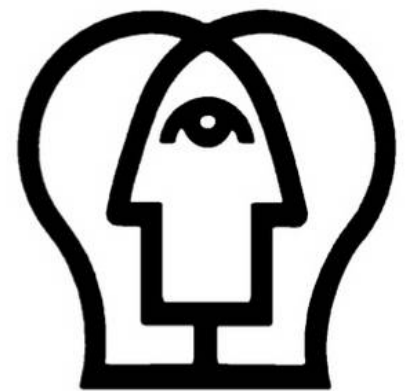


Fobi ur ett psykodynamiskt perspektiv:
Psykodynamiska terapeuters förståelse för uppkomst, svårigheter och behandling
av fobi

Lotta Lundgren
Linn Lyttkens

Handledare: Mats Najström
PSYKOLOGEXAMENSUPPSATS, 30 HP
PSYKOLOGPROGRAMMET 2014



STOCKHOLMS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

FOBI UR ETT PSYKODYNAMISKT PERSPEKTIV: PSYKODYNAMISKA TERAPEUTERS FÖRSTÅELSE FÖR UPPKOMST, SVÅRIGHETER OCH BEHANDLING AV FOBI

Lotta Lundgren och Linn Lyttkens

Fobi utgör ett område som varit anmärkningsvärt frånvarande inom psykodynamisk forskning. Denna studie syftar till att skapa en fördjupad förståelse för uppkomst av och svårigheter kopplade till fobi, samt hur psykodynamisk behandling av fobi bedrivs. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med tio terapeuter. Materialet analyserades utifrån grundad teori (GT). Resultatet visade att självhävdelse var en central aspekt för att förstå uppkomst och svårigheter samt behandling av patienter med fobi, då svårigheter att uttrycka ilska och att visa den egna personen utifrån autentiska känslor och behov var genomgående teman. Resultatet visade också på två typer av social fobi där rädslan bottnade i olika upplevelser vilka utgjorde grunden till respektive sociala fobi. Den första typen av social fobi verkade bottna i en överjagsproblematik bestående av ointegrerade representationer av själv och andra, och behandlades med tolkande interventioner. För den andra typen verkade upplevelser av trauma utgöra grunden för fobin, och behandlingen av denna grupp baserades på stödjande inslag.

Ångestsyndrom är den vanligast förekommande gruppen av psykiatriska tillstånd med en livstidsprevalens på 28,8 procent (Kessler et al., 2005). Fobi, som är en typ av ångestsyndrom, har en livstidsprevalensen på 12,6 procent för specifik fobi, och 12,1 procent för social fobi. Fobier har gått från att ingå som en självklar del i arbetsområdet för psykodynamiska terapeuter till att betraktas utifrån mer biologiska, kognitiva och beteendemässiga aspekter, och behandlats därefter (Morgan, 2003). Detta har inneburit att teorier, förståelsemodeller, och behandling av fobi blivit ett eftersatt område inom det psykodynamiska forskningsfältet.

En vanlig definition av fobi är att tänka sig två komponenter där fobin består av ångest genererad av ett stimuli samt undvikande av detta (Morgan, 2003). DSM-IV (1995) anger för specifik fobi att symptomen ska inkludera en orimlig rädsla för ett stimuli, att personen själv är medveten om det orimliga i sin rädsla (när det rör sig om en vuxen individ), att kontakt med stimulit utlöser en ångestreaktion och att försök att undvika eller hantera rädslan leder till en betydande negativ inverkan på personens liv. Social fobi definieras utifrån samma kriterier, med undantaget att ångesten väcks i olika typer av sociala situationer och bottnar i en rädsla för att göra bort sig. Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) är en diagnostisk manual som beskriver psykisk ohälsa utifrån en psykodynamisk grund. PDMs definition av fobi överensstämmer med de kriterier som ställs upp för fobi i DSM-IV. Enligt ett psykodynamiskt synsätt räcker dock inte DSM-IVs definition till, och i PDM tilläggs därför att fobiska symtom ses som ett sätt att organisera inre upplevelser, och att detta är ett sätt att hantera ångest (PDM Task Force, 2006).

Psykodynamiskt och objektrelationsteoretiskt perspektiv på fobi

Begreppet fobi utifrån ett psykoanalytiskt synsätt uttrycktes ursprungligen i Freuds beskrivning av en specifik fobi och återgavs i Lille Hans (2006). Här beskrivs fobin i form av en psykisk konflikt som utgörs av motstridiga känslor och önskningar. Dessa ger upphov till en ångest som förskjuts på ett externt objekt som sedan undviks (Morgan, 2003). I en vidareutveckling av teorin om fobi menar Freud att ångest generellt sett har sitt ursprung i en reaktion på upplevelsen av ett förlorat objekt och att upplevelsen av ett otillgängligt objekt är en hörnsten i hur fobi uppstår. Ett barn som upplever ett otillgängligt objekt, eller förlust av ett objekt, drabbas av känslor av hjälplöshet. Dessa känslor påverkar jaget då hjälplösheten utlöser en regression som gör att jagfunktionerna försämras eller kollapsar. Då känslorna av hjälplöshet är för svåra att uppleva och hårbärga, förskjuts de till ett externt objekt (Morgan, 2003).

Denna tanke om att fobi härstammar ur en individs tidiga erfarenheter med vårdnadshavare går igen även i ett objektrelationsteoretiskt perspektiv (Klein, 1988). Melanie Klein, som utvecklade en av förgreningarna inom objektrelationsteorin, menade att källan till fobi finns i en av de utvecklingspsykologiska mekanismer som uppstår allra tidigast i en individs liv, den inre kapaciteten till aggressioner. Denna kapacitet utgör en viktig del av processen i utformningen av överjaget (Robson, 2003). En central del i denna utveckling är en tillgänglig vårdnadshavare som kan hjälpa barnet att hårbärga känslor. Enligt Klein är den fobiska rädslan en rädsla för den egna aggressiviteten som utan hjälp till hårbärgning blir ohanterbar.

Objektrelationsteorin utgår från det lilla barnets upplevelser av sig själv och sin omvärld som en kärna för uppbyggnaden av barnets inre värld (Klein, 1988). Klein betonar aggressivitetens centrala roll i det lilla barnets känsloliv, och menar att barnet upplever aggressiva impulser mot sina vårdnadshavare, objekten, som en del av utvecklingen. De aggressiva impulserna följs sedan av skuld-känslor och en vilja att reparera objekten. Viktigt att betona är att det rör sig om inre processer och inre verklighet, men att dessa uppstår i relation till den yttre verkligheten. Objekten existerar både som faktiska yttre företeelser och som inre objekt skapade av subjektet. Klein beskriver en yttre mamma som grunden för barnets konstruktion av en inre mamma. Den inre mamman är den yttre mammans motsvarighet i barnets inre värld, skapad av verkliga upplevelser av en yttre mamma men färgad av barnets egna fantasier om henne. Genom dessa internaliseringsprocesser som börjar vid barnets födelse, skapar barnet sina inre objekt utifrån upplevelser av yttre situationer.

Klein beskriver hur förmågan att använda sig av yttre observationer för att trösta sig själv då ångest uppstår i en individ, är avgörande för den psykiska hälsan generellt sett, och framlägger detta som ett kriterium för en adekvat utveckling. Hos individer som inte utvecklat denna förmåga i tillräckligt hög grad i brist på goda yttre upplevelser blir psykisk ohälsa ofta en följd (Klein, 1988). Förmåga till verklighetsprövning och ångesttolerans uppstår främst genom tidiga upplevelser av trygghet i form av tillgängliga goda relationer. Detta stärker barnets tilltro till både sig själv och till inre och yttre objekt. Om barnet saknar goda upplevelser bekräftas fantasier om utplåning, och goda processer som uppstår ur att kunna reparera ett älskat objekt försvåras. Klein betonar vikten av att få ge uttryck för ilska och samtidigt erfara att objektet har överlevt denna attack för att barnet ska kunna utveckla även den delen av sitt affektiva register.

Om barnet upplever att det är riskfyllt att uttrycka ilska sker en hämning av känsloutvecklingen.

I Kleins teoribygge blir alltså förmågan att använda sig av yttre upplevelser för att hantera och modifiera den inre världen central. Då denna förmåga saknas kommer den inre världens kaos att dominera upplevelsorna, och oförmågan att ta in yttre upplevelser gör att positionerna i den inre världen blir låsta (Klein, 1988). Det blir svårt att ta tillbaka projektioner mot både inre och yttre objekt, vilket hämmar utveckling och autonomi. Fobier ses mot bakgrund av detta som en konsekvens av att ha avskilt aggressiva delar av självet och projicerat ut dem på omvärlden, som då kommer att upplevas som hotfull, då det fobiska stimuli fylls med den egna aggressiviteten. Klein betonar också att varje projektion utåt motsvaras av en klyvning, eller splitting, av självet, då detta är vad som projiceras. Starka projektiva försvar kommer därför att utarma självet och göra dessa delar av den egna personen otillgängliga.

En koppling mellan aggressivitet och fobier återfinns även i ny forskning. I en studie från 2011 (Breen & Kashdan) påvisades samband mellan social fobi och att uppleva ilska frekvent och intensivt. Denna studie visade även att social fobi predicerade ilska och ett undvikande beteende som följd på avvisande i en social situation. Upplevelser av avvisande visade sig framkalla ilska hos deltagarna i studien generellt sett, men det framkallade signifikant mer ilska hos deltagare med social fobi, vilket tyder på att dessa var extra känsliga för avvisande och reagerade på detta med ilska. Att trycka ner ilskan visade sig vara en genomgående strategi vilket kännetecknade de individer som hade social fobi, medan de individer med lägst grad av social ångest och undvikandebeteenden tryckte ner sin ilska i minst utsträckning.

Sant och falskt själv

En vidareutveckling av objektrelationsteorin skapades av Donald Winnicott. Hans bidrag innefattar hur psykisk ohälsa kan förstås utifrån i vilken utsträckning en person domineras av ett sant eller falskt själv (Winnicott, 1993). Det sanna självet definieras som en individs autentiska önskningar och behov, då dessa ej störts av yttre hot, såsom omvårdnadssvikt eller aggressivitet från andra människor. Det sanna självet uppstår då spädbarnet fått tillräckligt god omvårdnad för att kunna uttrycka egna önskningar och utforska världen utifrån ett genuint intresse. Med en tillräckligt god omvårdnad avses en förälder som kan förstå och möta spädbarnets spontana gest, och på så vis hjälpa barnet att begripliggöra sin omvärld och uppnå sina önskningar. På detta sätt bekräftas barnets omnipotens och ger upphov till en upplevelse hos barnet av att vara den som kontrollerar och skapar världen. Winnicott beskriver hur detta samspel mellan förälder och barn till en början bygger på förälderns förmåga att se och möta barnets behov, för att sedan handla om att gradvis minska barnets direkta behovstillfredsställelse i en takt som barnet klarar av. Denna process hjälper barnet att gå från ett omnipotent tillstånd till att acceptera realiteten. I kontrast till denna process uppstår det falska självet som en slags målvakt som har i uppgift att skydda det sanna självet från yttre hot. Winnicott ser uppkomsten av ett falskt själv som grundat i tidiga upplevelser, då ett barn inte fått tillräckligt god omvårdnad för att kunna utforska världen efter eget intresse, och istället tvingats att fokusera på att anpassa sig efter sina vårdnadsgivare för att inte komma till skada. Denna anpassning utgör grunden till ett falskt själv, där egna önskningar och behov inte kan uttryckas, vilket försvårar för barnet att känna av sin egen vilja. I

utvecklingen av ett falskt själv sker inte heller en gradvis anpassning till realiteten och uppgivande av omnipotensen, vilket kan resultera i ett barn som är till synes fogligt men i grunden inte kunnat släppa omnipotenta fantasier och försvar (Winnicott, 1993).

Det falska självets kan definieras som primärt reagerande mot hot, medan det sanna självets ses som agerande utifrån egen lust och egna intressen (Winnicott, 1993). Det finns både ett hälsosamt samt ett patologiskt falskt själv. Det hälsosamma falska självets kommer fram då omgivningen kräver en viss typ av anpassning och förhindrar utforskande och att följa egna önskningar, vilket fungerar reglerande och hjälper människan att agera som social varelse. Det patologiska falska självets blir däremot ett hinder då det blockerar det sanna självets uttryck i fler situationer än vad som krävs för att kunna fungera som samhällsvarelse. När detta sker befinner sig individen i försvarsläge och är förhindrad att uttrycka sina verkliga önskningar och behov. Detta kan ske på flera olika nivåer, från att ta sig uttryck i pressade situationer till att vara så genomgående att det sanna självets aldrig visar sig och det falska självets upplevs som den verkliga personen av både individen själv och av andra människor.

Anknytningsteori och fobi

Anknytningsteorin, som utvecklades av John Bowlby under mitten av 1900-talet, betonar i likhet med Winnicott barnets verkliga erfarenheter av samspel med vårdnadshavare som en grund för senare självbild samt relaterande till andra individer (Broberg, Granquist, Ivarsson, & Risholm Mothander, 2006). Anknytningsteori har visat sig ha starkt förklaringsvärde för både hälsosam psykisk utveckling och uppkomst av psykopatologi (Sroufe, Carlson, Levy, & Egeland, 1999). Utgångspunkten för denna teori är att det viktigaste för ett barns överlevnad och utveckling är att få närhet och omsorg av sina vårdnadshavare. Barnet kommer därför att anpassa sitt beteende efter det gensvar hen får för att maximera tillfredställelsen av dessa behov. En trygg anknytning innebär att barnet litar på att vårdnadshavaren svarar på dess signaler om oro och att detta leder till tröst och omsorg. När så är fallet kan barnet ge sig av från vårdnadshavaren för att utforska sin omgivning i trygg förvisning om att föräldern finns kvar som en trygg hamn att återvända till om problem skulle uppstå. Otrygg anknytning innebär däremot att barnet inte känner samma tillit till att vårdnadshavaren tillgodoser dess behov, och anpassar sitt beteende därefter. Anknytningsmönster är ett sätt att beskriva de inre bilder av samspel mellan själv och andra som skapas inom barnet. Dessa bilder kallas även för inre arbetsmodeller och fungerar vägledande för barnet i olika samspelesituationer. Dessa inre arbetsmodeller finns kvar och utvecklas genom livet beroende på vilka nya relationella erfarenheter som erhålls. De kommer särskilt att påverka hur personen relaterar i nära känslomässiga relationer, så som parförhållanden, föräldra-barn-relationer eller nära vänskapsrelationer, där egna eller andras trygghetsbehov aktiveras.

Bowlbys övergripande syn på kopplingen mellan anknytningsmönster och utvecklande av psykisk ohälsa var att det sker en växelverkan mellan tidiga erfarenheter och senare livsförhållanden (Sroufe et al., 1999). Tidiga traumatiska erfarenheter skapar inte nödvändigtvis en psykisk störning, men en adekvat anpassningsförmåga hos en individ är alltid en produkt av både utvecklingshistorien och nuvarande kontexter, då en individs historik spelar en roll i hur nya erfarenheter tolkas och hur förmågan att använda sig av stöd i sin omgivning utvecklas. I linje med både Freud och Klein ansåg

Bowlby att psykopatologi inte är en isolerad företeelse som uppstår av sig självt, utan som följd av både tidiga erfarenheter och erfarenheter senare i livet.

Bowlby menade att ångeststörningar ofta är kopplade till huruvida anknytningspersonen är tillgänglig för barnet eller ej (Evans, 2003). Ångeststörningar i form av fobi och vilken roll anknytning och föräldrastilar spelar för utvecklandet av fobi har studerats kopplat till bland annat social fobi, flygfobi och agorafobi (Arrindell et al., 1989; Eng, Heimberg, Hart, Schneier, & Liebowitz, 2001; Veronese, Romaioli, & Castiglioni, 2011). Då anknytningsmönster studerades hos individer med flygfobi, visade det sig att det fanns ett signifikant samband mellan flygfobi och otryggt undvikande anknytningsmönster (Veronese et al., 2011). Agorafobi och social fobi visade på kopplingar till föräldrastilar då det påvisats att föräldrastilen hos föräldrar till individer med agorafobi och social fobi karaktäriserades av bristande emotionell värme samt avvisande då detta skattades av patienterna i vuxen ålder (Arrindell et al., 1989). Eng et al. (2001) påvisade ett samband mellan social fobi och både trygg och otrygg anknytning, där den grupp av individer med social fobi och otrygg anknytning hade högre grad av social ångest, undvikande och var mer deprimerade än de med trygg anknytning och social fobi.

Anknytningsteori, traumatiska upplevelser och fobi

Två psykologiska tillstånd som kan kopplas till anknytning är *upplevelser av trauma* och *upprepningsång*. Upplevelser av trauma kan skada individens upplevelse av sig själv som trygg och andra som pålitliga, och upprepningsång innebär ett återskapande av traumatiska upplevelser. Hur allvarlig skadan blir påverkas av hur allvarligt traumat är (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008). Minst skadligt är det opersonliga traumat, exempelvis en naturkatastrof, som inte orsakats av människor. Interpersonellt trauma är trauma som orsakats av andra människor, såsom misshandel, mobbing eller krig och kan leda till skräck för andra människor. Anknytningstrauma är den allvarligaste formen av trauma, och kännetecknas av att traumat uppstår i anknytningsrelationen, det vill säga att den som orsakar traumat är anknytningspersonen, vilket gör att det inte finns något sätt för barnet att bli tröstat på. Detta kan orsaka rädsla för känslomässig närhet och beroende, och då anknytning är en central process för att etablera en trygg uppfattning av själv och andra blir anknytningstrauma ett allvarligt hinder för att detta ska kunna komma till stånd. Dessa typer av trauma har visat sig vara kopplade till social fobi (Bandelow et al., 2003), då patienter med social fobi rapporterade traumatiska upplevelser i signifikant större utsträckning, såsom upplevelser av våld, övergrepp och separation från föräldrar jämfört med en kontrollgrupp. Individer med upplevelser av trauma som inte fått stödjande interventioner riskerade också i högre grad än andra genomgå skilsmässa, vara missnöjda i sina kärleksrelationer, samt bli utsatta för ytterligare traumatiska upplevelser av sin partner i form av psykisk eller fysisk misshandel (Kendall-Tackett & Klest, 2009).

Upprepningsång är ett begrepp som innebär att en person som i barndomen utsatts för övergrepp senare i livet omedvetet återskapar situationer av övergrepp. Exempelvis är det större risk för personer som blivit sexuellt utnyttjade som barn, att i vuxen ålder utsättas för sexuella övergrepp (Cloitre et al., 1996, refererad i Allen et al., 2008). Att söka sig till och stanna hos en partner som är hotfull och våldsam verkar svårbegripligt, men utifrån anknytningsteori är det logiskt. Att möta hot och våld trigg

anknytningsbeteende, och då perioder av våld ofta följs av kärleksfullt beteende blir följden ofta att offret knyter an till förövaren, så att en traumatisk anknytning skapas och förstärks (Allen et al., 2008).

Överjagsproblematik

Den tonvikt på aggressioner som Kleins teoretiska bidrag utgör (1988), och Bowlbys betoning av tillgängliga vårdnadsgivare inom anknytningsteorin (Broberg et al., 2006) går igen i det perspektiv på överjagsproblematik som Kernberg (1975) utvecklade. Hans teori bygger på en kritisk och avvisande förälder som skapar aggressioner inom barnet. Då föräldern inte kan hjälpa barnet att härbärgera ilskan kan barnet inte uttrycka den gentemot föräldern, eftersom detta för barnet innebär ett hot mot anknytningsrelationen. En lösning för barnet blir då att istället identifiera sig med föräldern, och se sig själv med förälderns blick. På så vis skyddas föräldern mot barnets aggressivitet och relationen kan bibehållas. Då barnet identifierar sig med förälderns kritiska och aggressiva delar, skapas en svårighet att integrera dessa med de goda bilderna av föräldrarna. Detta kallas klyvning, eller splitting, och sker för att försvara de goda föräldrabilderna från de onda. Detta gör dock att det inom barnet kommer att skapas idealiserade bilder av själv och andra samtidigt som det finns representationer av själv och andra som hårda, kritiska eller värdelösa (Kernberg, 1975).

Denna uppdelning baserat på idealisering och nedvärdering, leder bland annat till en bristande överjagsfunktion, då överjagets roll som samvete och jagideal kommer att störas av de klyvningar som finns i bilden av själv och andra. Detta kan resultera i att den vuxna personen med denna problematik pendlar mellan att idealisera sig själv och nedvärdera sig själv, samt att detta också sker i uppfattningen om andra människor. På så vis skapas ett svart-vitt tänkande om själv och andra, vilket gör att både självbild och relationer blir bräckliga, då tänkandet ständigt kan skifta från idealisering till nedvärdering och vice versa. Detta hindrar mer realistiska föreställningar om själv och andra att etableras, varpå konfrontationer med omvärlden blir hotfulla, då dessa riskerar att motbevisa den inre fantasin om storhet och omnipotens. Att på olika sätt undvika verkligheten blir därför viktigt. Jämförelser med andra blir per definition plågsamma, då de riskerar att visa sig överlägsna, vilket framkallar försvar i form av splitting (Kernberg, 1975).

Den typ av uppdelning mellan ont och gott i den inre världen som orsakas av splitting gör att de kritiska delarna blir svåra för jaget att stå ut med, då de saknar försonande aspekter. En lösning kan då bli att projicera ut dem utanför självet, så att de upplevs som en del av omvärlden istället för av en själv, eftersom den egna aggressiviteten upplevs som outhärdlig då den hotar att förstöra den nödvändiga relationen till föräldrarna. De projektiva försvarerna ställer till nya problem, då omvärlden nu upplevs som hotfull och andra människor som aggressiva och illvilliga. Den egna aggressiviteten blir otillgänglig för medvetandet, vilket skapar svårigheter att hävda sig gentemot andra. Ett överdrivet användande av projektioner som försvarsmekanism tyder på ett bristfälligt integrerat jag och lägre grad av psykologisk mognad än användning av mer mogna försvarsmekanismer, såsom intellektualisering eller bortträngning. Försvarsmekanismer i form av projektioner resulterar vidare i att de individer som blir måltavla för projektionerna inte uppfattas som hela objekt (Steiner, 1993). Istället skapar projektionen ett delobjekt vilket gör att de nyanser som det hela objektet besitter

osynliggörs. Ett starkt användande av projektioner gör också att relaterande till själv och andra sker i högre grad utifrån hur de uppfattas i fantasin än hur de verkligen ter sig. Den yttre verkligheten kommer så att likna den inre, och då relaterandet sker mer till de egna projektionerna än till den faktiska omgivningen, blir det svårt att ta in nya erfarenheter som motsäger de inre bilderna av själv och andra (Kernberg, 1975).

En överjagsproblematik baserad på identifikation med ett kritiskt objekt tar sig ofta uttryck i en tendens att döma sig själv, andra, eller att projicera en domare i andra som blir dömande mot det egna självet (Frederickson, 2013). Att uppleva både sig själv och andra som dömande blir en inre verklighet som i sin tur kan skapa en känslighet för avvisande. I studien av Breen och Kashdan (2011) som ovan nämnts, var avvisande hos individer med social fobi en utlösare för ilska och undvikandebeteende. Dessa individer tryckte även bort sin ilska i högre utsträckning än de med lägre grad av social ångest.

Grundläggande interventionslinjer i psykodynamisk behandling

En psykodynamisk terapeutisk behandling kan variera i form och innehåll med hänseende till bland annat tidslängd och teoretisk inriktning hos terapeuten. Det finns många typer av psykodynamiska terapiformer. En genomgående riktlinje i en traditionell psykodynamisk terapi är att anpassa behandlingen efter den psykiska strukturer som är utmärkande för patientens problematik (Gullestad & Killingmo, 2011). Patienter med relativt väl utvecklad psykisk struktur med väl fungerande jagfunktioner och försvarsmekanismer behandlas vanligtvis utifrån en tolkande och konfronterande behandlingslinje som syftar till att hjälpa patienten möta och gå emot de egna försvaren. En psykisk struktur som däremot kännetecknas av mer bristande jagfunktioner och primitiva psykologiska försvar behandlas vanligen utifrån en hållande interventionslinje där terapeuten är mer bekräftande och stöttande. Den tolkande linjen som innehåller konfrontation av klientens försvar i större utsträckning, och bland annat syftar till att hjälpa patienten att synliggöra projektiva försvarsmekanismer, skapar en insiktsbaserad terapi. Då en mer bekräftande terapeutisk linje förs i en terapi utgör terapeutens hållande linje en stödjande funktion. Den bekräftande linjen ämnar skapa en förstärkning av patientens själv, få patienten att känna sig sedd, lyssnad till, accepterad, och förstådd.

I praktiken är en behandling aldrig av endast hållande eller tolkande slag. En individ ger sällan uttryck för endast en typ av problematik, utan har en psykisk struktur som utgörs av både mognare mer välfungerande delar och sämre fungerande områden som har lägre grad av psykologisk mognad (Gullestad & Killingmo, 2011). Dessa båda förhållningssätt, den tolkande respektive bekräftande interventionslinjen, utesluter inte varandra utan kan samverka beroende på var patienten i stunden befinner sig känslomässigt och med hänsyn till psykologiska försvar. En stödjande terapi kan övergå till att innehålla mer och mer tolkningar, och konfronterade inslag kan skapa behov av att bekräfta patienten.

Forskning på behandling av fobi

Den forskning som utförts angående behandling av fobi har främst rört effekter av olika typer av kognitiv beteendeterapi (KBT) samt farmakologiska behandlingar, där KBT visat sig vara en effektiv behandlingsmetod för både specifik fobi och social fobi (Davis, Ollendick, & Öst, 2009; Taylor, 1996). Med undantag för en handfull studier

under de senaste åren (Bögels, Wjitz, Oort, & Sallaerts, 2014; Leichsenring et al., 2013; Milrod et al., 2007) har forskning som rör fobier utifrån det psykodynamiska teorifältet varit anmärkningsvärt frånvarande. Behandlingsstudier gällande psykodynamisk terapi för ångestsyndrom har dock under det senaste decenniet blivit allt vanligare. 2007 publicerades den första randomiserade kontrollerade studien av effekter av psykodynamisk behandling för ångestsyndrom vilken visade på god effekt av psykodynamisk korttidsterapi vid paniksyndrom (Milrod et al., 2007). En studie som undersökte hur effektiv psykodynamisk behandling av social fobi var i jämförelse med KBT visade att både KBT och psykodynamisk korttidsterapi gav kliniskt signifikanta förbättringar i jämförelse med en väntelista, samt att den grupp som behandlats med KBT förbättrades i högre utsträckning än de som genomgått psykodynamisk terapi (Leichsenring et al., 2013). Ytterligare en randomiserad kontrollerad studie som jämfört KBT och psykodynamisk korttidsterapi för social fobi fann att båda grupperna förbättrades avsevärt, och fann inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna (Bögels et al., 2014).

Syfte och frågeställningar

Denna studie syftar till att skapa en fördjupad förståelse för uppkomst och svårigheter relaterade till fobi, samt hur psykodynamisk behandling av patienter med fobi bedrivs. Frågeställningarna för vår studie är: Hur förstår psykodynamiska terapeuter uppkomst och svårigheter relaterade till fobi? Hur bedriver psykodynamiska terapeuter behandling av fobi?

Metod

Design

Denna studie genomfördes med den kvalitativa metoden grundad teori (GT), vilken lämpar sig väl för att undersöka individers upplevelser av specifika fenomen (Hartman, 2001). Semistrukturerade intervjuer genomfördes med psykodynamiska terapeuter med erfarenhet av behandling av fobi. I enlighet med principerna för grundad teori användes en öppen frågeställning, vilken under processen riktades utifrån den information som samlats in och analyserats. Grundad teori är således en induktiv metod med deduktiva inslag, då data som samlades in under den inledande fasen genererade teorier och hypoteser som delvis styrde datainsamlingen under de senare intervjuerna.

Undersökningsdeltagare

Legitimerade psykodynamiska psykoterapeuter som avslutat en behandling av en patient med fobi tillfrågades om deltagande i studien. De patienter som efterfrågades var individer 18-65 år som uppfyllde DSM-IVs kriterier för specifik fobi, agorafobi, social fobi eller en kombination av dessa. Valet att använda DSM-IVs definitioner av dessa tillstånd som urvalskriterium grundade sig i att dessa definitioner är de mest välkända och spridda, vilket underlättade avgränsning och beskrivning av patientgruppen. Förfrågningar om deltagande utgick per email och telefon till ett flertal psykoterapeuter boende i eller i närheten av Stockholm. Urvalet skedde på teoretisk grund, genom förfrågningar efter psykoterapeuter med relevant erfarenhet av psykodynamiska behandlingar av patienter med fobi.

Totalt genomfördes intervjuer med 13 legitimerade psykoterapeuter som genomfört behandlingar med fobipatienter. Av dessa 13 intervjuer användes tio för databearbetning och analys. Av de tre intervjuer som inte användes var skälet till detta i ett av fallen att ljudfilen med inspelningen gick förlorad, så att transkribering omöjliggjordes och i två av fallen var skälet att de beskrivna patienterna enligt författarnas bedömning inte överensstämde med DSM-IVs kriterier för social fobi, specifik fobi eller agorafobi. Samtliga terapeuter var legitimerade psykoterapeuter med psykodynamisk inriktning. Av de tio terapeuter på vilkas intervjuer studien bygger hade åtta av de intervjuade terapeuterna psykologexamen, och två var arbetsterapeuter. Fyra hade även genomgått psykoanalytikerutbildning. Av dessa tio intervjuade terapeuter var fem män och fem kvinnor.

Varje intervju rörde en behandling av en enskild patient, och studien innehåller således beskrivningar av tio psykoterapier. Av de tio patienterna var tre män och sju kvinnor, och samtliga befann sig i åldersspannet 18-55 år. Längden på terapierna varierade från cirka 25 veckor upp till sju år. Samtliga terapier var ansikte-mot-ansikte-terapi med en frekvens av en till två gånger i veckan, förutom en terapi som var en psykoanalys. En av patienterna hade tidigare genomgått KBT-behandling. Av de tio behandlingar som ingick i studien handlade sju om social fobi, två om specifik fobi och en om agorafobi. De specifika fobier som ingick var flygfobi, insektsfobi samt sprutfobi. I två av de intervjuer där behandlingen gällde social fobi hade patienten även specifika fobier. Åtta av de tio intervjuerna rörde behandlingar som vid intervjutillfället var avslutade. Två av intervjuerna gällde behandlingar som var ännu pågående. Av de åtta behandlingar som avslutats var tidsspannet för hur länge sedan behandlingen avslutats mellan en vecka och sex år.

Material

I studien användes valda delar av den semistrukturerade intervjuguiden Private Theories Interview (PTI) (Werbart & Levander, 2005; 2006). Intervjuguiden utgår från ett ateoretiskt förhållningssätt där intervjuaren ställer öppna frågor om informantens arbete. Detta syftar till att fånga terapeutens egen uppfattning om sin patient, det psykoterapeutiska arbetet och den egna rollen som psykoterapeut. Öppna frågor ställs utifrån fyra olika områden: patientens problematik så som den upplevdes och tolkades av terapeuten, terapeutens bedömning av patientens svårigheter samt uppkomst till problematiken, vad terapeuten upplevt som verksamt i det terapeutiska arbetet, samt vilka förändringar terapin resulterade i. Frågor ställdes om dessa områden i denna ordningsföljd, med utrymme för flexibilitet att följa informantens berättelse. Svaren följdes upp med fördjupande frågor, exempelvis om konkreta exempel. Samtliga intervjuer avslutades med att terapeuten tillfrågades om han eller hon ville lägga till något utifrån sin egen uppfattning om information relevant för att förstå patientens problematik och den terapeutiska process som beskrivits. Intervjuguiden utvecklades under studiens gång för att ytterligare belysa teman och områden som framträtt i de tidiga intervjuerna. De senare intervjuerna hade till en början en öppen ansats såsom de första, men möjliggjorde att vissa teman fördjupades utifrån de hypoteser som tagit form under analysen.

Datainsamling

Datainsamling skedde genom att intervjuer genomfördes utifrån ovan beskrivna intervjuguide. Intervjuerna genomfördes av författarna till denna uppsats på terapeuternas arbetsplatser. Innan intervjuerna inleddes informerades terapeuterna om att samtalet spelades in för att sedan transkriberas, samt att ljudfilen efteråt skulle komma att raderas. De informerades också om att materialet skulle kodas på ett sådant sätt att vare sig de själva eller den patient de beskrev skulle vara möjliga att identifiera. Intervjuerna tog mellan 45 minuter och en timme att genomföra.

Analys

Materialet som insamlats analyserades utifrån grundad teori. GT är en metod för analys av kvalitativa data och utvecklades av sociologerna Glaser och Strauss på 1960-talet (Langemar, 2008). GT bygger på en empiridriven analysmetod, där forskaren utifrån ett induktivt förhållningssätt inleder med en öppen frågeställning som sedan smalnar av utifrån information som framkommer under datainsamlingen. Centralt är att tolkningen av data bygger på en strukturerad kodning av materialet. Forskarens egen förförståelse måste därför sättas inom parentes för att inte påverka utgången av kodningen. I takt med att empiriskt grundade hypoteser framträder ur kodningen styrs datainsamlingen mot att undersöka sådant som relaterar till dessa hypoteser. På så vis uppstår en cirkulär analysprocess, där tidigare kodningar styr ny datainsamling, vilken i sin tur kodas. Dessa kodningar ligger sedan till grund för omkodningar av tidigare insamlat material. Under denna kodnings- och tolkningsprocess förtäts materialet, då olika framväxande teman integreras och samband mellan teman och mönster som kan utläsas ur dessa förtydligas. Datainsamlingen avslutas då mättnad i materialet uppnåtts, med vilket menas att nya datainsamlingar inte resulterar i att ny information framkommer, utan endast bekräftar teman och mönster som redan finns i materialet.

Enligt principer för grundad teori utförde författarna datainsamling och bearbetning av materialet innan informationssökning på området inleddes. Syftet med detta var att begränsa den egna förförståelsen av det teoretiska fältet i så hög grad som möjligt för att kunna ta sig an materialet förutsättningslöst. Det går emellertid inte att bortse från att författarna hade viss förförståelse av ämnet, då båda genomgått en psykodynamisk grundutbildning på psykologprogrammet, samt inom ramen för utbildningen både genomgått och bedrivit psykodynamisk psykoterapi.

Alla intervjuer transkriberades i sin helhet vartefter de genomförts. De första fem intervjuerna analyserades först via *öppen kodning*. I detta steg delades allt material upp i meningsbärande enheter som sedan etiketterades efter innehåll. De meningsbärande enheterna identifierades utifrån tematiskt innehåll, så att ett stycke som avhandlade ett tema blev en enhet, och en ny enhet började där ett kvalitativt nytt innehåll tog vid. Denna uppdelning var alltså styrd utifrån innehåll och mening, ej grammatik. Varje meningsbärande enhet fick sedan en etikett som beskrev innehållet. De meningsbärande enheterna sorterades därefter utifrån innehåll och bildade på så vis kategorier. Varje kategori innehöll data som behandlade ett visst tema, vilket sammanfattades i en kort beskrivning för att tydliggöra varje kategoris innehåll. Ur denna kodning och sortering framträdde en kärnkategori, som var en ofta förekommande kategori vilken övriga kategorier relaterade till. Kärnkategorin framstod i samtliga intervjuer som det centrala problemområdet och var nära kopplat till övriga kategorier.

Då den öppna kodningen av de fem första intervjuerna var genomförd övergick analysen till *selektiv kodning*. I detta steg inleddes ett arbete med att koda de följande fem intervjuerna i enlighet med de kategorier som vuxit fram under den öppna kodningen. Dessa intervjuer genomfördes nu utifrån en modifierad intervjuguide, där datainsamlingen var delvis teoridrivna, då intervjuerna fokuserade på relevanta teman utifrån det kodningsarbete som genomförts under den öppna kodningen, och specifikt tog upp vissa ämnen efter den inledande öppna ansatsen. Under arbetet med den selektiva kodningen gjordes också en utvärdering av vilka kategorier som framstod som relevanta. De som endast innehöll ett fåtal meningsbärande enheter eller meningsbärande enheter som inte bedömdes relevanta sorterades bort i takt med att den selektiva kodningen fortskred. Relevans bedömdes även utifrån hur en kategori relaterade till kärnkategorin, där material som inte angränsade till kärnkategorin bedömdes mindre relevant och därför bortsorterades. Under den selektiva kodningen kodades således endast det material som bedömdes relevant utifrån hur väl det passade in i kategorierna, samt utifrån relevans för kärnkategorin.

I nästa steg av databearbetningen genomfördes en *teoretisk kodning*. I detta skede var materialet sorterat i kategorier, vilka nu grupperades och sattes i samband med varandra för att urskilja mönster. Dessa mönster syftade till att skapa en sammanhängande bild av materialet och beskriva relevanta fynd utifrån frågeställningen, och ligger till grund för de modeller som presenteras nedan i resultatet. En extern validering av dessa tolkningar genomfördes genom att de intervjuade terapeuterna erbjöds att läsa igenom resultaten och kommentera huruvida de tolkningar som gjorts var logiska och materialet återgavs väl. Detta var en möjlighet som erbjöds, men ingick inte i författarnas överenskommelse med terapeuterna, varför inte samtliga terapeuter deltog i denna validering.

Under hela kodningsprocessen skrevs så kallade memos, där idéer om möjliga samband och framtida tolkningar antecknades. Dessa memos möjliggjorde en koppling mellan materialet och författarnas egna idéer samt till den teoretiska förståelse som ändå fanns. Detta mer fria tankearbete sorterades sedan under den teoretiska kodningen, då de mönster som växte fram ur materialet stämde av mot memos om möjliga samband som skrivits under kodningen.

Ett centralt begrepp under hela kodningsprocessen var innehållsmässig *passform*. Med detta menas hur väl innehållet i en kategori stämmer överens med beskrivningen av samma kategori. Genom att kontinuerligt stämma av detta modifierades kategorierna för att så väl som möjligt beskriva innehållet. I detta arbete växte nya kategorier fram då de gamla delades upp eller slogs ihop för att beskriva materialets mångfald. För att säkerställa passformen och garantera att en kategori ej innehöll disparata berättelser, samt undvika att två kategorier överlappade och därmed beskrev samma sak, skedde kontinuerliga kontroller av vilket material som kodats till vilken kategori och hur detta förhöll sig till beskrivningen av denna kategori samt till övriga kategorier. I slutfasen av den selektiva kodningen då allt material var kodat utifrån framkomna kategorier kodades samtliga intervjuer om för att på nytt kontrollera hur väl materialet passade in i kategorierna som vuxit fram, vilket resulterade i viss modifikation av dessa kategorier för att ytterligare förbättra passformen.

Utöver den kodning och tolkning som gjordes av hela materialet genomfördes också en separat analys av de intervjuer som gällde patienter med social fobi, totalt sju intervjuer. Detta gjordes under den teoretiska kodningen, det vill säga i slutskedet av kodningsprocessen då kärnkategori och övriga kategorier stod klara. Denna process syftade till att koppla ihop dessa för att generera samband mellan kategorier samt en teori om ursprung till fobisk problematik och behandling av fobier. Att på detta sätt lyfta en del av materialet ur helheten är strikt sett inte en del av metoden, då man gör en analys utifrån grundad teori. Anledningen till att vi ändå valde att göra på detta sätt var att det ur materialet framkom intressanta skillnader gällande uppkomst och innehåll för social fobi som bedömdes intressanta att studera i sig, och som på detta sätt framträdde tydligare. Då dessa skillnader i data var starkt framträdande och logiskt sammanhängande togs beslutet att beskriva dem för sig för att så väl som möjligt avspegla det mönster som framträdde ur kodningsprocessen. Då denna analys genomfördes i slutskedet av databearbetningen genomfördes inga nya intervjuer med frågor som syftade till att specifikt undersöka dessa skillnader, då tidsramen ej tillät detta. Det mönster som beskrivs för social fobi bygger således på data som samlats in i syfte att svara på frågeställningen gällande fobier i allmänhet och inte social fobi specifikt.

Resultat

Resultatet består av:

- Teman som beskriver två områden: *Uppkomst och svårigheter* och *Processer i behandlingen*.
- Ett kärntema.
- Ett mönster som beskriver två typer av social fobi.

Teman

Uppkomst och svårigheter	Processer i Behandlingen
<p><u>Kärntema: Självhävdelse</u> Ilska Visa vem man är</p>	<p>Nå känslor i terapin Visa vem man är i terapin</p>
<p><u>Närhet och distans</u> Rädsla för avvisande Emotionellt självförsörjande Duktighet och ansvar</p>	<p>Nå hjälplöshet och beroende i terapin Projektioner inom och utanför terapin Konfrontation</p>
<p><u>Lust och hämning</u> Lust Hämning</p>	<p>Hållande Förståelse</p>
<p><u>Föräldrar</u> Bräcklig förälder Kritisk och avvisande förälder Traumatiska upplevelser med en förälder Upprepningstvång</p>	<p>Symtomförändring</p>
<p><u>Överjagsproblematik</u> Överjagsproblematik</p>	
<p><u>Upplevelser av mobbning</u> Upplevelser av mobbning</p>	

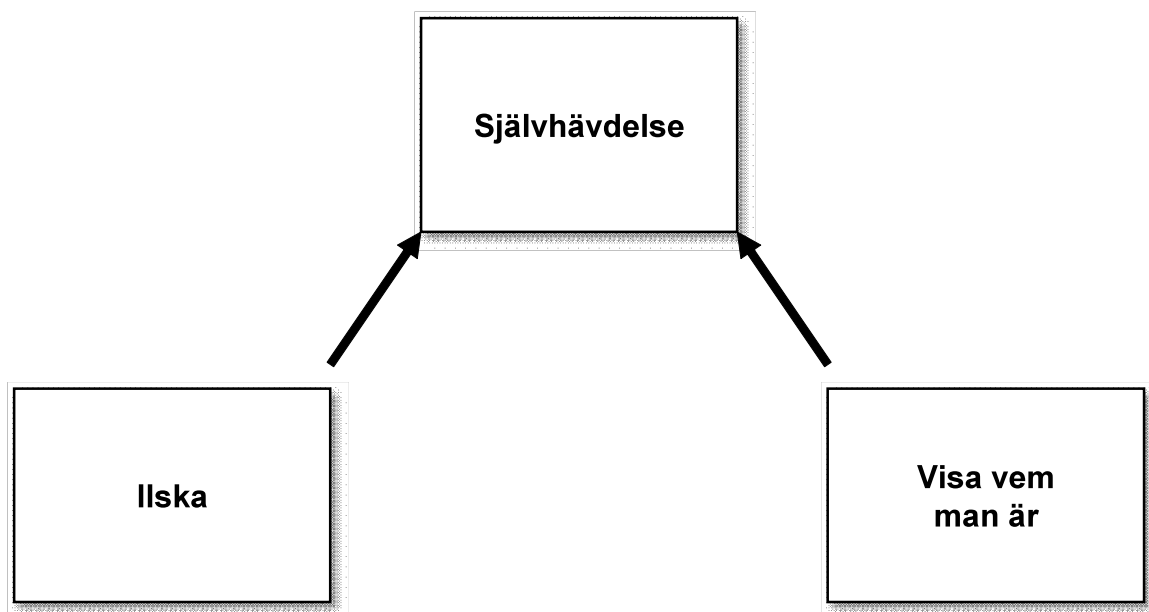
Figur 1. Teman som beskriver två områden: *Uppkomst och svårigheter* och *Processer i behandlingen*.

Uppkomst och svårigheter

De teman som beskrev uppkomst av fobi och svårigheter relaterade till fobi är indelade i följande områden: *självhävdelse*, *närhet och distans*, *lust och hämning*, *föräldrar*, *överjagsproblematik* och *upplevelser av mobbing*. Varje område innehåller ett eller flera teman som relaterar till respektive område. Samtliga teman redovisas nedan. Då beskrivningar av *uppkomst* av fobi, och *svårigheter* relaterade till fobi ofta överlappade är dessa begrepp inte särade på.

Kärntemat självhävdelse.

Temat *ilska* och temat *visa vem man är* var genomgående centralt i materialet. Då dessa två teman genomsyrade hela materialet bildar de tillsammans kärntemat *självhävdelse*.



Figur 2. Temana *Ilska* och *Visa vem man är* skapar kärntemat *Självhävdelse*.

Självhävdelse definieras som förmågan att ta plats med sig själv på ett adekvat sätt och kapaciteten att känna och uttrycka egna känslor och behov utan att kränka andra människor. Terapeuterna beskrev ofta att självhävdelse var en svårighet för patienterna: det var svårt att visa sig själv utifrån ett autentiskt själv, svårt att uttrycka den egna drivkraften, och svårt att ta för sig i nära relationer eller i större sociala sammanhang. Självhävdelse var nära kopplat till andra teman och framstod på så vis som den centrala kärnan i materialet. Förändringsprocesser beskrevs ofta som kopplade till ökad förmåga att hävda den egna personen.

Temat *ilska* beskrevs som en känsla som för patienten ofta var förbjuden att uppleva och ge uttryck för. Temat *ilska* innehöll även uttryck för en osorterad känsla, där ilskan blev ett försvar som täckte över en annan känsla. *Ilska* beskrevs som både direkt och indirekt kopplat till fobin.

”När hon väl började prata om sin mamma så fanns det väldigt mycket ilska där, som hon inte riktigt uttryckte till sin mamma, alltså hon hade aldrig kunnat ha ett samtal, eller prata om någonting som var viktigt. Sen tror jag att hon var väldigt arg på sin man också [...] Alltså, det tog verkligen jättelång tid innan hon kunde göra det, [uttrycka ilska] verkligen väldigt lång tid, och där kommer det här med fobierna in, för just, hon hade, det här med att ge sig själv utrymme, eller mera spelrum, eller vad man ska säga, det var någonting som hon var väldigt rädd för.”

I vissa fall upplevde terapeuterna att ilskan var kopplad till fobin på så sätt att det var känslan *ilska* som gett upphov till ångesten i en situation som väckte en fobisk reaktion.

“När hon ska stå i kassan och betala någon vara hon har köpt och så kunde hon känna den här sociala fobin dra igång, och tänkte jag då, vi undersökte hur nära kassasituationen är hon, och vilket element i den situationen är det som gör att

hon får fobi, eller blir skräckslagen, och det visade sig precis att, som det är i psykodynamiken, det är nästan skolboksmässigt, att det är precis när hon står och plötsligt så börjar kassörskan och någon kund börjar prata med varandra om något mer än betalningen, så det tar tid, och hon kanske själv har bråttom till något, det är när hennes aggressionsnivå stiger som hon får ett jäkla påslag där med ångesten.”

En ökad förmåga att känna den egna ilskan och uttrycka den inför sig själv och andra beskrevs som en förutsättning för att fobin skulle avta i styrka och att patienten skulle få ökad tillgång till självhävdelse.

Temat *visa vem man är* beskrev en bristande kapacitet att ta plats med den egna personen utifrån ett autentiskt själv. Detta skapade problem i nära relationer såväl som i större sociala sammanhang. Att få ökad tillgång till detta beskrevs som ett mått på förändring där även fobin avtog i styrka. Temat *visa vem man är* beskrev vidare en hämmande effekt på patientens uttrycksmöjligheter, vilket var ett mönster fobin var en del av då fobin begränsade olika möjliga känslor, tankar och beteenden. Att uttrycka känslor och tankar som var svåra för patienten att få fatt i och uppleva tillsammans med någon annan, var en del av temat *visa vem man är*.

”Det som jag tror var väldigt mycket till hjälp för henne var att hon fick känna sig så liten och eländig som hon faktiskt kände sig, och att det kanske var första gången som hon vågade göra det tillsammans med någon.”

Att kunna ta plats med sig själv på ett mer autentiskt vis beskrevs som en förutsättning för ökad självhävdelse. För en patient med social fobi kunde temat *visa vem man är* ta sig uttryck genom att våga närvara i situationer som skapade rädslor för att en nedvärderad självbild skulle bekräftas.

“Han har bytt jobb, han hade sökt flera olika jobb och gått igenom intervjuer, och det var något som han var väldigt rädd för, att det skulle bevisa att det var något fel på honom eller att han inte var bra nog, men han har tagit smällarna och vågat göra det, och han har fått ett nytt bra jobb.”

Närhet och distans.

De teman som ingår i *närhet och distans* handlar om svårigheter med att vara i, och reglera avstånd i relationer. Temat *rädsla för att bli avvisad* förekom både i berättelser som gestaltar sig utanför terapin samt i terapin. Då temat uppstod inom terapin handlade det om en rädsla för att bli avvisad av terapeuten.

”På ett sätt kan jag tänka så här, att hela första mötet var en förklaring på det, han var så förtvivlad att jag nästan inte kunde prata med honom. Han kom in och hade förberett vad han skulle säga och så brast han bara i gråt och så var det så under hela timmen. Det framgick att han var oerhört rädd för att jag skulle avvisa honom, och att det var därför han grät och att han blev överrumplad av det när vi väl satt där, så att en, och jag tänker att det är två sidor av det narcissistiska myntet, den ena sidan är den behövande och den sköra, liksom

självkänsloproblemet som han verkligen hade, med mycket självförakt och en väldigt stark känsla av att inte vara älskad och så.”

Detta tema förstods ofta av terapeuterna som kopplat till kärntemat *självhävdelse* på så sätt att rädslan för att bli avvisad stod i vägen för självhävdelse, ofta genom att det hindrade personen att uttrycka egna drivkrafter, bland annat i form av aggressivitet, av rädsla för att detta skulle leda till avvisande.

Temat *emotionellt självförsörjande* beskrev en känslomässig distans i relation till andra individer som uppstod genom att förvägra den egna personen beroende av andra människor, och genom att inte låta andra ta del av egna svårigheter. Detta sågs av terapeuterna som begränsande för självhävdande beteende, då personen i detta läge utgick från att klara sig själv, varpå behov av stöd inte kunde uttryckas.

”Hon liksom lever i en slags värld eller en slags organisation då i hennes person, där hon inte ska behöva andra, att hon ska vara väldigt duktig själv, och att det hon känner och behöver är löjligt.”

Angränsande till detta var temat *duktighet och ansvar*, som beskrevs av terapeuterna på så sätt att patienten upplevde inre krav på att ta ansvar och vara duktig, samt upplevde bekräftelse genom att vara duktig och ta ansvar, vilket förhindrade andra delar av den egna personen att komma till uttryck.

”Hon var ju en person som, alltså dels, det här kom ju fram mer och mer då, dels var hon ju en person som ville vara väldigt duktig, som ville prestera väldigt mycket, som ville på något sätt bli bekräftad i att hon klarade av väldigt mycket.”

Lust och hämning.

Temat *lust* uttryckte tillgång till känslor av lust och kapaciteten att agera utifrån dessa, vilket ofta beskrevs av terapeuterna som en svårighet. Detta tema ansågs kopplat till kärntemat då förmågan att känna igen, uppleva och våga följa sin egen lust var en förutsättning för att kunna ta plats med egna genuina intressen.

”Jag tror att hon, att hon kände att hon för första gången i livet kände att hon hade valt något som, på lust liksom, det var någonting som hon verkligen ville, det här, och då, på något sätt så fanns inte det där hindret längre, och då kände hon att det kunde hon övervinna, jag tror att hon var rädd i början, men inte speciellt tror jag. Jag tror att det hade mycket med det att göra, att hon bejakade något som hon verkligen ville.”

Temat *lust* innehöll också berättelser om sexualitet och att närma sig den egna drivkraften gällande lust i sexuella sammanhang.

”I början av terapin så hade hon ganska mycket sex med folk, men inget större utbyte av det, och inte alls på något sätt förenat med värme eller kärlek eller så, det var något som hon började tala om mycket senare i terapin, att hon faktiskt kunde känna att hon hade lust, och känna att hon, ömma känslor och att hon fick ut något av att vara med någon, vilket var, samtidigt som hon gjorde det väldigt

mycket mindre så lät det som att det skedde i mycket större utsträckning på hennes villkor än de här kontakterna hon hade i början av terapin.”

Temat *hämning* beskrev begränsningar gällande att följa sin egen lust. Detta tema handlade både om hämningar rörande att följa sina egna intressen generellt sett och i nära förhållanden.

“Om hon är nära en man och han är intresserad, eller hon är intresserad, men det är som att hennes känsla inför en sådan situation är att hon har absolut ingenting att komma med, som om det är mannens begär, eller en fullständig anpassning till mannen som är det enda hon, enda sättet hon kan relatera på, sen tycker inte jag att det låter som, i det yttre, att det alltid sett ut så, men det är ändå väldigt, det är som att hennes sexualitet, hennes behov och begär, de försvinner för henne.”

Föräldrar.

Temat inom området *föräldrar* beskrev tidiga upplevelser med föräldrar vilka bidrog till förståelsen för den fobiska problematiken. Dessa relaterade till kärntemat på så vis att upplevelserna med föräldrarna förstods av terapeuterna som nära sammankopplade till en senare begränsad förmåga till självhävdelse. Temat *bräcklig förälder* beskrev en förälder som upplevts känslig och oförmögen att stå ut med patientens känslouttryck. Särskilt känslor som vrede och sorg beskrevs svåra att uttrycka. Detta sågs som kopplat till svårigheter med att uttrycka aggressivitet, då patienten beskrev föräldern som ej mottagbar för starka känslouttryck.

”Han beskriver en mamma som har väldigt svårt att handskas med något annat än positiva och konstruktiva känslor, alltså allt som närmar sig något svårt, eller något aggressivt, har mamman varit väldigt bräcklig inför, och alltså, om mamman har blivit för provad känslomässigt så har hon börjat tvivla på sig själv, och anklaga sig själv, pajat ihop, så att säga, i sin upplevelse, vilket gjort att, som jag har förstått, att min patient har varit väldigt försiktig känslomässigt med mamman.”

Temat *bräcklig förälder* beskrevs även direkt i förhållande till situationer där fobin uppstod. På så vis beskrevs själva relationen till en förälder som brast i den hållbara förmågan som grund till fobin.

”Att vara i en utsatt situation, som man är till exempel när man är liten och ska ta en spruta, det var något förtäat över det där för honom, till exempel att han är med pappa och ska ta en spruta eller hos tandläkaren och sen... att va rädd som ett litet barn, jag tycker det är normalt för det är ju lite läskigt och sen känna att det liksom relations... att det relationella eller de här människorna runt omkring en som skulle kunna vara det hållbara, att det inte är pålitligt. Och så blir det sprutan som är farlig fast det egentligen är något annat. Att han egentligen var rädd men det att det är något med att vara rädd och utlämnad till sig själv liksom... en sorts ensamhet som fanns i den här.”

Temat *kritisk och avvisande förälder* beskrev upplevelser av att ha blivit avvisad och kritiserad av en förälder, vilket ansågs associerat med att som vuxen vara självkritisk och rädd för kritik och avvisanden från andra.

”Hon hade upplevt sig väldigt avvisad av sin mamma och dragit sig ... hon hade en ganska komplex komplicerad [relation] i vuxen ålder fortfarande. Dom hade en fungerande relation men den var väldigt konfliktfylld... och också det var mycket, det var en del av terapin, det var dubbelt för hon upplevde mamma och var kritisk mot henne och hade mycket egen kritik också i vuxen ålder för det som hade hänt, hon gick väldigt snabbt in i skam och att hon var dålig, och hennes kritik mot mamman kom ut mer underförstått och mer indirekt och önskade att mamma skulle ändra sig.”

Vidare beskrev *traumatiska upplevelser med en förälder* upplevelser med en förälder som var mycket svåra, exempelvis föräldrar som misshandlade, hade ett allvarligt missbruk eller led av psykisk sjukdom. Detta beskrevs som kopplat till svårigheter med självhävdelse då detta gav upphov till en rädsla för både egen och andras aggressivitet och en svårighet att uppfatta och uttrycka egna behov. I anslutning till detta fanns temat *upprepningsväng*, vilket beskrev hur en patient som utsatts för misshandel eller sexuella övergrepp som barn senare i livet levde med en partner som var hotfull och våldsam, vilket gjorde att situationer som patienten varit med om upprepades senare i livet.

”Hennes svårigheter att överhuvudtaget härbärgera och hennes tendenser att dissociera och använda sig av den typen av försvar tror jag handlade väldigt mycket om att hon inte hade någon erfarenhet av att överhuvudtaget ha någon kontakt med vem hon var, hur det kändes för henne i olika situationer i livet, plus att hon blivit ganska traumatiserad under ett stort antal år, och inte hade någon egentlig anledning att lita på någon annan, tvärt emot va, försvårade ju väldigt mycket för henne att göra det i nuet, och att hon också upprepade väldigt mycket av det förflutna genom att söka såna sammanhang och såna män och såna kompisar som egentligen upprepade väldigt mycket den miljö som hon var väldigt trygg med.”

Överjagsproblematik.

Temat *överjagsproblematik* beskrevs som uttryck för att både idealisera sig själv och andra, men också uppleva förakt inför sig själv och att nedvärdera andra. Denna pendling skapade motstridiga självbilder och en osäkerhet som tog sig uttryck både i relationer och i sättet att förhålla sig till sin omvärld i stort. Denna upplevelse kunde vara kopplad till inre krav som var svåra att leva upp till både för den egna personen och andra människor.

”Han jämför sig själv med de andra i plugget, och hur han då från början alltid hamnar på minus va, och sen fanns det ett problem i att i och med att han upplevde sig smart, och vi kunde bekräfta det, eller jag kunde på något sätt inte säga emot honom då va, och han klarade ju då andra tentor utan att egentligen lägga manken till, så blev det väl också en liten grej va, att han blev lite stor på

sig och trodde att han var för smart, alldeles exceptionellt smart va, han överdrev den här diskrepansen på nåt sätt för att skydda sig själv.”

Upplevelser av mobbing.

Temat *upplevelser av mobbing* beskrev erfarenheter av att som barn eller ung vuxen ha varit utsatt mobbing eller att inte ha passat in i en grupp. Detta tema beskrevs som hindrande för att uttrycka sig inför andra människor, som upplevdes som hotfulla, och den egna självbilden skadades av dessa kränkningar.

”I gymnasiet så blir det också återigen att hon känner sig mobbad, hon är mobbad, men ingen i skolan ser det här, eller förstår det här, och hon förmår sig inte tala om det här, så hon blir kallad hora, att hon är dum och att hon är ful, alltihopa, och hon på något sätt tar det som att, ja, så är det med mig.”

Processer i behandlingen

Att *nå känslor i terapin* var ett återkommande tema, då detta beskrevs som en förutsättning för att få tag i de känslor som orsakade ångesten, så att en bearbetning kunde ta vid. Detta tema innefattade berättelser om hur patienter i takt med att ett förtroendefullt samarbete byggts upp med terapeuten började få fatt i, uttrycka och sortera känslor, där processen att få tag i och sortera ilska och ledsamhet ofta var centralt.

“När jag mötte henne i början så var hon, alltså först var hon ju väldigt deprimerad va, men det fanns något väldigt starkt ångestdrivet i henne också, att, rädsla för att krascha riktigt alltså, och att hon höll sig på någon sorts yta såhär, liksom det här ångestforcerade pratandet liksom, och det fanns ingenting av det senare, utan då vågade hon liksom låta mörka känslor och sorgliga känslor få plats.”

Temat *visa vem man är i terapin* innefattade att kunna lita på och använda sig av terapeuten och terapin, samt uppta mer plats med sig själv i den terapeutiska processen. Dessa berättelser beskrev ofta subtila skiftningar där patienten gick från att inte våga göra anspråk på den terapeutiska relationen, inte ifrågasätta terapeuten, till att ge uttryck för genuina behov och därmed testa den terapeutiska relationen.

“Då sa jag att du kanske undrar eller önskar att jag kunde hjälpa dig, och då säger han ja, kan du det, och han vet så väl hur terapi går till, och vad terapeuten ska säga och inte säga, så att det var inte alls likt honom att göra anspråk på att jag skulle svara på en sådan fråga, och jag kände att jag blev ställd också, vad ska jag göra med den frågan liksom, jag kan ju inte säga jo, men det tror jag för det liksom det hjälper inte honom, utan jag kände att, att han över huvud taget vågade sätta mig på hal is på det sättet, göra mig osäker är att våga fresta på lite mer i den direkta relationen.”

Temat *nå hjälplöshet och beroende i terapin* beskrevs av terapeuterna som en process där patienten i ökande grad tillät terapin och terapeuten utgöra en viktig funktion och på så sätt göra sig beroende av den terapeutiska processen. Detta beskrevs som centralt för att patienten skulle kunna nå ett tillstånd av öppenhet med tankar och känslor.

Hjälplöshet var en känsla som beskrevs som starkt kopplad till denna process, då att tillåta terapin att vara viktig var avgörande för att nå känslor av hjälplöshet.

”Tidigare så tyckte jag att hon var ganska, att det var viktigt för henne att signalera att hon liksom gav signaler om att terapin inte var så viktigt [...] hon var liksom noga med att föra fram det ibland och... så... det tycker jag har minskat. Och jag tycker att det samtidigt är en process där hon i ökande grad använder sig av terapin och låter terapin bli viktig för henne, på det sättet att hon kan komma och prata om saker som hon tycker är svåra, och så känns de lite mindre svåra, så att det, hon blir på det sättet i högre grad beroende av terapin, att hon får något från terapin.”

Temat *projektioner inom och utanför terapin* innehöll beskrivningar av ett arbete med projektiva försvar som uppstod både i terapin med terapeuten, och utanför terapin i andra relationer. Detta tema sågs som kopplat till ökad självhävdelse då ett införlivande av tidigare projicerade egenskaper i den egna självbilden skapade ett mer autentiskt och icke-reaktivt själv. För patienter med sociala rädslor handlade projektioner stundvis om att andra upplevdes dömande i grupsituationer, och i vissa fall kunde påminna om personer som patienten upplevt dömande tidigare i sitt liv.

”Men sen jobbade vi också, tycker jag, med hennes föreställningsvärld om de andra, det var ju centrum sen va, om hon skulle stå och göra en gruppredovisning, inför gruppen, vad var det för tankar som far igenom, vem liknar vem, jo den där liknar min storebror och så blev det någon reaktion inom henne va, och den fick hon då ventilera och uttrycka de tankarna då, att om han ser ut som min bror, är han då verkligen håfull mot mig, nej, det behöver inte vara så.”

Temat *konfrontation* beskrev ett av terapeuten konfrontativt förhållningssätt i terapin för att hjälpa patienten att närma sig olika aspekter av verkligheten och skapa mer realistiska förhållningssätt till sin omvärld.

”Jag fick hjälpa henne att se familjemedlemmarna som dom är snarare än dom hon önskar att dom var, att plocka hem projektionerna, man kan använda olika termer för det där. Att se dom för vad dom är både då och nu, snarare än att hoppas att dom ska va nåt annat, och ta hand om de känslor som triggas av att dom är som dom är och att inte slippa det och dra sig undan.”

Vidare var *hållande* ett tema som betecknade stödjande och härbärgerande interventioner från terapeuten.

“Ett annat sätt att beskriva det är ju, egentligen är man ju som terapeut väldigt hållande i början av en sådan terapi, hållande genom att man själv är väldigt mycket i kontakt med det här som sker inom henne och förstår att det är väldigt kaotiskt, och man försiktigt börjar benämna och fråga, och hjälpa henne med att våga kanske känna lite av det där själv”

Förståelse beskrevs av terapeuterna som ett sätt att skapa insikt och meningsfulla berättelser om själv och andra på, vilket var en del i ett förändrat förhållningssätt som underlättade självhävdelse.

”Men det är ju inte en intellektuell övning, det handlar ju om, och det är klart att det sker i relation till mig, men att det handlar om i hennes fall tror jag väldigt tydligt om att, inte bara förstå det som någon matematisk uträkning, utan att förstå sig själv och försonas med att alla krångliga saker man har gjort, även dom som är väldigt arroganta kanske eller väldigt självupptagna eller väldigt envisa, alltså sådant som inte låter så sympatiskt, att man har gjort det för att man har känt sig alldeles tvungen. Att det är någon sorts försoning med att känna ömhet för sig själv på något sätt.”

Slutligen beskrev temat *symptomförändring* en tillbakagång av rädslor, ångest och nedstämdhet. Exempel på innehållet i detta tema är beskrivningar av en minskad rädsla för ett fobiskt stimuli. För en patient med social fobi, vars sociala rädslor tog sig uttryck både i nära förhållanden och i större sociala sammanhang, innebar en symptomförändring att patienten kunde inleda en relation med en partner samt ingå i sociala sammanhang på jobbet.

“Hon hade inlett en ny relation med en man och även dragit igång två projekt på jobbet som hon hade dragit sig för. Det hade varit att de skulle åka iväg på en kursgård och skulle innebära något mer socialt och så där och det hade hon gjort och var väldigt nöjd med.”

För en patient där fobin tog sig uttryck i en rädsla för insekter och spindlar blev dessa inte längre föremål för en fobisk ångest.

“Så hon kom och sa det till mig sen, att jag som har varit så fruktansvärt rädd för de här krypen och så, det bekommer mig ingenting längre, så det var liksom helt borta.”

Två typer av social fobi

I den del av materialet som rörde patienter med social fobi, framträdde ett mönster där två olika typer av social fobi kunde urskiljas, vilket redovisas i nedanstående modell.

Social fobi typ 1	Gemensamt för social fobi typ 1 och 2	Social fobi typ 2
<p>Uppkomst: Överjagsproblematik där idealisering och nedvärdering används som försvar. Upplevelser av kritisk och avvisande förälder.</p>	<p>Svårigheter: Bristande förmåga till självhävdelse.</p>	<p>Uppkomst: Trauma i form av misshandel och/eller missbruk. Erfarenhet av mobbing.</p>
<p>Typ av rädsla: Rädsla för att självbilden ska skadas. Samvaro med andra blir problematiskt utifrån projektiva försvar.</p>	<p>Symptom: Ångest i sociala situationer samt undvikande av dessa.</p>	<p>Typ av rädsla: Rädsla för andra människor då dessa upplevs som hotfulla. Rädsla för att bli kränkt eller attackerad.</p>
<p>Behandling: Konfrontation. Arbete med projektioner. Förståelse. Nå känslor. Få tag i ilska.</p>	<p>Förändring: Minskad ångest och minskat undvikande av situationer som väcker ångest.</p>	<p>Behandling: Hållande. Förståelse. Nå känslor. Få tag i ilska.</p>

Figur 3. Två typer av social fobi.

Denna modell visar hur social fobi kan ha två olika typer av ursprung, och böttna i olika rädslor, vilket får implikationer för en psykodynamisk behandling. I gruppen med social fobi typ 1 förekom berättelser om problematiska relationer till föräldrar, som av patienten beskrevs som stundvis kritiska och avvisande. Problematiken verkade böttna i bristfälligt integrerade och motsägelsefulla självbilder, en slags överjagsproblematik, där patienten pendlade mellan att idealisera och nedvärdera både sig själv och andra. Detta skapade en konflikt kring självvärde som triggades i sociala situationer och var associerat med de fobiska symptomen. Hos dessa patienter tycktes rädslan ofta böttna i att inte leva upp till en idealiserad självbild, en självbild som skapats utifrån ett splittingförsvar för att skydda självet från en känsla av värdelöshet och självförakt. I sociala situationer där jämförelser med andra eller konfrontationer med andra skulle kunna slå hål på detta försvar framkallades en ångestskapande konflikt mellan dessa två sidor: å ena sidan att vara värdelös, å andra sidan att vara bättre än andra.

“Och i vardagen så var det väldigt mycket så att å ena sidan så idealiserade hon saker och sig själv ibland, och så föraktade hon andra och jättemycket sig själv.”

Denna grupp hade nära till hands att känna rädsla för att bli kritiserad och avvisad, och kunde själva pendla mellan att känna sig kritiserade och att bli kritiska mot andra. Dessa patienter beskrevs som projicerande både inom och utanför terapin, och benägna att förlägga sin egen aggressivitet hos andra människor, vilket gjorde att dessa lätt uppfattades som aggressiva och kritiska.

“Ja det var ju en form av projektioner på mig, så var det mycket att jag skulle vara hård och kritisk och avvisande och inte intresserad och såna här bilder... som vi då när det kom upp på bordet... spontant när det kom upp, det här handlar ju om mig och min mammas relation. Vi kom ganska snabbt, kanske första sessionen, till specifika situationer om hennes uppväxt där hon hade upplevt sig väldigt avvisad av sin mamma och dragit sig... hon hade en ganska komplex komplicerad [relation] i vuxen ålder fortfarande.”

Det sociala undvikandet inom denna grupp blev en strategi för att skydda självbilden från den ångestskapande konflikt som uppstod utifrån nedvärdering och idealisering av den egna personen.

”Hon uppfattade sig som väldigt underlägsen på ett plan, men superbegåvad på ett annat plan va, och fick ihop de här bilderna på nåt sätt då, och fick utmana de här falska föreställningarna om hur smarta andra är, eller att de hånar henne, sådär, och just den där hånddimensionen som fick henne att gå i däck, om de skulle skratta åt henne, och där kom den sociala fobin.”

Behandlingen av dessa patienter beskrevs ofta innehålla ett konfronterande förhållningssätt, där terapeuten arbetade med att benämna en mer realistisk bild av verkligheten för att hjälpa patienten att se både sig själv och andra utifrån ett mer verklighetsanpassat förhållningssätt. I detta arbete ingick att synliggöra patientens projektioner, för att medvetandegöra dessa så att patienten kunde känna och hårbärga dessa känslor själv och i mindre utsträckning använda projektiva försvar. På så sätt blev det centralt att möta föreställningar om själv och andra för att kunna integrera mer realistiska självbilder.

”Hennes kritik mot mamman kom ut mer underförstått och mer indirekt, och hon önskade att mamma skulle ändra sig så terapin kom att handla om att se relationerna för vad de är och inte vara så upphängd i hur de borde vara, eller skulle vara, hon relaterade mer till projektioner än till hur det faktiskt var.”

Detta arbete pågick parallellt med att fånga upp känslor som både riktades till adekvata källor genom att försöka synliggöra känslornas ursprung, och att sortera dem. Ångest förstods ofta som osorterade känslor som inte bearbetats, och att ångesten väcktes när den underliggande känslan aktiverades. Ilska upplevdes ofta som förbjuden, eller som övertäckande av andra känslor.

”[Det var] väldigt lite uppmärksamhet vid vad det var som triggades i henne med de här personerna, och negativ kritik, att överhuvudtaget vara kritisk mot någon annan var superförbjudet för henne, att vara arg, utan det var direkt att dom är irriterade på mig.”

Att fånga upp hur ilska var kopplat till de situationer som väckte fobin var en viktig del i arbetet. Ofta skapade en nedtryckt ilska som inte fick utlopp i patienten en fobisk reaktion. Denna reaktion verkade vara kopplad till tidigare upplevelser med en kritisk förälder. När känslan nåddes avtog ångesten.

“Och då kan vi jobba med det, peka ut det på något sätt att det är ju arg du blir, och liksom vadå, jag är väl inte arg, jag är så eländig, och liksom konkretisera ångesten in i en affekt, uttrycker affektvalören i ångesten.”

Den andra gruppen, patienter med social fobi typ 2, kännetecknades av allvarliga trauman i barndomen med erfarenheter av psykiska eller fysiska kränkningar av den egna personen. Typiskt för denna grupp var berättelser om allvarligt missbruk hos föräldrarna, föräldrar med egen psykisk sjukdom, allvarlig omsorgssvikt, och misshandel.

”En period när pappa varit gravt alkoholiserad, och att mamma hade varit deprimerad, så den vuxna världen svek verkligen och han hade inte mycket att hålla sig till, och jag får mig bilden själv efter första samtalet att han hade fått vara mannen i huset från sex års ålder.”

I denna grupp fanns också berättelser om mobbing. Denna grupp skiljde sig från den första gruppen med social fobi då den sociala rädslan verkade botten i en rädsla för att bli skadad av andra människor, en rädsla där andra upplevdes som hotfulla, och att undvikande av sociala situationer botten i en rädsla för att bli attackerad fysiskt eller psykiskt. Andra människor upplevdes också ofta som invaderande och svåra att värja sig emot.

”Om hon går till affären så kan folk tycka saker, det var någon gång när hon hade hörlurar och kassören kommenterade att han gillade samma musik och det blev hon ganska nojig kring, att det var invaderande, och nästan att han spionerade på henne, åt det hållet, annars har jag inte tyckt att hon är särskilt paranoid eller så, men hon blev rädd för närhet.”

Då dessa patienter ofta visade tecken på rädsla för närhet och en fruktan för att terapeuten skulle vara farlig och opålitlig, fick det implikationer för behandlingen.

”Och hon var väldigt rädd att jag skulle göra något med henne på nåt sätt, [...]så det här har kommit relativt nyligen, men efter det så sa hon att, hon flög strax därefter, och efter det så hade hon inget obehag, det var som om hon kunde släppa hela oron kring flygning.”

I denna grupp fanns temat *upprepningstvång* representerat, där patienten som vuxen levde med partners som var våldsamma och kränkande. På så vis återskapades en situation där patienterna utsattes för övergrepp på liknande vis som i barndomen. Terapeuterna som beskrev behandlingsarbete med denna grupp beskrev att de fick vara hållande och stöttande för att patienten skulle våga komma till terapin och möta de känslor som väcktes där. Ett mer konfronterande förhållningsätt var i mångt och mycket frånvarande i dessa berättelser. Istället underströks vikten av att hjälpa patienten att härbärgera sina känslor, så att dessa blev mer begripliga och möjliga för patienten att bära och känna på egen hand.

“Det var ganska svårt att nå in, man var tvungen att vara väldigt försiktig kring vad han kunde ta emot, och väldigt mycket från början var att han berättade och jag höll, så att säga, och sen flika in reflektioner när jag kunde.”

Kärntemat *självhävdelse* var avgörande i båda dessa grupper, genom att både temat *ilska* och temat *visa vem man är* utgjorde svårigheter. Detta tog sig dock uttryck på olika vis i de två grupperna. För gruppen med social fobi typ 1, var ilska ofta förbjuden och projicerades därför ut. Detta sågs som en del av en överjagsproblematik där aggressiviteten var kopplad till tidiga upplevelser av att bli avvisad och kritiserad, vilket gjort att patienten för att skydda relationen till föräldern identifierat sig med dessa upplevelser och vänt kritiken mot sig själv. Då kritiken införlivats i självbilden blev det omöjligt att gå till motangrepp och vända den egna aggressiviteten mot den person som stod för kritik och avvisande. Aggressivitet upplevdes därför som hotfullt, då den egna aggressiviteten hotade att skada relationen till föräldern och inte kunde användas för att skydda den egna personen. Lösningen blev därmed att förlägga den hos andra människor. För den andra gruppen, de patienter med social fobi typ 2, hade ilska en annan typ av hotfull betydelse, då den associerades med fara och återkallade minnen av aggressioner mot den egna personen. Andras ilska upplevdes därför som livsfarlig, och den egna ilskan kunde väcka en rädsla för att själv vara bärare av samma destruktivitet som angripit en som barn. Den egna ilskan var också starkt problematisk då den hotat att väcka en aggressiv motreaktion hos en våldsam förälder, mobbare eller partner. Därför upplevdes aggressivitet som direkt farlig för den egna säkerheten.

Svårigheten med att *visa vem man är* hade också olika betydelser i de två grupperna. I den första gruppen, social fobi typ 1, fanns en konflikt mellan att vilja visa sig och ta plats med grandiosa självbilder och att nedvärdera sig själv. Denna konflikt skapade en instabil självbild, där känslor av skam och misslyckande bidrog till en fobisk rädsla i sociala sammanhang. Den andra gruppen med social fobi typ 2, hade också svårigheter med att visa sig utifrån ett genuint själv, men detta var mer kopplat till att inte veta vem man var, då egna känslor och behov upplevts som farliga och skapat hög ångest så att de aldrig riktigt kunnat kännas av personen. För dessa personer blev arbetet med att visa sig för andra sekundärt efter arbetet med att känna egna känslor och behov i arbetet med att skapa ett autentiskt jag. För båda grupperna var ökad självhävdelse associerat med minskade fobiska reaktioner.

Diskussion

Syftet med denna studie var att skapa en fördjupad förståelse för hur psykodynamiska terapeuter förstår uppkomst och svårigheter av fobi, samt hur behandling av patienter med fobi bedrivs. De frågeställningar vi sökte svara på var: Hur förstår psykodynamiska terapeuter uppkomst och svårigheter av fobi? Hur bedriver psykodynamiska terapeuter behandling av fobi? Resultatet består av teman som beskriver två områden: *Uppkomst och uttryck för svårigheter* och *Processer i behandlingen*. Resultatet visar att *självhävdelse* var en central aspekt för att förstå uppkomst och svårigheter samt behandling, då svårigheter med att uttrycka ilska och att visa sitt autentiska själv utifrån känslor och behov var genomgående teman. Ur resultatet framträdde även ett mönster som visade på två typer av social fobi. Social fobi typ 1, gav uttryck för en rädsla som verkade bottna i ointegrerade självbilder. I denna grupp var en överjagsproblematik

närvarande, och försvar i form av idealisering och nedvärdering förekommande. Samvaro med andra beskrevs ofta som problematiskt utifrån projektiva försvar då andra upplevdes som kritiska och dömande. Upplevelser med en kritisk och avvisande förälder förekom ofta i denna grupp. Behandlingen av denna grupp bestod ofta av en tolkande interventionslinje och genomsyrades av konfrontation och arbete med projektioner. Inom gruppen med patienter som gav uttryck för en kvalitativt annan typ av social fobi, social fobi typ 2, verkade rädslan bottna i att bli kränkt eller attackerad av andra individer, som ofta upplevdes som hotfulla. I denna grupp var upplevelser av trauma i familjen i form av missbruk eller misshandel, samt erfarenhet av mobbing vanlig. Behandlingen av denna grupp bestod av en stödjande interventionslinje.

Fobi, ilska, överjagsproblematik och delobjekt

Resultatet i denna studie visar att ilska är ett centralt tema både gällande uppkomst och uttryck för svårigheter samt inom behandlingsprocessen. Temat *ilska* utgjorde ett av de två mest centrala teman tillsammans med *visa vem man är*, som bildade kärntemat *självhävdelse*. I en studie av Breen och Kashdan (2011) där kopplingen mellan social fobi och ilska undersöktes, visade resultatet att det fanns stöd för att individer med social fobi upplever intensiv ilska i högre utsträckning än andra individer. Studien visade även att individer med social fobi både uttrycker och trycker ned ilskan. I ljuset av denna studie är vår studies resultat rimligt, då ilska framstod som en genomsyrande del av problematiken runt fobi.

Att ilska var centralt kan även förstås utifrån den process som skapar en överjagsproblematik i enlighet med Kernbergs teori (1975). Många terapeuter gav uttryck för att patienterna upplevde en förälder som kritisk och avvisande, vilket temat *kritisk och avvisande förälder* visar. Enligt Kernberg skyddas relationen till ett kritiskt objekt, det vill säga en kritisk förälder, genom att en identifikation med föräldern uppstår. Istället för att bli arg på sin förälder då denne kritiserar den egna personen, hämmas den aggressiva känslan. På detta vis kan närheten till föräldern skyddas, men känslan av ilska gentemot föräldern lever kvar i obearbetad form. Då temat *kritisk och avvisande förälder* begripliggörs utifrån teorin om överjagsproblematik blir därmed temat *ilska* logiskt.

Kernbergs teori om överjagsproblematik beskriver även hur en inre kritiker införlivas i det egna självet. De verkliga känslorna av ilska får då inte komma till uttryck i syfte att skydda närheten till föräldern (1975). Detta kan vara ett sätt att förstå temat *projektioner inom och utanför terapin*. De patienter som gav uttryck för social fobi typ 1, använde sig av försvar i form av projektioner på terapeuten. Projektionerna skapade en upplevelse av att terapeuten inte var intresserad av patienten, eller att terapeuten såg ner på patienten. Dessa patienter nedvärderade även sig själva. En del av kärnproblematiken för social fobi är att uppleva sig kritiserad och granskad av andra människor (DMS-IV, 1995). Enligt Kernberg blir den inre kritikern dömande mot den egna personen, mot andra personer, eller projiceras ut på andra, varpå andra upplevs dömande mot den egna personen (Frederickson, 2013). Med andra ord kan det tema som handlar om patientens projektioner på terapeuten, där terapeuten blir kritisk mot patienten, möjligtvis begripliggöras utifrån att patienten vid något tillfälle i sitt liv skyddat relationen till sin förälder genom att bli lika kritisk som föräldern, en process som sker omedvetet. Utifrån teorin om överjagsproblematik där en identifikation med en kritisk förälder skapat en

inre kritiker i den egna personen, är de känslor som patienterna gav uttryck för, bland annat genom projektioner, i vår studie tänkbar.

Denna bild av försvar där projektioner skapar en nedvärdering riktad mot det egna självvet och mot andra, vilket både temat *överjagsproblematik* och *projektioner inom och utanför terapin* visar på, går även i linje med Steiners teori om hur en individ som relaterar till andra på delobjektsnivå fungerar och upplever sin omvärld (Steiner, 1993). Genom den inre kritikern som både dömer den egna personen och som projiceras ut på andra, skapas en omvärld där andra människor upplevs som delar av ett objekt snarare än ett helt objekt. När detta sker blir andra individer onyanserade och endast vissa egenskaper uppfattas, till skillnad från att uppfatta ett mångfasetterat spektra av både goda och dåliga egenskaper. Förutom en stark kritiker beskrevs även idealisering av sig själv och andra. Terapeuten var inte bara en hård kritiker, utan också en högt idealiserad individ, och uttryck för en växelverkan mellan att uppleva sig själv och andra som både värdelösa och överlägsna förekom ofta. Denna brist på nyansering tyder på splittingförsvar som går i linje med att stundtals relatera till omvärlden på delobjektsnivå såsom Steiner beskriver.

Utifrån dessa teorier om överjagsproblematik där en identifikation med ett kritiskt objekt sker, och projektiva försvar uppstår vilka skapar en svart-vit värld, hur kan de fobiska rädslor som patienterna hade tänkas uppstå? En möjlig logik skulle kunna te sig enligt följande: Ett barn som upplever sig kritiserad och avvisad av sin förälder blir arg på sin förälder. Istället för att uttrycka ilska mot föräldern, vilket skulle äventyra närheten till föräldern och kanske leda till konsekvenser i form av reprimander eller ännu mer kritik från föräldern, identifierar sig barnet med den kritiska delen av föräldern. Genom att vara som föräldern, kritisk och dömande, blir föräldern mindre farlig. Barnet och föräldern är nu mer lika varandra och barnet kan acceptera den kritiske föräldern. För att bibehålla denna relation håller barnet kvar vid den nu egna införlivade kritikern. Denna inre kritiker dömer både det egna självvet, det vill säga barnet kritiserar och dömer sig själv, den dömer andra, och projicerar även ut kritikern i andra som upplevs dömande. Den ursprungliga ilskan barnet kände mot föräldern lever kvar som en nedtryckt ilska. Denna ilska kommer till uttryck bland annat när andra upplevs som dömande. Känslan av att vara kritiserad av både sig själv och andra skapar en rädsla för andra vilket ger en grogrund för sociala rädslor och fobier. En viktig del av den egna personen saknas i form av självhävdelse baserat på en inre känsla av att inte duga, vilket den inre kritikern upprätthåller.

Utifrån detta resonemang skapas en möjlig förståelse för hur vårt resultatets teman i form av *ilska, kritisk och avvisande förälder, projektioner inom och utanför terapin*, och *överjagsproblematik* kan begripliggöras gällande framförallt de patienter som led av social fobi typ 1. Resultatet inbegriper dock även andra fobier, och *ilska* var ett genomgående tema för hela materialet, vilket väcker frågan hur exempelvis *ilska* kan förstås utan att föras samman med överjagsproblematik eller upplevelser av en kritisk och avvisande förälder. Nedan belyser vi resultatet utifrån Kleins teori.

Fobi utifrån Kleins teori

Som ovan nämnts innehöll vårt resultat temat *ilska*, temat *bräcklig förälder*, och temat *nå hjälplöshet och beroende*. Ett sätt att förstå dessa teman och hur de förhåller

sig till fobi är genom Kleins teori om aggressioner och hjälplöshet som en källa till fobiska uttryck (Robson, 2003). Temat *bräcklig förälder* ger uttryck för den bräcklighet som kan tänkas gå i linje med en förälder som inte kan härbärgera barnets känslor för att hjälpa barnet att begripliggöra dem och införliva dem i sig själv. Klein menade att om primärojektet, det vill säga den förälder eller vårdnadshavare som tar hand om barnet, inte kan hjälpa barnet att härbärgera sina känslor, framförallt de aggressiva känslolimpulserna, så går barnet miste om den hjälp det behöver för att införliva dessa delar i det egna självet. I brist på förmågan att hantera dessa impulser projiceras de istället ut på omgivningen, vilket är ursprunget till hur ett stimuli, som exempelvis spindlar, kan få en fobisk laddning. Detta skapar både en bristande förmåga till egen aggressivitet samt en omgivning som blir hotfull. Klein menade vidare att detta yttre hotfulla som inte har modifierats till en sund känsla i form av ilska är den ångest som barnet upplever då det är hjälplöst, vilket Klein menar är den ångest som är fobins källa.

Temat *bräcklig förälder* innehöll vidare berättelser om att känna sig tvungen att navigera bort från svåra känslor för att skydda sin förälder. Detta tema tillsammans med temat *ilska* kan förstås kopplade till varandra genom att det är upplevelser av en bräcklig förälder som gav en grogrund till svårigheten att känna och uppleva ilska. En terapeut beskrev hur en fobi för sprutor kunde förstås utifrån att patienten som barn upplevt obehag inför att ta en spruta, vilket föräldern inte kunde stötta barnet i att stå ut med. En omvärld som brast i en situation som väckte barnets rädsla blev skrämmande. Då det verkliga hotet var att föräldern i det läget inte var pålitlig, måste de känslor som uppstod i barnet riktas mot något annat än föräldern, som framstod som oförmögen att hantera barnets känslor. Med andra ord, utifrån Kleins teori skapas en fobi då en *relation* ter sig hotfull, vilket väcker en hjälplöshet och ångest i barnet som inte kan härbärgera dessa känslor. Den spruta som kanske inte var fullt så farlig, får nu bli bärare av det hotfulla i situationen. Den funktion som sprutan nu fyller är att den kan undvikas. Genom att fortsätta att undvika sprutan även i vuxen ålder undviks så även de känslor av hjälplöshet som uppstod i relation till föräldern.

Anknytning, social fobi, agorafobi och flygfobi

Resultatet visar att tidiga upplevelser med föräldrar ansågs spela en viktig roll för de svårigheter som patienterna gav uttryck för i terapin. En förälder som upplevdes avvisande och kritisk, vilket temat *kritisk och avvisande förälder* illustrerade, eller som bräcklig och oförmögen att stå ut med barnets känslomässiga behov, vilket temat *bräcklig förälder* inbegrep, var upplevelser som skapade en inre otrygghet och som av terapeuterna kopplades till fobin. Att ha med sig upplevelsen av att ha blivit kritiserad och avvisad av sin förälder skapade en ointegrerad bild av själv och andra som inverkad på senare förmåga att samspela med andra människor. I Breen och Kashdans studie (2011) var det inte bara ilska som ovan nämnts som var centralt gällande social fobi. Även en känslighet för avvisande visade sig vara starkt kopplat till social fobi.

I en annan studie som undersökt föräldrastilar och dess koppling till fobisk problematik visade det sig att individer med både social fobi och agorafobi i vuxen ålder upplevde att deras föräldrar hade en föräldrastil som var avvisande och saknade känslomässig värme (Arrindell et al., 1989). Detta går i linje med resultaten från vår studie, då upplevelser av avvisande från en förälder var centralt för att förstå vad som gett upphov till den sociala rädsla som patienter med social fobi typ 1 led av. Arrindell et al. (1989)

fann också att patienter med social fobi och agorafobi rapporterade upplevelser där föräldrar varit inkonsekventa i sitt beteende jämfört med en kontrollgrupp, vilket föreslogs vara en orsak till den sociala osäkerheten, då oförutsägbarhet gällande både belöning och bestraffning skapat en rädsla för misslyckande eftersom det varit svårt att förutsäga konsekvenser av olika beteenden.

Upplevelser av en ömtålig och bräcklig förälder som inte tålde barnets känslouttryck framkom som ovan nämnts i temat *bräcklig förälder*. Att föräldern upplevdes som känslig och som någon som skulle kunna ta skada av patientens behov skapade upplevelsen av att vara tvungen att klara sig själv känslomässigt för att inte fresta på relationen till föräldern. Föräldrarnas oförmåga att härbärgera och reglera patientens känslor bidrog till att skapa en känsla av otrygghet. Denna otrygghet skapade en sårbarhet som föreslogs skapa en grund för en fobi. Rädsla för insekter kunde exempelvis förstås som en rädsla för den egna aggressiviteten som hotade att skada föräldern, medan en flygrädsla kunde ses som ett sätt att undvika att överge en känslig förälder och utforska världen på egen hand. Veronese et al. (2012) fann en signifikant större förekomst av otrygg undvikande anknytningsstil bland människor med flygfobi jämfört med en kontrollgrupp. De individer med flygfobi karakteriserade också sig själva som mer rädda, beroende, maktlösa och reserverade än de personer som inte led av flygrädsla. Anknytningens betydelse för uppkomst av fobier går i linje med resultaten från vår studie, då tidiga negativa upplevelser med föräldrar sågs av terapeuterna som centrala för att förstå den rädsla och otrygghet som kännetecknade patienterna med fobi. Upplevelser av att vara osjälvständig och maktlös finns också representerade i resultaten och går in under att ha svårt med att stå upp för sig själv och en bristfällig förmåga till självhävdande beteende. Detta tyder på att inte bara social fobi och agorafobi bör förstås i ett socialt och interpersonellt perspektiv, utan att detta är avgörande även för patienter med specifik fobi, då dessa hämningar var kopplade till svårigheter i de tidiga relationerna och i vuxen ålder bidrog till svårigheter med både närhet och självständighet.

Trauma, social fobi, upprepningstvång och dissociation

Den del av resultatet som innefattade de patienter vars terapeuter återgav att de varit utsatta för allvarliga trauman som barn, det vill säga de patienter som ingick i gruppen social fobi typ 2, visade att dessa patienter hade interpersonella svårigheter som skiljde sig åt kvalitativt från de patienter som ingick i social fobi typ 1. Patienterna i gruppen med social fobi typ 2 visade på en social rädsla som verkade bottna i att bli kränkt eller attackerad av andra individer. Detta går i linje med Allen et al.s (2008) resonemang om traumatiska upplevelser i relation till anknytningspersonen som en källa till rädsla för intimitet med andra människor. Individerna i denna grupp hade erfarenheter av att föräldrar kunde vara aggressiva eller opålitliga, vilket terapeuterna såg som en bidragande orsak till den rädsla som senare uppstod i relation till andra människor.

I denna grupp förekom även temat *upprepningstvång*, då patienter som utsatts för psykisk eller fysisk misshandel senare i livet tenderade att befinna sig i situationer där de upplevde de varit med om som barn upprepade sig. I vår studie förekom också försvar i form av dissociation. Dissociation framträdde inte som ett enskilt tema i resultatet, men det förekom berättelser om dissociation hos patienter både i och utanför terapisisituationen. Med tanke på den koppling som finns mellan trauma och dissociation

kan en möjlig förklaring till den sociala rädsla som utmärkte gruppen med traumatiska erfarenheter vara att den delvis orsakades eller förvärrades av dissociativa försvar. En studie där alkoholberoende studerades i samband med social ångest och dissociation visade att de individer som hade dissociativa symptom hade signifikant högre skattningar av social ångest jämfört med de som inte uppvisade tecken på dissociation (Evren et al., 2009). Gruppen med dissociativa försvar uppvisade signifikant högre skattningar av de två undergrupper av social ångest som användes, nämligen rädsla/ångest samt undvikande. Även rapportering av fysisk eller psykisk misshandel i barndomen, erfarenheter av sexuella övergrepp samt tidigare självmordsförsök predicerade signifikant högre skattningar av social ångest. Artikelförfattarna föreslår att dessa samband beror på att dissociation används som försvar mot återupplevande av traumatiska minnen, vilket paradoxalt nog gör patienten innesluten i sig själv och fångad i en traumatisk introspektion, vilket ger en upplevelse av att vara avskärmad från världen. Detta gör att sociala interaktioner blir svårtolkade och ofta missförstås, vilket leder till en högre grad av social ångest.

Kopplingen mellan trauma och social fobi som framträdde i vår studie väcker frågan om vad det är i den traumatiska upplevelsen som senare framkallar social ångest. Utöver en rädsla för att bli utsatt för attacker och kränkningar vilket resultatet visade på, är en möjlig tanke utifrån ovan nämnda studie, att försvar som är av en dissociativ kvalitet kan vara en del av den sociala ångest som patienterna med social fobi typ 2 gav uttryck för. Dissociativa försvar försvårar sociala interaktioner eftersom återupplevande av trauma kan göra en person mer benägen att uppfatta omvärlden som hotfull och därmed missförstå andra människor.

Behandling av social fobi med trauma som bakgrund

Det finns utprovade metoder för behandling av traumabaserad problematik, och då vår studies resultat visar på att trauma förekom i gruppen med social fobi typ 2, väcks frågor om hur en psykologisk behandling av social fobi med trauma som en del av bakgrunden till problematiken bör utföras. Allen et al. (2008) understryker vikten av att en behandling av traumarelaterad problematik bör ske under omständigheter där patienten får närma sig traumatiska upplevelser i lagom takt och i en väl etablerad terapeutisk relation, så att upplevelsen inte riskerar bli överväldigande och retraumatiserande. Genom att hjälpa patienten att reglera ångesten så att ett mentaliserande tillstånd kan bibehållas, kan en kognitiv och emotionell bearbetning av traumat äga rum. För att detta ska kunna äga rum måste terapeuten ha en god uppfattning om vad patientens problematik bottnar i. Patienter med traumatiska upplevelser riskerar i högre grad att få negativa konsekvenser av en behandling om denna återskapar trauma utan att erbjuda nya emotionella och kognitiva kunskaper. Vårt resultat angående terapeutiska interventioner för den grupp patienter med trauma visade att terapeuterna som behandlade dessa patienter var mer benägna att använda stödjande interventioner i jämförelse med de terapeuter som behandlade de patienter som inte hade erfarenheter av trauma av samma grad, vilket går i linje med behandlingsdirektiv beskrivna av Allen et al. (2008).

En studie gällande hur utfallet av kognitiv beteendeterapi för patienter med social fobi påverkades av upplevelser i barndomen av psykisk och fysisk misshandel, sexuella övergrepp eller allvarlig försummelse visade inte på någon avgörande roll för

traumatiska upplevelser som prediktor för hur väl en patient svarade på behandlingen (Bruce, Heimberg, Goldin, & Gross, 2013). Däremot framkom att förekomst av traumatiska upplevelser korrelerade med en högre grad av social ångest och funktionsnedsättning både före och efter behandling. Bruce et al. (2013) föreslår att dessa patienter skulle kunna gynnas av en längre eller mer intensiv behandling, vilket visat sig vara effektivt för patienter med liknande upplevelser som lider av depression (Nanni, Uher, & Danese, 2012). Det signifikant högre lidande hos gruppen med trauma som rapporterades av Bruce et al. kan ha varit utmärkande för gruppen med traumatiska upplevelser även i vår studie, vilket kan ha påverkat de skillnader i terapeutiska interventioner som fanns mellan grupperna.

Svårigheter med att visa vem man är och att veta vem man är

Denna studies resultat visar på svårigheter med att framträda både inför andra och sig själv med vad som upplevdes som ett autentiskt själv, vilket var en del av kärntemat *självhävdelse* genom temat *visa vem man är* och *ilska*. Upplevelsen att inte kunna ta plats på ett adekvat sätt för att kunna följa sina intressen och önskningar var en svårighet för patienterna, och fanns även närvarande i temat *lust* och temat *hämning*, som beskrev en oförmåga att känna av egen lust och intresse och att agera därefter, där hämningar i denna förmåga beskrevs som begränsande för förmågan att uttrycka sig och som bidragande orsak till bristande självhävdelse. Dessa begränsningar upplevdes för patienter med social fobi som en del av den fobiska bilden, men fanns även närvarande i situationer som inte triggade ångest eller undvikande. För patienter med social fobi typ 1 bidrog temat *överjagsproblematik* till denna svårighet, då denna typ av växlande idealisering och nedvärdering av själv och andra skapade en svårighet med att uttrycka sig och visa sig med sina autentiska känslor och upplevelser. För gruppen med social fobi typ 2 verkade svårigheterna rörande att visa sig och ta plats som vi sett mer grundade i en upplevelse av andra människor som hotfulla. Denna grupp hade också svårare att känna och förstå egna känslor och behov. Även för de patienter med specifik fobi och agorafobi var svårigheter med att känna egna behov och ta plats på ett adekvat sätt starkt närvarande och skapade problem i olika områden i livet, så som arbete och relationer. Ett perspektiv på dessa svårigheter kan vara teorin om sant och falskt själv, som beskriver hur det falska självet fungerar som skydd för det sanna självet då detta hotas (Winnicott, 1993).

Svårigheten med att visa sig utifrån ett sant själv och att kunna följa det egna intresset var genomgående i våra resultat. Fobins inneboende hämning förminskade personens uttrycksmöjligheter i betydligt större utsträckning än endast genom att undvika vissa situationer eller stimuli som framkallade fobiska reaktioner. Då ångest aktiverades och det falska självet var aktivt fungerade patienterna reaktivt mot det som väckte ångesten, så att sådant som uppfattades som en del av personligheten egentligen var ett sätt att skydda det sanna självet från att komma till skada. I sociala situationer sågs detta ofta som ett agerande som främst grundade sig i en önskan om att undvika avvisande snarare än att skapa verklig intimitet eller att uttrycka sin verkliga åsikt eller känsla, vilket återspeglas i temat *rädsla för att bli avvisad* som var typiskt för gruppen med social fobi typ 1. I de fall som utmärktes av stark och ihållande ångest då detta reaktiva förhållningssätt påverkade agerandet var det sanna självet så dolt att patienten hade stora svårigheter att känna sina känslor och behov över huvud taget. Detta skapade en känsla av att inte veta vem man var, och känslor blev i sig hotfulla då dessa var svåra att

tolka eller koppla till egna önsknings och behov, vilket var en upplevelse som framkom främst i gruppen av patienter som hade erfarenhet av traumatiska upplevelser.

Att kunna få tag på och uttrycka egna känslor och önskemål var som vi sett centralt för att få till stånd en minskning av symptom för hela den undersökta gruppen av människor med fobi. På så vis kan teman som rör behandling, så som *att nå känslor i terapin* och *visa vem man är i terapin* förstås som medel för att nå fram till de autentiska önsknings och behov som utgör ett sant själv. Detta går i linje med ett övergripande mål för psykodynamisk behandling, att uppnå ökad grad av autonomi. Genom att förstå och uttrycka sig inför sig själv och andra minskar känslan av maktlöshet, och individen kan i högre utsträckning ägna sig åt sådant som man önskar, vilket ger en ökad känsla av att styra sitt eget liv snarare än att reagera för att skydda sig mot faror. Att temat *att visa vem man är* framträdde som centralt i denna studie går på så vis väl ihop med en psykodynamisk tradition som tolkar symptom som signaler på att något är fel snarare än som sjukdom i sig. Fobiska symptom behandlas därför som en del i en större helhet, och minskandet av fobiska besvär ses som ett resultat av en strukturell förändring.

Dessa resultat gällande behandling, där arbete med att få tag i och uppleva känslor var centralt, går väl ihop med en grundläggande psykodynamisk princip för behandling som på olika sätt tillämpats sedan psykoanalysens uppkomst. Detta kan också sättas i relation till en annan klassisk princip för behandling som är vanligt förekommande inom behandling av fobi, exponering med responsprevention. Tanken bakom exponering är att klienten genom att möta sin rädsla under trygga former får uppleva att rädslan avtar, varpå en nyinlärning sker och rädslan släcks ut. Exponeringen är sålunda en metod för att bryta det fobiska undvikandet. Ett sätt att förstå resultaten från denna studie är att arbetet med att komma i kontakt med de smärtsamma känslor som skapade ångest och fobi var ett sätt att bryta undvikandet av dessa känslor. Då patienten kunde uppleva och hårbärgera känslorna avtog ångesten, och fobiska symptom avtog. På så vis kan den psykodynamiska behandlingen av fobier ses som en exponering för grunden till rädslan, medan det fobiska stimulit betraktas som sekundärt till ångestens källa.

Metoddiskussion

Föreliggande studie har flera metodologiska brister. Inledningsvis är en svaghet med studien att de patienter som terapeuterna beskrev ofta hade en komplex symptombild, och att den fobiska problematiken inte alltid var den primära. Det faktum att formell diagnostik bara genomförts i en av de beskrivna terapierna minskar också tydligheten kring vilken den primära problematiken varit, samt hur samsjuklighet sett ut. Gällande samsjuklighet gör detta att det tidvis varit svårt att peka på vad i terapeuternas berättelse som gäller uppkomst, svårigheter och behandling av själva fobin och inte svårigheter som är närmare kopplat till annan problematik. För att undvika detta har författarna i intervjusituationen specifikt frågat hur olika utsagor hänger ihop med den problematik som rör fobi. Det går dock inte att utesluta möjligheten att vissa teman kan vara mer eller lika mycket kopplade till andra delar av patientens problematik än den som rör fobin.

Vidare är det en brist att det för några av terapeuterna gått upp till sex år sedan behandlingen utfördes, vilket kan ha påverkat terapeutens uppfattning om behandlingen

idag. Inledningsvis var ambitionen att hitta terapeuter som kunde beskriva en behandling som slutförts inom de senaste 12 månaderna. Detta krav fick dock frångås då det visade sig vara svårt att få tag på terapeuter att intervjua. Då terapeuterna var förberedda på att prata om en specifik behandling hade de dock fått tid till att läsa igenom journaler och anteckningar för att kunna ge en så helomfattande berättelse som möjligt.

Validitet

Denna studies frågeställning syftar till att belysa hur psykodynamiska terapeuter ser på uppkomst och behandling av fobisk problematik, vari inkluderades specifik fobi, social fobi samt agorafobi. Då endast två intervjuer rörde patienter med enbart specifika fobier och en intervju behandlade en patient med agorafobi är det rimligt att fullkomlig mättnad inte uppnåts för dessa grupper. Om fler intervjuer på dessa områden kunnat inkluderas är det möjligt att resultaten skulle ha blivit mer nyanserade. Gällande den modell som presenterats för social fobi är det också här möjligt att mättnaden skulle kunnat förbättras ytterligare genom att genomföra fler intervjuer för att kontrollera om nya teman då hade uppstått. De två grupper som framträdde ur materialet för social fobi var dock tydligt olika varandra men inbördes lika på ett flertal olika punkter, och de samband som framträdde framstod som logiska och kunde delvis beläggas med resultat från tidigare forskning, varför dessa resultat ändå framstår som relativt starka. De brister som framträtt gällande mättnad för hela resultatet påverkar hur väl resultatet kan generaliseras till att gälla för personer med fobi som sökt psykodynamisk terapi. Denna svårighet hänger rimligtvis ihop med den breda frågeställningen, då det hade varit lättare att uppnå mättnad om endast en typ av fobi inkluderats i undersökningsmaterialet. Här bör också understrykas att då detta rör sig om kvalitativa resultat kan inget sägas om hur väl dessa kan generaliseras med avseende på kvantitativa mått, som frekvens och styrka gällande framkomna teman. Kvalitativ generaliserbarhet bör istället förstås som beroende av hur väl resultatet avspeglar de upplevelser som finns i den grupp som studien syftar till att undersöka. För att validera vårt resultat i mesta möjliga mån skickades vår studie ut till de terapeuter som ingått i studien. Samtliga terapeuter som valt att återkoppla till studiens författare beskrev igenkänning i de teman och modeller som resultatet genererat, vilket kan öka tillförlitligheten till dessa.

Det faktum att det tidvis var svårt att hitta respondenter får också betydelse för bedömningen av resultatets validitet. Omständigheten att vissa terapeuter som fick frågan om att delta svarade att de inte behandlade fobipatienter utan antingen remitterade dessa vidare, eller att de helt enkelt inte fick förfrågningar från denna patientgrupp medan andra terapeuter gärna ställde upp och sade sig ha god erfarenhet av att arbeta med fobipatienter väcker frågan om hur spridd psykodynamisk terapi som behandlingsmetod egentligen är för fobipatienter. Det kan vara så att svårigheten att få tag i respondenter tyder på att psykodynamisk behandling av denna patientgrupp är relativt ovanligt. En annan möjlighet är att svarsfrekvensen hänger ihop med att frågan utifrån huruvida man hade haft en patient som stämde in på kriterier för en fobi enligt DSM-IV, vilket är en diagnostisk manual som bygger på symptomdiagnoser, vilket psykodynamiska terapeuter ofta inte använder som primärt diagnostiskt kriterium. Det är därför möjligt att vi fick nekande svar beroende på att de tillfrågade terapeuterna helt enkelt inte betraktade sina patienter främst utifrån huruvida de hade fobiska symptom

eller ej, utan snarare utgick ifrån mer psykodynamiska koncept som exempelvis personlighetsstruktur, och därmed inte nämnde patienter som hade kunnat passa in i studien. Då denna studie grundar sig på ett teoretiskt urval där informanter valts utifrån vilka som bedöms ha relevant erfarenhet och inte för att vara representativa för gruppen som helhet bör detta inte ha skapat några större problem med resultatens tillförlitlighet. Om en anledning till att terapeuter tackade nej var en otydlighet gällande vilka patienter som efterfrågades kan detta dock ha gjort att potentiellt intressanta informanter valde att inte delta.

Begreppet fobi och förslag på vidare forskning

Utifrån vår studies resultat väcks ett antal frågor i bredare bemärkelse. Till att börja med är en rimlig fråga att ställa: Vad är fobi?

Många av de svårigheter som patienterna i gruppen med social fobi typ 1 gav uttryck för – idealisering, nedvärdering, splitting, och projektioner - överlappar med borderline personlighetsorganisation (PDM Task Force, 2006), samt med diagnosen borderline personlighetsstörning (DSM-IV, 1995). Utifrån detta synsätt, där social fobi och borderline har gemensamma komponenter, väcks frågan om huruvida grunden till social fobi kan vara en del av den psykiska struktur som borderline personlighetsorganisation utgör. Då projektiva och omnipotenta försvar, som är en fundamental del av borderline, även var centralt i vår studie, blir denna fråga logisk att fundera på. Det är redan belagt att komorbiditet mellan olika typer av fobier och borderline personlighetsstörning är hög, vilket bland annat en omfattande amerikansk studie visar på (Grant et al., 2008), men hur dessa tillstånd samspelar, eller utgör olika uttryck för samma kärnproblematik, är en fråga som väcker nyfikenhet och skulle lämpa sig för vidare forskning.

Ur en annan synvinkel på vårt resultat, väcks reflektioner kring kärnan av den fobiska problematiken, själva undvikandet. Om fobi definieras utifrån att det är undvikande av specifika stimuli eller situationer som triggar ångest, är det intressant att fundera på andra typer av psykisk problematik som också innebär ett undvikande, men som inte definieras som fobi. Bland ångestsyndromen är undvikandet av det som triggar ångest genomgående, men själva utlösaren av ångest varierar. Tvångssyndrom innehåller försök att ignorera olika stimuli och har gemensamma drag med fobi. Även andra psykiatriska tillstånd innehåller undvikande av situationer eller yttre ting som väcker ångest. Anorexia nervosa innebär ett undvikande av intag av näring. Är även det en form av fobi? Eller bör frågan vändas, och istället formuleras: Är fobi symtom på en underliggande problematik? Som ovan diskuteras speglar våra resultat snarare fobi som toppen på ett isberg, än en avskild och separat problematik.

Hur fobi definieras av psykodynamiska terapeuter kan även ha att göra med svårigheten att få tag i respondenter, vilket vi diskuterar ovan i anslutning till validitet. Men frågan om definition av fobi inom det psykodynamiska fältet är vidare än så. De svar vi fick på förfrågan om deltagande var vitt skilda. Vissa terapeuter tyckte förfrågan var naturlig och delade gärna med sig av patientmaterial, medan andra undrade om vi ringt fel eftersom de ansåg att fobi inte är något som en psykodynamiker bör eller brukar behandla. Detta tyder på att synsättet på fobi överlag är mycket olika bland verksamma psykodynamiker. En rimlig förklaring på detta, som också en av terapeuterna gav uttryck för, är att själva ordet och begreppet fobi idag blivit starkt förknippat med KBT

och därmed förlagts utanför det psykodynamiska fältet. En annan möjlig tolkning, som en annan terapeut gav uttryck för, är att då fobi enligt ett psykodynamiskt synsätt per definition är en projektion, är det inte ovanligt att patienten relaterar till sin fobi som något som inte är en del av honom eller henne. Därmed tar patienten inte självmant upp fobin i terapin, då denna upplevs som särkopplad från den egna personen, samt för obehaglig för att benämna och kännas vid. En terapeut vars patient led av ett flertal fobier, menade att det var genom medvetna val från terapeutens sida att lägga fokus på den fobiska problematiken som denna kunde integreras som en del av behandlingen. Vidare var det också ett faktum att flera av de terapeuter som spontant sa att de varken tog emot eller behandlade patienter med fobi vid eftertanke faktiskt visade sig ha behandlat patienter med fobi och då erbjöd sig att delta. Detta kan tyda på att skillnaden mellan den tidsenliga definitionen av fobi som förknippas med KBT, och en mer psykodynamisk syn på fobi skiljer sig åt, och att de tillfrågade terapeuterna tänker på fobi som en del av större problematik varpå själva fobin försvinner som ett avskilt fenomen och blir mer eller mindre osynlig. De fobiska symptomen kan på så vis komma att anses som mindre intressanta i sig, då de betraktas som sekundära till den underliggande problematiken. Oavsett vilka förklaringar som ligger till grund, är det anmärkningsvärt att så vitt spridda svar och skilda synsätt på fobi uttrycktes vid förfrågan om deltagande.

I anslutning till dessa reflektioner bör även nämnas att trots att skillnaderna mellan psykodynamisk diagnostik och diagnostik enligt DSM-IV är stora, var valet att använda DSM-IVs kriterier för urval av patienter ett medvetet val. Detta baserades på att DSM-IV är en mer välkänd diagnostisk manual än PDM, vilket skulle kunna underlätta för läsare som inte är förtrogna med PDM att ta till sig vår studie och skapa en tydlighet kring vilken patientgrupp som avsågs att undersöka. Detta gör dock att två olika synsätt på psykisk ohälsa används i vår studie vilket tidvis kan skapa en otydlighet gällande vilka koncept som används i olika resonemang. Skillnaden mellan en psykodynamisk diagnostik som grundar sig i bedömningar av bland annat jagstyrka och personlighetsstruktur, kontra symptomatologiska bedömningar i linje med DSM-IV är stor. Här bör förtydligas att diagnoser enligt DSM-IV endast användes som urvalskriterium för de patienter som efterfrågades. De teorier som sedan användes för att belysa resultaten springer naturligtvis ur andra konceptualiseringar av fobier och psykisk ohälsa. Detta tvärkast mellan olika sätt att se på diagnostik gör att motstridiga förståelser av psykisk ohälsa emellanåt kom att stå bredvid varandra i denna studie. Systemet med symptomdiagnoser som DSM-IV utgår ifrån strävar efter att inta en ateoretisk hållning till psykisk ohälsa, men tar ändå ställning i det att symptomen i sig blir primärt fokus, vilket går stick i stäv med ett psykodynamiskt synsätt där symptom ses som sekundära till den underliggande problematik som orsakat dem. Skillnaden mellan dessa förhållningssätt handlar om hur man betraktar psykisk problematik utifrån inre och yttre aspekter. Utifrån en symptomdiagnostik utgörs fokus av yttre manifestationer av psykisk problematik i form av symptom. Ett psykodynamiskt synsätt innebär däremot att inre upplevelser ses som den primära orsaken till psykisk ohälsa, medan själva symptomen ses som yttre manifestationer av dessa svårigheter. Med en psykodynamisk förståelse av psykisk ohälsa betraktas alltså själva symptomen som sekundära till de inre upplevelser de grundar sig i.

I samband med att frågan om vad begreppet fobi innebär belyses utifrån olika vinklar, kan också begreppet affektfobi nämnas. På senare år har detta begrepp etablerats, och utgör en konceptualisering av undvikande av känslor och inre tillstånd. En depression där aggressioner vänts mot det egna självet skulle enligt principer om undvikande av inre upplevelser kunna definieras som ett undvikande av självhävdande affekter. Det är rimligt att tänka sig att nedstämdhet och depression handlar om att känslor som skapar ångest undviks, varpå depressiva känslor uppstår i brist på tillgång till exempelvis ilska. På det stora hela väcker denna studie frågor som rör vad en fobi verkligen är och om vad i form av kvalitativ information om själva rädslans innebörd som går förlorad då ett psykologiskt tillstånd definieras enbart utifrån yttre symptom utan att se till individens personliga historik och subjektiva upplevelser.

Vår studie visar att även individer som bedömts ha social fobi även hade traumatiska erfarenheter och uppvisade en annan typ av rädsla jämfört med de individer som inte hade dessa upplevelser och erfarenheter. Utifrån denna hållpunkt är det befogat att undra om gruppen med trauma i bakgrunden borde beskrivas utifrån termer av trauma och dissociation snarare än fobisk problematik. Undvikande och ångestreaktioner som uppfattas som fobiska skulle i vissa fall kunna orsakas av reaktioner på stimuli som påminner om traumatiska erfarenheter, och våra resultat visar på vikten av diagnostik gällande detta. Trauma som ursprung till psykisk ohälsa finns väl dokumenterat, och det blir framförallt viktigt att synliggöra trauma utifrån behandlingsmetoder, då en behandling som inte uppmärksammar trauma i bakgrunden potentiellt sett skulle kunna skapa retraumatiserande upplevelser för patienten.

Vidare är det tydligt att de patienter som beskrevs i studien upplevde svårigheter inom ett flertal områden i livet. Relationer, arbetsliv och utforskande av omvärlden var alla områden som på olika sätt upplevdes problematiska. Den problematik och de hämningar som dessa patienter visade på påverkade med andra ord många delar av deras liv, och att stå upp för sig själv och att ge uttryck för sina egna behov var en ofta genomgående svårighet. Detta kan tolkas på flera olika vis. En tolkning är att fobi kan utgöra en svårighet som inte nödvändigtvis går att skilja från annan problematik, eller att fobi tar sig uttryck på fler sätt än endast genom klassiskt fobiska symtom. Det är även möjligt att patienturvalet speglar en grupp som har svårigheter i större utsträckning än individer som uppfyller diagnostiska kriterier för en fobi men inte sökt behandling, eller patienter som sökt en annan typ av hjälp än psykodynamisk terapi. Likväl är förekomsten av dessa svårigheter som vår studies resultat visade på talande för hur en fobisk problematik kan gestalta sig i olika livsområden.

För att vidga perspektivet på denna studie ytterligare är det intressant att jämföra Freuds syn på fobi med vårt resultat. Freud menade att fobi bör ses som en del av en neurotisk problematik som grundar sig i ett undertryckande av egna önskningar och känslor vilket resulterar i hämningar i personligheten (Freud, 2006). Freud angav även att dessa önskningar grundade sig i sexualitet och aggressivitet, vilka framträder som centrala teman i denna studie. Aggressivitetens roll har diskuterats ingående och utgjorde en del av kärntemat i form av temat *ilska* men även sexualitet framstod som viktig och ingick i de teman som i denna studie benämnts *lust* och *hämning*. Bristande tillgång till den egna lusten sågs som problematisk och en bidragande orsak till uppkomst av fobiska symptom, medan hämning återgavs som ett vanligt förekommande fenomen. Både

aggressivitet och sexualitet ansågs avgörande för hur väl en person var i kontakt med både sitt eget känsloliv och med andra människor. Tillgång till egen lust och adekvat förmåga till självhävdelse sågs som grunden för både autonomi och intimitet med andra, då aggressivitet var en förutsättning för att hävda de egna gränserna och bli en separat individ, medan lusten var avgörande för att kunna utforska intimitet utifrån ett genuint behov av närhet.

Sammantaget lämnar denna studie flera frågor som vore intressanta att studera vidare. Gällande förekomsten av två kvalitativt olika uppkomster och svårigheter bland individer som uppfyller diagnostiska kriterier för social fobi är det angeläget att undersöka denna teori ytterligare. En fråga är också huruvida det rör sig om en artskillnad eller gradskillnad, där dessa rädslor skulle kunna finnas representerade hos samma individ. En annan fråga, som angränsar till denna, är huruvida dessa grupper bör behandlas med olika behandlingsinterventioner, och i så fall hur dessa bör utformas. Även de fynd angående aggressivitetens koppling till fobisk problematik lämnar obesvarade frågor. Kopplingen mellan ilska och social fobi är väl belagd, men hur ser kopplingen ut mellan ilska och specifika fobier och agorafobi? Detta vore intressant att belysa ytterligare.

Slutligen bör frågan på vilket sätt denna studie är relevant ställas. Studien ger en inblick i hur psykodynamisk behandling av fobi kan se ut, och möjligen kan det i sig utgöra ett relevant bidrag till diskussionen om vilka typer av behandlingar som bör övervägas vid fobi. En viktig aspekt av denna studie som dock inte bör glömmas bort är att utöver de teman och mönster som resultatet illustrerar, bygger helheten av materialet på enskilda berättelser som samtliga är unika var för sig. Varje patient har sin egen historia, bär på sin egen personliga smärta, och har genomgått en terapeutisk process som är unik för just honom eller henne. Det är svårt att uttala sig om på vilket sätt det gemensamma i materialet i form av teman och mönster samspelar med de intersubjektiva upplevelser som alla terapierna utgjordes av, som ej helt och fullt ryms i resultatets teman och mönster, och hur det har påverkat utfallet av behandlingarna. Detta samspel mellan urskiljbara generella faktorer och den subjektiva och personliga berättelse som skapats i varje terapiprocess utgör den grund som vår studie vilar på.

Referenser

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arrindell, W. A., Kwee, M. G., Methorst, G. J., van der Ende, J., Pol, E., & Moritz, B. J. (1989). Perceived parental rearing styles of agoraphobic and socially phobic in-patients. *The British Journal of Psychiatry*, *155*, 526-535.
- Bandelow, B., Charimo Torrente, A., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rütger, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *254*, 397-405.
- Breen W. E. & Kashdan T. B. (2011). Anger suppression after imagined rejection among individuals with social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*, 879-887.
- Broberg, A., Granquist, P., Ivarsson, T., & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori. Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bruce, L. C., Heimberg, R. G., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2013). Childhood maltreatment and response to cognitive behavioral therapy among individuals with social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, *30*, 662-669.
- Bögels, S. M., Wijts, P., Oort, F. J., & Sallaerts, S. J. M. (2014). Psychodynamic psychotherapy versus cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: an efficacy and partial effectiveness trial. *Depression and Anxiety*, *11*, 1-11.
- Davis, T. E., Ollendick, T. H., & Öst, L. G. (2009). Intensive treatment of specific phobias in children and adolescents. *Cognitive Behavioral Practice*, *16*, 294-303.
- Eng, W., Heimberg, G., Hart, T., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety and depression. *Emotion*, *1*, 365-380.
- Evans, R. J. (2003). Phobia: A biological perspective. In S. Morgan (Ed.), *Phobia. A reassessment* (pp. 11-50). London: Karnac Books.
- Evren, C., Sar, V., Dalbudak, E., Oncu, F., & Cakmak, D. (2009). Social anxiety and dissociation among male patients with alcohol dependency. *Psychiatry Research*, *165*, 273-280.
- Frederickson, J. (2013). *Co-Creating Change*. Kansas City, MO: Seven Leaves Press.
- Freud, S. (2006). *Fallstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Grant, B. F., Chou, P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., et al. (2008). Relevance, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry* *69*, 533-45.
- Hartman, J. (2001). *Grundad teori. Teorigenerering på empirisk grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Havnesköld, L., & Risholm Mothander, P. (2009). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Liber.

- Kendall-Tackett, K., & Klest, B. (2009). Causal mechanisms and multidirectional pathways between trauma, dissociation and health. *Journal of Trauma and Dissociation*, *10*, 129-134.
- Kernberg, Otto F. (1975). *Borderlinetillstånd och patologisk narcissism*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset of DSM-IV disorders in the National comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 593-602.
- Killingmo, B., & Gullestad, S. E. (2011). *Undertexten - Psykoanalytisk teori i praktiken*. Stockholm: Liber.
- Klein, M. (1988). *Kärlek, skuld och gottgörelse*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi - Att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., Huesing, J., et al. (2013). Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: A multicenter randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, *14*, 1-9.
- Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J. et al. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 265-272.
- Morgan, S. (2003). Introduction. In S. Morgan (Ed.), *Phobia. A reassessment* (pp. 1-10). London: Karnac Books.
- Nanni V., Uher R., & Danese A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *169*, 141-151.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organisations.
- Robson, C. (2003). Phobic anxiety: learning from clinical experience and psychoanalytic observations of children. In S. Morgan (Ed.), *Phobia. A reassessment* (pp. 69-90). London: Karnac Books.
- Sroufe, A. L., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland, B. (1999) Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, *11*, 1-13.
- Steiner, J. (1993). *Psychic Retreats. Pathological organizations in psychotic, neurotic and borderline patients*. London: Routledge.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia, *Journal of behavior therapy and experimental psychology*, *27*, 1-9.
- Veronese, G., Romaioli, D., & Castaglioni, M. (2012). Attachment styles and construction of self in a clinical group of aerophobic: A pilot study. *Psychological Studies*, *57*, 303-309.
- Werbart, A., & Levander, S. (2005). Understanding the incomprehensible: Private theories of first-episode psychotic patients and their therapists. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *69*, 103-136.
- Werbart, A., & Levander, S. (2006). Two sets of private theories in analysands and their analysts: Utopian versus attainable cures. *Psychoanalytic Psychology*, *23*, 108-127.
- Winnicott, D. W. (1981). *Lek och verklighet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Winnicott, D. W. (1993). *Den skapande impulsen*. Stockholm: Natur och Kultur.