visat att modellen är ett användbart verktyg för alla terapeuter som arbetar med den breda grupp patienter som lider av olika affektfobier.

Peter Lilliengren, leg. psykolog
Södermalm-Gamla Stans psykiatriska jour- och öppenvårdsmottagning

Patrik Lindert, leg. psykolog
Farsta-Skarpnåcks psykiatriska jour- och öppenvårdsmottagning

Referenser:

Davanloo, H. (ed.) (1980). *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Jason Aronson.

Dollard, J. & Miller, N. E. (1950). *Personality and Psychotherapy: An Analysis in Terms of Learning, Thinking and Culture*. New York: McGraw-Hill.

Fosha, D. (2000). *The Transforming Power of Affect: A Model for Accelerated Change*. New York: Basic Behavioral Science.

Greenberg, L. S. & Pavio, S. C. (1997). *Working with Emotions in Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Malan, D. M. (1979). *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*. London: Butterford.

Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. (2002). Sv. Översätn. J Herlofson & M. Landqvist). Danderyd: Pilgrim Press.

McCullough-Valliant, L. (1997). *Changing Character: Psychotherapy for Reconstructing Defenses, Affects and Attachment*. New York: Basic Books.

McCullough, L. & Andrews, S. (2001). Assimilative Integration: Short-Term Psychodynamic Therapy for Treating Affect Phobias. *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol 8, 82-97.

McCullough, L., Kuhn, N., Andrews,

S., Kaplan, A., Wolf, J. & Hurley, C. L. (2003). *Treating Affect Phobia: A Manual for Short-Term Dynamic* Press.

Sifneos, P. E. (1979). *Short-Term Dynamic Psychotherapy: Evaluation and Technique*. New York*: Plenum Press.

Svartberg, M., Stiles, T., & Seltzer, M. H. (2004). The effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, vol 161, 810-817.

Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis & Behavior Therapy: Towards* an integration*. New York: Basic Books.

Winston, A., McCullough, L., Trujillo, M., Pollack, J., Laikin, M., Flegenheimer, W., & Kestenbaum, R. (1991). Brief psychotherapy of personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 (4), 188-193.

Winston, A., Leikin, M., Pollak, J., Samstag, L., McCullough, L., & Muran, C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151(2), 190-194.