



# Corrective Emotional Experience (CEE)

Förändringsmekanism i psykoterapi – en litteraturstudie

Helena Brännström

Åsa Lundbäck

## Sammanfattning

Corrective emotional experience (CEE) innebär att patienten känslomässigt upplever och erfar nya och mer adaptiva sätt att möta tidigare, olösta konflikter i en trygg relation. Denna studie syftar till att undersöka och tydliggöra vad ”corrective emotional experience” består i och vilka metoder som kan skapa sådana erfarenheter. Vad händer i patienten, vilka interventioner använder terapeuten för att möjliggöra CEE för patienten, samt vilka indikationer finns för dessa interventioner?

Som metod för detta examensarbete genomfördes en systematisk litteraturstudie. Via databassökning identifierades 16 kliniska studier om CEE från de senaste 15 åren. Studierna som hade måttlig (3 studier) till svag (13 studier) evidensstyrka utgör bas för analysen. Resultaten visade bl a på att CEE är viktigt för att patienten ska kunna förändra maladaptiva mönster och att terapeuten har en avgörande roll i att erbjuda en trygg relation. Vikten av terapeutens förmåga till intersubjektivitet, ”bonding”, att kunna vara en trygg bas samt att anpassa sig efter patientens anknytningsmönster är kunskap som framkommer i denna studie.

Slutsatser som kan dras av studien är att CEE är en viktig förändringsmekanism i psykoterapi. Mer forskning omkring CEE behövs dock för att ytterligare påvisa vad som är verksamt och varför, förslagsvis med särskilt fokus på psykoterapeutens uppdrag att bygga relation och allians.

**Nyckelord:** corrective emotional experience (CEE), anknytning, terapeutisk relation

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Corrective emotional experience – en definition</b> .....	<b>1</b>
<b>Om anknytning, relation och intersubjektivitet</b> .....	<b>2</b>
<b>Affektiv neurovetenskap och hjärnans plasticitet</b> .....	<b>3</b>
<b>Emotionsforskning och affektfokuserad psykoterapi</b> .....	<b>3</b>
<b>Metod</b> .....	<b>5</b>
<b>Design</b> .....	<b>5</b>
<i>Litteratursökning</i> .....	5
<i>Inklusionskriterier</i> .....	6
<i>Exklusionskriterier</i> .....	6
<b>Urval</b> .....	<b>7</b>
<i>Kvalitetsgranskning av artiklar</i> .....	7
<b>Etiska överväganden</b> .....	<b>7</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>8</b>
<b>Översikt – resultat från kvalitetsgranskning</b> .....	<b>9</b>
<b>Corrective emotional experience som förändringsmekanism i psykoterapi</b> .....	<b>13</b>
<b>Metoder för att skapa CEE i psykoterapi</b> .....	<b>13</b>
<i>Möjliggöra CEE genom matchning av bemötande till anknytningsmönster</i> .....	13
<i>Möjliggöra CEE genom bindning och intersubjektivitet</i> .....	14
<i>Möjliggöra CEE genom empatisk hållning</i> .....	14
<i>Möjliggöra CEE genom distansering som synliggör negativa mönster</i> .....	14
<i>Möjliggöra CEE genom reparation av relationsbrott</i> .....	14
<i>Möjliggöra CEE genom metakommunikativt medvetandegörande</i> .....	14
<i>Möjliggöra CEE genom exponering av relationsmönster i grupp</i> .....	15
<b>Indikationer för användning av metoder för CEE</b> .....	<b>15</b>
<i>När terapeuten behöver hjälpa patienten processa smärtsamma erfarenheter</i> .....	15
<i>När terapeuten behöver hjälpa patienten med självreglering</i> .....	16
<i>När terapeuten behöver hjälpa patienten att öppna upp för känslor och förstå skillnaden mellan "nu" och "då"</i> .....	16
<b>Diskussion</b> .....	<b>18</b>
<b>Corrective emotional experience som förändringsmekanism i psykoterapi</b> .....	<b>18</b>
<b>Metoder för att skapa corrective emotional experience</b> .....	<b>18</b>
<b>Indikationer för att använda CEE</b> .....	<b>19</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>20</b>
<b>Sammanfattande synpunkter</b> .....	<b>20</b>
<b>Referenser</b>	
<b>Tillkännagivanden</b>	

# Inledning

Vad är det som är verksamt i psykoterapi? Erfarenheter av möten i vår kliniska vardag visar att psykoterapi kan vara ett fantastiskt sätt att komma tillrätta med det som skaver och skapar problem i livet.

Som terapeut kan man nästan känna när det händer något i det mellanmännsliga mötet terapeut-patient, när förändring sker. Många erfarna kliniker vittnar om detsamma. De traditionella terapeutiska skolbildningarna har dock haft svårt att visa att komponenterna i kliniska metoder bidrar till patientens förändring, trots upprepade studier om deras effekter. (Wampold, 2001).

Vad är det då som är verksamt? I arbetet som psykoterapeut är det lätt att bli anklagad för att syssla med ”lull-lull”. Metoderna som idag används kan te sig mer eller mindre otydliga för omvärlden, undantaget kanske de mer manualbaserade terapierna. Särskilt idag då ropen efter evidens skallar högt känns det viktigt att vi psykoterapeuter faktiskt kan påvisa att det vi gör fungerar och varför. Kanske kan emotionsforskningen ge oss svar? Forskning om affekter och dess påverkan och verksamma faktorer i psykoterapi har hittills varit begränsad (Havnesköld, 2010). I vår legitimationsutbildning med psykodynamisk inriktning, har vi fått möjlighet att tillägna oss affektfokuserad psykoterapi. Inom affektfokuserad psykoterapi betonas en mer tydlig och aktiv roll från terapeutens sida. Här läggs vikt på olika förändringsmekanismer och vi kom i kontakt med begreppet ”corrective emotional experience”.

För att begränsa området som skulle undersökas valde vi att fokusera på CEE som får representera förändring i psykoterapi. Corrective emotional experience, på svenska översatt med korrigerande känslomässig erfarenhet, kommer i detta examensarbete hädanefter att benämnas med det engelska begreppet eller med dess förkortning CEE.

## **Corrective emotional experience – en definition**

Begreppet ”corrective emotional experience” (CEE) myntades av psykoanalytikerna Alexander och French (1946). CEE innefattar ett sätt att förstå och bemöta icke adaptiva tendenser som växt fram ur samspel med en dysfunktionell omgivning. Detta samspel kan korrigeras i interaktion med terapeuten som blir annorlunda än den patienten förväntat. Patienten får en ny positiv erfarenhet som kan bryta det icke adaptiva mönstret.”*Re-experiencing the old, unsettled conflict but with a new ending*” (Alexander & French, 1946, p. 338).

Under en tid då det terapeutiska fältet dominerades av en psykoanalytisk neutralitet som grundläggande hållning påvisade Alexander och French betydelsen av att terapeuten i klinisk process mer aktivt deltar med empati, engagemang och uppmuntran som del i att uppnå corrective emotional experience (Bridges, 2006). Alexander och French menade att, för att uppnå en CEE, måste terapeuten/analytikern låta patienten återuppleva den tidigare känslomässigt laddade situationen i ett mer positivt interpersonellt sammanhang. De menade också att terapeuten skulle skapa en överföringsrelation som fungerade motsatt till det som patienten tidigare i sitt liv erfarit som något smärtsamt eller traumatiskt. Kritiker mot denna uppfattning vänder sig emot att terapeuten aktivt skulle manipulera överföringen (Friedlander et al, 2011). En mer nutida uppfattning är att en empatisk intoning med patienten i sig själv möjliggör en CEE. En förändring kommer till stånd när patienten själv finner en ny upplevelse eller nya erfarenheter inom ramen för den terapeutiska relationen (Knight, 2004). Genom upplevelsen av en CEE kan patienten förändra tidigare rigida mönster till något nytt och mer hälsosamt för honom eller henne (Stricker, 2013).

### **Om anknytning, relation och intersubjektivitet**

Våra första relationella upplevelser formar vår personlighet och det sätt vi relaterar till andra men också hur vi relaterar till oss själva och möter de känslor som växer inom oss (Bowlby, 1973). När de tidiga anknytningsrelationerna präglas av affektiva kommunikativa misslyckanden bestående av motsägelsefulla signaler, utebliven, oförutsägbar eller skrämmande respons från en förälder kan detta utvecklas till stängda eller osynliga delar hos barnet (Lyons Ruth, 2003). Upprepning av dessa misslyckanden leder till relationella erfarenheter som utgör grundmaterialet till våra inre arbetsmodeller (Bowlby, 1973). Dessa stängda eller osynliga delar i psyket/hjärnan är inte bara ett bortträngt anknytningstrauma. Här inlåses, problematiskt nog, förutom olidlig psykisk smärta, även livskraft som vrede, sorg, glädje, samt förmåga till tillit och närhet (Fosha, 2000; McCullough, 1997).

Våra relationer har stor betydelse för hjärnans utveckling. Det resonansfenomen som kan sägas uppstå när två nervsystem aktiveras och sedan förmår samarbeta och förstärka varandra beskrivs av Hart, (2008). Dessa resonansfenomen utgör grunden i hjärnans förmåga att utveckla nya integrativa färdigheter. Detta samarbete eller engagerande samspel utvecklar både terapeutens och patientens nervsystem och skapar nya kommunikationsmönster (Hart, 2008).

Stern skiljer på anknytning och förmågan till intersubjektivitet. I det intersubjektiva fältet sker det affektiva mötet (Stern, 2005). Barnets anknytningsbeteende svaras i bästa fall upp av

föräldrarnas bindningsbeteende, den vuxne sörjer för barnets överlevnad, både i daglig omvårdnad men också i att hjälpa barnet möta och tolka sin omvärld (Emanuel, 2006). Genom att adressera just bindningen som komponent i relationen patient-terapeut kan terapeuten ge möjlighet till en ny erfarenhet, CEE till patienten, detta genom att agera på ett för patienten nytt sätt (Safran & Muran, 2000).

### **Affektiv neurovetenskap och hjärnans plasticitet**

Enligt L. Havnesköld (personlig kommunikation, 31/10 2014), ses evolutionsläran som grunden för den affektiva neurovetenskapen. Olika teoretiker har försökt att förklara hur människans känsloliv är uppbyggt. Panksepp och Biven (2012) visar på de biologiska system människor delar med däggdjur, - de sju affektreglerande systemen. Det är i den mest primitiva delen av hjärnan som basala känslor uppstår. När dessa bearbetas vandrar de till högre nivåer i hjärnan och kan då bli mer nyanserade och medvetna.

Tidiga och starka hot mot oss människor resulterar i utvecklingshinder och starka försvar som blir svåra att komma åt. Personer som varit utsatta för stora svårigheter och påfrestningar kan utveckla ett smalt toleransfönster (Siegel, 2012). Förutsättningen för framgångsrik behandling är trygghetsskapandet (Lieberman & Van Horn, 2005). Terapeuten behöver hjälpa patienten att reglera aktivitetsnivån så att patienten kan vara inom sitt toleransfönster där patienten är trygg men kan närma sig det svåra (Ogden, 2010). Det är viktigt att kunna arbeta på olika nivåer i behandling. Patienten behöver komma till en ”tipping point” (dvs ett avgörande ögonblick) i terapin då möjlighet till förändring är god. Hjärnans förändringspotential är större än vetenskapen trott. Neurovetenskapen framhåller vikten av att inte bara lägga kraft på att förändra patologiska tillstånd utan även skapa positiva affekter vilka är lättare att förändra (Panksepp & Biven, 2012). Även Paul Gilbert betonar utvecklandet av de positiva affektreglerande systemen innefattande tillit, tröst och compassion (Gilbert, 2007).

### **Emotionsforskning och affektfokuserad psykoterapi**

Vid artikelsökning för att undersöka det aktuella forskningsläget om CEE konstaterades en ökning av artiklar de senaste decennierna. Begreppet verkar ha legat i träda under en längre tid. En orsak kan vara ett ökat intresse för emotionsforskningen under de senaste 15-20 åren (Stadtmüller & Gordon, 2011).

På 1960- och 70 -talet utvecklades Darwins teori om emotionerna/affekterna genom bidrag från Silvan Tomkins och medarbetare. Vidare bidrog även neurovetenskapliga forskare till emotionsforskningen. Spädbarnsforskningen tillförde även den så småningom kunskap om

känslolivets utveckling med sitt fokus på icke-verbal kommunikation (Havnesköld & Risholm Mothander, 2009). Inom den psykoanalytiska traditionen fanns svårigheter med att inlemma teorier om affekt. Detta innebar att en psykobiologisk teori om affekt initialt hindrades (Spezzano, 1993).

Representanter från självpsykologin kom också senare att integrera kunskaper från affektteorin (Lessem, 2005). Under framväxten av den relationella psykoanalysen och psykoterapin anlades oftast ett affektperspektiv (Wachtel, 2008). Rivaliserande teorier om affekternas funktioner har funnits men idag står det klart att affekterna är genetiskt inbyggda i vårt nervsystem som reaktionsmönster på livsteman vilka påvisats öka vår chans till överlevnad (Havnesköld, 2010).

Även David Malan och medarbetare kom att utveckla nya modeller för psykodynamisk psykoterapi. Genom mer aktiva och fokuserade metoder kunde man uppnå samma resultat som i psykoanalys men på betydligt kortare tid (Malan, 1976). Habib Davanloo utvecklade en specifik affektfokuserad och psykoterapeutisk teknik, - ISTDP (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy) (Davanloo, 1978). I spåren följde sedan olika affektfokuserade terapeuter och terapiformer. Bland dem återfinns Leigh McCullough (Affektfobiterapi) och Diana Fosha (AEDP-Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy). Diana Fosha menar att den enskilt viktigaste och utmärkande aspekten av terapi är att den är erfarenhetsbaserad. De kliniska fenomenen är inte bara slutledningar och tolkningar som är samtalade om. Att uppleva och erfara vitala affekter i en ny anknytningsrelation med terapeuten är den viktigaste bidragande faktorn till känslomässig förändring (Fosha, 2000). Rolf Holmqvist och Fredrik Falkenström (Holmqvist & Falkenström 2013) lyfter fram en meta-analys på över 200 studier med över 14000 terapier (Horvath, Del Re, Fluckiger, Symonds, 2011) där alliansens betydelse i psykoterapi tydligt bekräftas. Holmqvist och Falkenström väcker frågor kring hur sambandet allians och terapiutfall bör tolkas. De menar att sambandet kan ses som en bekräftelse av idén om att CEE fungerar som motvikt till tidigare svåra relationella erfarenheter. Slutsatser kan också dras om att psykoterapin bör fokusera mer på hur allians byggs än på specifika tekniker. Holmqvist och Falkenström lyfter även den så kallade mellanterapeuteffekten, där vissa terapeuter ges högre allianspoäng än andra (Holmqvist & Falkenström 2013).

CEE lärs ut och används men dessa modeller har hittills inte något starkt empiriskt stöd. En mer finkornig strategi efterfrågas för att befästa dess giltighet som förändringsmekanism

(Bernier & Dozier, 2002). Utifrån detta är vi intresserade av att i en litteraturstudie undersöka vilken betydelse CEE har för patienten i psykoterapi.

Denna studie syftar till att undersöka och tydliggöra vad corrective emotional experience består i och vilka metoder som kan skapa sådana erfarenheter.

Frågeställningar:

- Hur tänker man sig bland psykoterapeuter och inom psykoterapiforskningen att corrective emotional experience kan påverka en psykoterapi i konstruktiv riktning och bidra till positiva förändringar?
- Vilka metoder finns för att skapa corrective emotional experience i en psykoterapeutisk situation?
- Vilka indikationer finns för användning av sådana metoder? Finns det vissa diagnoser, problemområden, anknytningsmönster eller livserfarenheter där det kan vara fruktbart att använda dessa metoder.

## Metod

### Design

Som metod användes litteraturstudie där frågeställningarna besvarades genom att identifiera, välja, värdera och analysera relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2013). Genom valet av litteraturstudie som metod bedömdes möjligheten att besvara frågeställningarna vara större än exempelvis genom intervjuer med enskilda psykoterapeuter. Litteraturstudie valdes också utifrån att ämnet för studien kunde tänkas ha haft intresse för forskare från både kvalitativ och kvantitativ utgångspunkt och därmed fanns möjligheten att fånga in en bredd av forskningsresultat (Friberg, 2012). För rådgivning om lämpliga databaser att söka i konsulterades bibliotekarie vid Sunderby sjukhusbibliotek/LTU i oktober 2015.

### Litteratursökning

*Artikelsökning utfördes i databaser under perioden 151013 - 160121. Databaser relevanta för ämnesområdet var Pub Med, ämnesområdet var Pub Med, PsycInfo samt Web of Science. De flesta artiklarna återfanns i databasen PsycInfo. Sökningen i databasen PsycInfo. Sökningen gjordes i två steg, först enbart på sökordet "corrective emotional experience" och artiklar om "corrective emotional experience" och artiklar publicerade de senaste tio åren. Flera av artiklarna visade dock att begreppet "corrective emotional experience" också återfanns i verksamheter utanför psykoterapiområdet, t ex inom socialt arbete och coaching. Första sökningen resulterade i 11 artiklar relevanta för denna*



artiklar relevanta för denna studie (se Tabell 1). För att få ett större material samt artiklar som bättre besvarade frågeställningarna utfördes en ny sökning på "corrective emotional experience" med tillägget "psychotherapy" samt att denna gång söktes artiklar publicerade de senaste femton åren. Sökresultatet blev 16 artiklar (se

Tabell 2).

Tabell 1 Översikt databassökning, sökning 1

Databas	Söktermer	Antal träffar	Antal relevanta	Valda källor
PubMed	"Corrective emotional experience" (senaste 10 åren)	16	9	0*
Web of Science	"Corrective emotional experience" (senaste 10 åren)	19	7	0*
PsycInfo	"Corrective emotional experience" (senaste 10 åren)	31	11	11**

Tabell 2 Översikt utökad databassökning, sökning 2

Databas	Söktermer	Antal träffar	Antal relevanta	Valda källor
PubMed	"Corrective emotional experience" + "psychotherapy" (senaste 15 åren)	15	10	0*
Web of Science	"Corrective emotional experience" + "psychotherapy" (senaste 15 åren)	13	9	0*
PsycInfo	"Corrective emotional experience" + "psychotherapy" (senaste 15 åren)	29	16	16

\* Databaserna Pubmed och Web of Science innehöll inga artiklar som inte återfinns i Psycinfo.

\*\* Dessa 11 artiklar uppfyller sökkriterierna för sökning nr 2 och ingår i slutresultatet.

### *Inklusionskriterier*

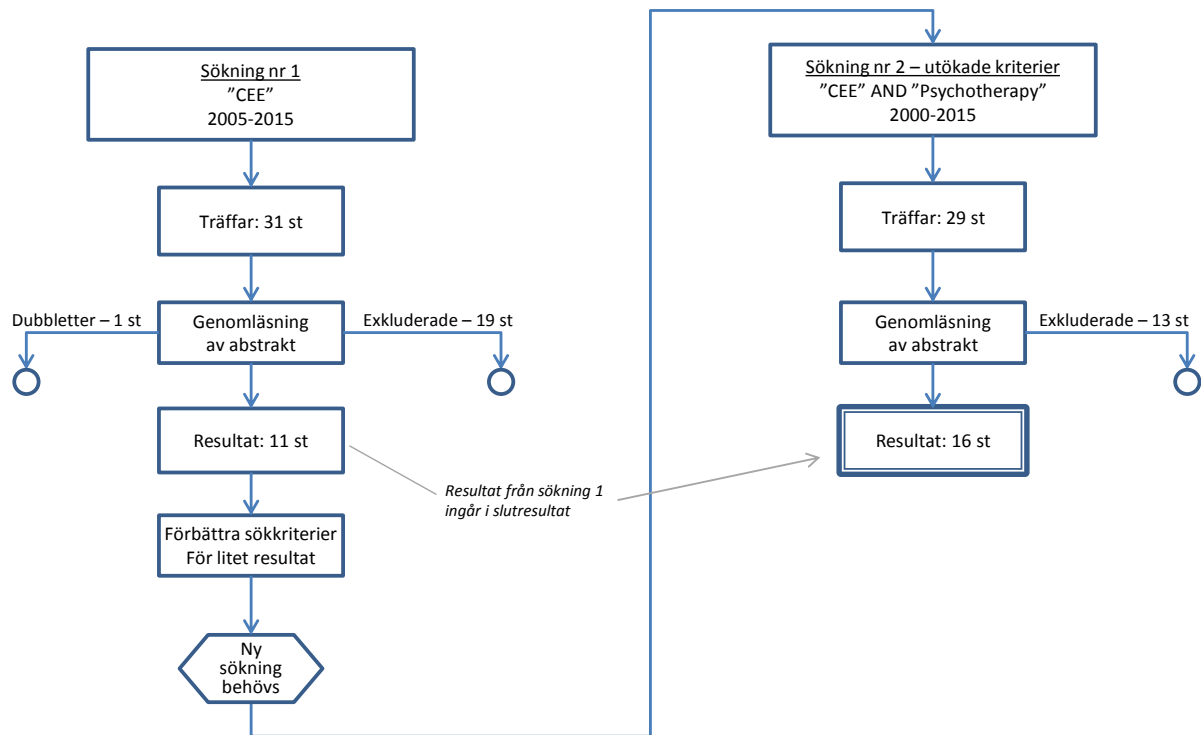
Engelskspråkiga artiklar inom ämnesområdet psykoterapi, publicerade i vetenskapliga tidskrifter under de senaste femton åren, inkluderades.

### *Exklusionskriterier*

Artiklar som rörde verksamhetsområden utanför ämnesområdet psykoterapi, t ex socialt arbete, de som inte var skrivna på engelska, reviewartiklar samt de som var äldre än femton år exkluderades.

## Urval

Vid databassökningarna söktes engelskspråkiga artiklar med abstrakt fram. Efter genomläsning av abstrakt exkluderades artiklar som inte uppfyllde inklusionskriterierna. Efter sökning i två steg blev 16 artiklar det slutliga sökresultatet (se Figur 1).



Figur 1 Flödesschema urval

## Kvalitetsgranskning av artiklar

Artiklarna kvalitetsgranskades enligt en mall av Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström, (2016). I granskningen kontrollerades om *syftet* var tydligt formulerat, vilken *studiedesign* som använts, vilka *deltagare* som medverkat, studiernas *resultat* samt slutligen en kommentar om studiens *kvalitet* och innehåll. Artiklarna granskades och poängbedömdes angående evidensgrad på en skala från A-D där A står för stark vetenskaplig evidens, B för måttlig evidens, C för svag evidens samt D där vetenskaplig evidens saknas (Nordenström, 2004). Resultatet av granskningen redovisas i Tabell 3.

## Etiska överväganden

Samtliga artiklar som motsvarade inklusionskriterierna hade genomgått etisk granskning. En viktig del av all forskning är god etik som innebär att skyddet av de individer som ingår i

studier och undersökningar vägs mot intresset att ta fram ny kunskap (Forsberg & Wengström, 2013). Resultaten från studierna redovisades oavsett om de var positiva eller negativa. Detta är i linje med Forsberg och Wengström som poängterar att både resultat som stöder och inte stöder författarens åsikt ska presenteras i studien (2013).

## Resultat

Litteratursökningen resulterade i ett begränsat antal kliniska studier – 16 st artiklar. Ingen av de utvalda artiklarna bedömdes ha stark vetenskaplig evidens (A). Tre av artiklarna bedömdes stå för måttlig evidensstyrka (B). Dessa var empiriska studier med inhämtat material från 47-100 deltagare. Övriga artiklar bedömdes ha svag evidensstyrka (C). Dessa studier bestod av ett eller flera kliniska exempel, och olika observationsstudier. Ingen av artiklarna bedömdes sakna evidens (D).

Analysen av studierna visar exempel från behandling av flera diagnosgrupper och inom flera problemområden som till exempel alkoholmissbruk, relations-problematik, psykos, masochistisk personlighetsstörning, borderline personlighetsstörning, depression, ångest, autism och anknytningskador. Bland deltagarna i de 16 studierna fanns en åldersspridning från 6-53 år. Dock hade inte alla studier angivit ålder på deltagarna. Geografiskt/kulturellt var studierna utförda till övervägande del i USA och i övrigt i Europa; Kroatien, Italien, Österrike, Grekland och Tyskland, med ett undantag för Sydafrika.

Resultatet kommer att presenteras i Tabell 3. Därefter kommer resultatet att grupperas utifrån följande rubriker: **Corrective emotional experience som förändringsmekanism i psykoterapi, Metoder för att skapa CEE i psykoterapi samt Indikationer för användning av metoder för CEE.**

## Översikt – resultat från kvalitetsgranskning

Tabell 3 Kvalitetsgranskning

Nr	Författare År, Land	Syfte	Design	Deltagare	Resultat	Kvalitet Kommentarer	P*
1	Mallinckrodt, B. Choi, G Daly, K.D.  2015, USA	Att ta fram ett mätinstrument för att undersöka och bedöma klienters erfarenheter av närhet och distans i terapin och att undersöka hur psykoterapeuten kan möjliggöra en CEE för klienten genom att moderera närhet och distans utifrån klientens anknytningsmönster.	Empirisk studie, kvantitativ studie  Mätinstrument: -Therapeutic distance scale -Experiences in close relationships scale -Working alliance inventory -Client attachment to Therapist scale	47 klienter fick fylla i ett formulär inför, samt i mitten av, terapin samt 34 av dessa vid avslutning.	Sambandet var störst för klienter med undvikande anknytningsmönster och ett ökat engagemang i terapirelationen. Resultatet pekar på terapeutens möjlighet att ge förutsättningar för positiva förändringar för klienten genom att fungera som "en trygg bas" i terapi-relationen. Terapeutens flexibilitet och förmåga att erbjuda en bredd av anknytningsstilar och ett reglerande av närhet och distans är av stor betydelse för klientens möjlighet att göra en CEE.	Med denna undersökning har man kommit lite närmare svaret på frågan hur terapeuten kan möjliggöra en CEE för klienten men det behövs ytterligare forskning på hur framväxandet av CEE kommer till stånd i terapirelationen för klienter.	<b>B</b>
2	Ivezic S.S., & Urlic, I.  2015, Kroatien	Att beskriva grupp-psykoterapi för psykotiska patienter, där gruppen kan fungera som ett gott objekt och därmed bidra till en corrective emotional experience för patienterna.	Klinisk studie. Fyra kliniska exempel från en fyraårig grupp-psykoterapi, sessioner en ggr/veckan	4 st kvinnor, diagnosticerade med schizofreni i åldrarna 23-34 år. Bedömda att klara av och kunna tillgodogöra sig grupp-psykoterapi	Grupp-psykoterapi kan fungera väl för att hjälpa schizofrenipatienter då gruppen kan få fungera som ett gott objekt och därmed erbjuda möjlighet till CEE, vilket var fallet i 3 av 4 av de kliniska exemplen.	Insiktsterapi. Författarna argumenterar för grupp-psykoterapi för dessa patienter eftersom överföringsfenomen kan tydliggöras på ett annat sätt än i individualterapi.	<b>C</b>
3	Zack, S.E., Castonguay, L.G., Boswell, J.F., McAleavey, A.A., Adelman, R., Kraus, D.R.  2015, USA	Att undersöka anknytningsmönster för uppkomst och betydelse av allians till terapeuten hos ungdomar i terapi och dess respektive samvariation med symptom-reducering efter avslutad behandling	Empirisk studie.  Mätinstrument: -Behaviour and symptom Identification scale -Therapeutic Alliance scale for children -Working Alliance Inventory-Short form -Brief symptom Inventory -Inventory of Parent and Peer Attachment.	100 barn och ungdomar mellan 11 - 25 år	Visar att ju skörare anknytningsmönster desto större vikt och betydelse får relation och allians för behandlingsresultat. (För deltagare med trygg anknytning har relationen inte lika stor betydelse för symptomreducering.	Befäster relationens betydelse i terapi och CEE som verksam mekanism. Författarna föreslår för fortsatta studier en variation av åldrar (yngre) för att kunna generalisera till barn samt att fler terapeuter med olika kunskapsnivå deltar.	<b>B</b>

Nr	Författare År, Land	Syfte	Design	Deltagare	Resultat	Kvalitet Kommentarer	P <sup>7</sup>
4	Zaccagnino, M., Cussino, M., Saunders, R., Jakobvitz, D., Veglia & Veglia, F.  2014, Italien	Att undersöka om mammor som beskriver erfarenheter av kärleks/omsorgsbrist från båda föräldrarna under uppväxten kan utveckla ett tryggare anknytningsmönster som vuxna (earned-secure).	Empirisk studie, intervjuer, kvantitativ studie.  Mätinstrument: -RF-scale (Reflective self-function scale) -AAI (Adult Attachment interview), -CES-D, (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)	94 kvinnor från Norra Italien med barn i förskola	Med en "Corrective emotional experience" kan man arbeta igenom negativa barndomsupplevelser och tillägna sig nya sätt att interagera med andra. Alternativa anknytningspersoner visar sig ha betydelse för möjligheten att utveckla ökad trygghet i anknytning.	Svårt undersöka orsak-verkan efter så lång tid - författarna medger att det hade behövts mer longitudinella studier. Författarna pekar på svårighet att indela strikt i fasta nivåer av anknytningsmönster.	B
5	Teyber, E., Teyber McClure, F.  2014, USA	Syftet är att visa hur psykoterapeuter med relationell inriktning kan använda relationella interventioner för att göra behandlingen mer effektiv. Här framhålls CEE som den viktigaste relationella faktorn för förändring.	Sammanställning av riktlinjer för relationella interventioner i utbildning av psykoterapeuter med relationell inriktning.	Kliniska exempel på interventioner med fokus på terapeutens agerande.	Riktlinjerna stärker blivande terapeuter att ta upp i samtal med patienten vad som händer dem emellan i nuet - i den terapeutiska relationen med ett empatiskt, varsamt och icke-konfronterande förhållningssätt.	Att ändra vad som händer mellan ett "du" och ett "jag" i terapirelationen har ofta betydelse för förändringar även i andra relationer i patientens liv.	C
6	Kivlighan, D.M. Jr  2013, USA	Att beskriva tre kliniska processer utifrån interpersonell psykoterapi: 1, föra samtalet till "här- och nu", 2, att göra verkningfulla själv-avslöjanden (self-disclosures) eller att meta-kommunicera, 3, att skapa CEE.	Beskrivning av tre kliniska processer, samt presentation av en arbetsmodell för interpersonell terapi.	En session i grupp-psykoterapi	"Här- och nu" -arbetet bereder väg för CEE. Genom meta-kommunicerande kan terapeuten hjälpa klienten att förstå sin interpersonella stil och dess konsekvenser. Författaren menar att det är terapeutens uppgift att aktivt medverka till en CEE, t ex genom att svara klienten med ett icke-komplementärt svar. Dessa tre kliniska processer kan ses som steg i en process-modell där de inte står var för sig utan det ena leder till nästa osv.	Den framtagna flerstegsmodellen har inte validerats för vidare användning. Artikelförfattaren efterfrågar mer forskning på området.	C
7	Stricker, G.  2013, USA	Att undersöka integrativ psykoterapi och dess relevans i olika vedertagna processer i terapi. Multiple selves, rupture-repairs, corrective emotional experience, homework.	Single case study observationsstudie	Utdrag ur psykoterapi med en 47 - årig kvinna. (6 sessioner) Interventioner från session 1.	Genom erfarenheter av CEE kan patienten förändra tidigare rigida handlingsmönster till mer flexibla, hälsosamma och ändamålsenliga sådana.	Framhåller relationens betydelse och avgörande roll i all framgångsrik psykoterapi. Integrativ psykoterapi och CEE har relevans och kan framgångsrikt användas av flexibla och kompetenta terapeuter inom olika orienteringar.	C

Nr	Författare År, Land	Syfte	Design	Deltagare	Resultat	Kvalitet Kommentarer	P <sup>7</sup>
8	Friedlander, M.L. Sandler, S. Bernardi, S. Sutherland, O. Kortz, L. Lee, H-H. Drozd, A.  2011, USA	Att undersöka om och på vilket sätt en "corrective experience" inträffar i en korttidspsykoterapi hos en patient som ingick i en större studie om "Patienters uppfattning om psykoterapi".	Empirisk studie, kvalitativ, single-case study.  Mätinstrument: -Post-session questionnaire -Posttermination Interview -Conversation analysis	31 psykoterapi-sessioner med en 35-årig kvinnlig patient.	Patienten var med om en corrective experience i korttidspsykoterapi. Flera teman lyftes fram: symtomlindring, styrka, självmedvetenhet och självacceptans, större känslomässig flexibilitet och kontroll, samt mer adaptiva interpersonella relationer.	Tar också upp terapeutens syn på förevarande terapi och om de likheter och skillnader som finns mellan T och P om synen på vad som hänt i terapin.	C
9	Stadtmüller, G., Gordon, J.A.  2011, Österrike	Man vill undersöka hur, rent biologiskt, en CEE blir möjlig och hur implicita/omedvetna minnen blir explicita/medvetna.	Genom observation och diskussion och genom kliniska exempel tittar man närmare på, genom neurobiologiska hypoteser, hur den biologiska motsvarigheten till känslor ser ut.	Kliniska exempel	De neurobiologiska hypoteserna förklarar hur emotionell laddning i terapin blir avgörande för att få till förändring och en CEE.	Författarna gör ett försök att sammanföra emotionsforskning inom neurobiologin med psykoterapeutisk praktik.	C
10	Vassiliou, O., Livas, D., Karapostoli, N., Papadakis, T.  2006, Grekland	Att beskriva processer på individ och gruppnivå i psykodrama med fokus på utagerande och lekens betydelse.	Beskrivning av hur psykodramagrupper fungerar både i praktisk tillämpning och i teori genom observationer.	Refererar till psykodramagrupper för barn, ungdomar respektive vuxna.	Gruppen kan fungera som en hjälp i att uppnå CEE genom att möta oönskade utageranden och destruktiva impulser med lekfullhet samt därigenom lösa inre och mellanmänskliga konflikter.	Gör CEE möjlig på ett effektivt sätt, särskilt för svårt skadade patienter som vanligtvis har svårt att uttrycka sig verbalt och i grupsammanhang.	C
11	Bridges, R.M.  2006, USA	Att beskriva hur känslotillstånd kan uppnås, uttryckas och processas inom ramen för den terapeutiska relationen för att åstadkomma CEE.  Finns det en optimal nivå av känslomässig "arousal" i terapisituationen?	Clinical-case study, empirisk, kvantitativ, kvalitativ, utdrag ur en större undersökning.  Mätinstrument: -Derogatis Affect Balance Scale (DABS) -Specific Affects Coding System (SPAFF) -Kontroll av hjärtfrekvens under pågående session i form av ett armband. -Sessions-videomaterial från bedömt av observatörer -Experiencing scale (EXP).	Data från tre patienters formulär som fylls i efter varje avslutad session,	Samspelet mellan "arousal", känslouttryck och känslomässigt processande är komplext och följer inget givet mönster. I två av de kliniska exemplen blir patienterna vid några tillfällen överväldigade av känslor, hjärtfrekvensen går upp och de gråter och kan inte prata just då. Detta skulle kunna anses som ett icke optimalt läge, men, det visar sig, att varje sådant "breakdown" i dessa exempel följs av ett "breakthrough", när upplevelsen kan integreras och förstås och leda till djupare insikt och ökat självomhändertagande för patienten.	Man har undersökt patienter i terapiesessioner med flera olika mätmetoder, - ifyllda formulär, videoinspelningar samt mätning av hjärtfrekvens. Det är inte "farligt" att bli överväldigad av känslor. Positiva känslor är inte bara resultatet av en upplösning av problem och konflikter. Positiva känslor är i sig själva viktiga komponenter i att förstärka det känslomässiga processandet.	C

Nr	Författare År, Land	Syfte	Design	Deltagare	Resultat	Kvalitet Kommentarer	P <sup>*</sup>
12	Hailpam, D.F., Hailpam, M. 2004, Tyskland	Att belysa den intrapsykiska dynamiken hos masochistiska patienter och hur terapeuten kan arbeta för att hjälpa dessa patienter att lämna självutplånande/självkritiserande mönster	Klinisk studie, empirisk studie	13 kliniska exempel	Skapandet av en hållbar, speciell och varm relation mellan patient och terapeut, där terapeuten visar på empati och förståelse, kan göra att de inre kritiska rösterna avtar i omfattning och frekvens.	CEE med både relationell och kognitiv approach.	C
13	Knight, Z.G. 2004, Sydafrika	Från en objektrelationsteoretisk utgångspunkt undersöks hur terapirelationen kan ge utrymme för att lösa tidigare negativa relationsmönster i stället för att upprepa dem.	Kliniska exempel	Utdrag ur två terapier.	Icke-funktionella mönster kan med hjälp av terapi förändras. I en ny relation (den terapeutiska) kan patienten erfaras ett nytt sorts relaterande. Terapeuten bidrar med att göra sig användbar i syfte att möta patientens obesvarade behov. Det är avgörande att terapeuten ser patientens potential att utvecklas.	Författaren menar att genom att patienten gör en CEE får patienten möjlighet att utveckla ett mer autentiskt själv.	C
14	Galloway, A.V., Brodsky L.S. 2003, USA	Vill undersöka betydelsen av anknytning i terapeutisk relation med instabila och omotiverade patienter	Single-case study	27-årig kvinna med Borderlinediagnos	Man kommer fram till att terapeutiskt distansnerande som redskap kan vara användbart. Patienten blir uppmärksam på negativa mönster och tvingas ta ansvar för det egna beteendet.	Terapeutiskt distansnerande görs med fördel där exempelvis terapin gått i stå. Detta sker i undantagsfall menar författarna.	C
15	Benda, John M. 2002, USA	Att undersöka och beskriva en terapeutisk relation utifrån terapeutens känslomässiga upplevelse av relationen.	Single case study. Empirisk studie.	6-årig autistisk flicka i individual-/grupp-terapi	Både patient och terapeut förändras av den ömsesidiga relationen.  Terapin som helande process - inte bara ett arbete mot bättre fungerande.	Systemisk, symbolisk, anknytningsfokuserad CEE approach.	C
16	Khantzian, E.J. 2001, USA	Att visa hur och varför grupp-psykoterapi för missbrukare kan fungera som CEE.	Beskrivning av ett gruppterapi-program för missbrukare	Ett kliniskt exempel	Den terapeutiska gruppen kan fungera som en transformerande erfarenhet med förståelse och empati mellan gruppdeltagarna. I gruppen är det svårare att "slinka igenom" med sina försvar. Gruppledaren har ett stort ansvar för förändringsmöjligheter, hinder och timing.	Att göra en CEE i grupp, möjligt mot bakgrund av att alla deltagare kämpar med samma eller liknande problem och svårigheter, t ex. med affektreglering.	C

\* P = evidenspoäng

## **Corrective emotional experience som förändringsmekanism i psykoterapi**

Genom CEE kan patienten förändra tidigare rigida handlingsmönster till mer flexibla, hälsosamma och ändamålsenliga sådana (Stricker, 2013). I terpin kan patienten arbeta igenom negativa barndomsupplevelser och tillägna sig nya sätt att interagera med andra (Zaccagnino et al, 2014). Att uppleva och erfara CEE kan leda till positiva förändringar i form av symtomlindring, ökad självmedvetenhet och självacceptans, större känslomässig flexibilitet och kontroll samt mer adaptiva interpersonella relationer (Friedlander et al, 2011). CEE kan också leda till djupare insikt och ökat självomhändertagande för patienten (Bridges, 2006). I flera av artiklarna framhålls den terapeutiska relationens betydelse. Genom att terapeuten får fungera som ”en trygg bas” i terapirelationen ges patienten möjlighet att uppleva och erfara positiva förändringar (Mallinkrodt, Choi & Daly, 2015). CEE benämns som den viktigaste relationella faktorn för förändring (Teyber & Teyber McClure, 2014).

## **Metoder för att skapa CEE i psykoterapi**

Metodexemplen i artiklarna var i huvudsak hämtade från individual-psykoterapi. En bredd av terapi-inriktningar var representerade i materialet: Psykodynamisk psykoterapi, Beteendeterapi, Psykoanalys, Integrativ psykoterapi, Short-Term Dynamic-Psychotherapy, Systemisk/Anknytningsfokuserad inriktning, Interpersonell psykoterapi, Short-Term Emotion-Focused Therapy, Relationell psykoterapi, Objektrelationsteoretisk psykoterapi och Psykodrama. I fyra av artiklarna var de kliniska exemplen hämtade från verksamhet med inriktning mot grupp-psykoterapi.

I den valda litteraturen återfinns metoder för att arbeta med CEE. Dessa kan beskrivas som olika terapeutiska tillvägagångssätt eller interventioner vilka redovisas kortfattat nedan.

### *Möjliggöra CEE genom matchning av bemötande till anknytningsmönster*

Psykoterapeuten kan möjliggöra CEE för patienten bl a genom att reglera närhet och distans utifrån patientens anknytningsmönster (Mallinkrodt, Choi & Daly, 2015). Lite förenklat kan detta beskrivas som att patienter med otrygg/undvikande anknytning till en början ges en större distans till terapeuten och tvärtom för patienter med otrygg/ambivalent anknytning. Genom terapiprocessen ändrar terapeuten gradvis förhållningssätt gentemot den otryggt/ambivalente och ger honom/henne ett ökat mått av distans för att ge möjlighet för patienten att hitta sin egen självständighet. Den otryggt/undvikande får en ökad närhet till terapeuten för att erfara att han eller hon kan knyta an till en annan människa på ett sätt som inte varit möjligt tidigare (Mallinkrodt, Choi & Daly, 2015). I en av artiklarna som redovisar



en större studie pekas på att terapirelationens betydelse ökar ju skörare anknytningsmönster patienten har. För patienter med tryggare anknytningsmönster har relationen eller alliansen med terapeuten inte samma avgörande betydelse för behandlingsresultatet (Zack et al, 2015).

#### *Möjliggöra CEE genom bindning och intersubjektivitet*

Terapeutens bidrag till att möjliggöra en CEE för patienten handlar bl a om terapeutens förmåga till ”bonding” – bindning - och intersubjektivitet. Denna förmåga lyfts fram som avgörande av Stadtmüller & Gordon (2011).

#### *Möjliggöra CEE genom empatisk hållning*

I en terapeutisk relation förutsätts (oftast) att terapeuten närmar sig patienten med ett empatiskt förhållningssätt och bygger upp en bindning/anknytning (Galloway & Brodsky, 2003).

#### *Möjliggöra CEE genom distansering som synliggör negativa mönster*

I en av artiklarna, som behandlar mötet med instabila/omotiverade patienter kommer ett lite annat synsätt fram. Här hävdar författarna att det i vissa fall kan fungera bättre att terapeuten distanserar sig från patienten, dvs ”detachment” i stället för ”attachment”. Patienten kan genom denna intervention se sina egna negativa mönster och på så sätt motiveras att ta ansvar för det egna beteendet och göra en förändring (Galloway & Brodsky, 2003).

#### *Möjliggöra CEE genom reparation av relationsbrott*

Som terapeutisk intervention kan terapeuten använda sig av uppmärksamhet på ”rupture-repair” som innebär att avbrott som sker i den terapeutiska relationen repareras och därmed stärker den fortsatta relationen mellan terapeut och patient. Reparationen går till så att terapeut och patient gemensamt öppet samtalar om det som hänt och lyfter upp tankar och känslor kring avbrottet (Stricker, 2013).

#### *Möjliggöra CEE genom metakommunikativt medvetandegörande*

En terapeutisk intervention som tas upp i materialet som knyter an till samtal om ”rupture-repair”, är meta-kommunicerande. Det är ett slags samtal om samtalet och vad som händer här och nu mellan terapeut och patient. Genom detta kan patienten bl a förstå konsekvenserna av sin interpersonella stil och när terapeuten svarar med ett icke-komplementärt svar kan det bidra till en CEE för patienten (Kivlighan, 2013). Att arbeta i ett ”här och nu” med patienten och använda meta-kommunicerande för att processa vad som pågår mellan ett ”jag” och ett ”du” i den terapeutiska relationen kan leda till CEE. Terapeuten tar ansvar för att undvika att

återupprepa vad som blivit fel för patienten i andra relationer som han eller hon ingått i (Teyber & Teyber McClure, 2014).

### *Möjliggöra CEE genom exponering av relationsmönster i grupp*

I grupp-psykoterapi är möjligheterna att gruppdeltagarnas maladaptiva mönster blir synliga och utspelas i ett "här och nu" tillsammans med övriga deltagare och gruppleddare. Patienten/patienterna ges möjlighet att inte bara komma till insikt utan göra en ny interpersonell erfarenhet som i sin tur kan leda till en CEE (Kivlighan, 2013). I en grupp-psykoterapi är lekfullheten ett viktigt inslag som kan bidra till att förändra oönskade utageranden och till att lösa inre och yttre konflikter (Vassiliou, Livas, Karapostoli & Papadakis, 2006). Med empati och förståelse mellan gruppdeltagarna kan den terapeutiska gruppen fungera som en transformerande erfarenhet (Khantzian, 2001).

### **Indikationer för användning av metoder för CEE**

När är det då lämpligt att använda metoder för CEE? Några indikationer för användande av CEE som återfinns i forskningen handlar om terapeutiska situationer där behandlaren behöver hjälpa patienten processa smärtsamma erfarenheter, bygga självreglering, öppna upp för känslor, skapa känslomässig trygghet i terapirummet och skapa en förståelse för skillnaden mellan "nu" och "då".

### *När terapeuten behöver hjälpa patienten processa smärtsamma erfarenheter*

Avgörande för förändring i terapi är att patienten ges möjlighet att processa smärtsamma erfarenheter i en trygg situation i terapin. Terapeuten erbjuder empati, medkänsla och uppmuntran som en integrerad del av en corrective emotional experience (Bridges, 2006). Den terapeutiska relationen är en av de viktigaste faktorerna för positiv utveckling i psykoterapi och allt terapeuten kan göra för att förstärka den terapeutiska relationen bidrar till ett positivt resultat (Stricker, 2013). Det finns inget i materialet som tyder på att någon särskild diagnosgrupp, åldersgrupp eller annan gruppering skulle vara mer befrämjad av en CEE än någon annan. Oavsett inriktning pekar resultatet av studierna på att patienten kan hitta mer effektiva sätt att relatera till sig själv, det vill säga förändra sina inre arbetsmodeller genom CEE (Zaccagnino et al, 2014). Möjligen kan utläsas utifrån några av studierna att patientens anknytningsmönster betingar resultatet av psykoterapin, symptomreduceringen är större för patienter med skörare anknytningsmönster (Zack et al, 2015). Ett resultat som återfinns i studierna är att en förutsättning för framgångsrik terapi är att terapeuten är följsam då patientens anknytningsstil kan komma att förändras under psykoterapiprocessen

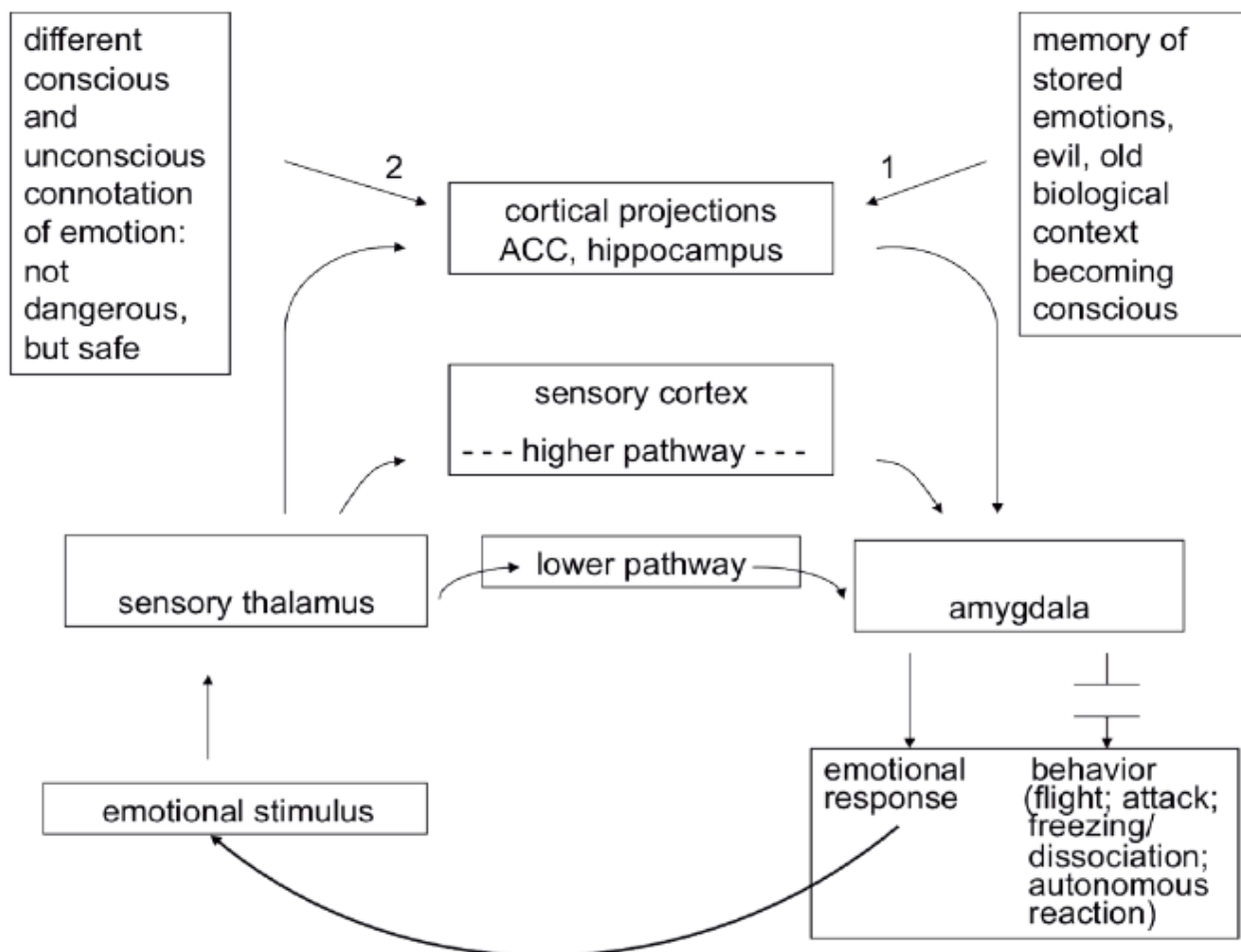
(Mallinckrodt, Choi & Daly, 2015). En positiv allians mellan terapeut och patient konstituerar en mer signifikant CEE (Zack et al, 2015).

*När terapeuten behöver hjälpa patienten med självreglering*

De studier som behandlar grupp-psykoterapi indikerar att även där kan patienter erfara CEE. Det blir en förändrande erfarenhet att adressera problem med självreglering, psykiskt lidande i en kontext där patientens egna problem blir synliga då han/hon t ex försöker hjälpa någon annan i gruppen (Khantzian, 2001).

*När terapeuten behöver hjälpa patienten att öppna upp för känslor och förstå skillnaden mellan "nu" och "då"*

Artikelförfattarna till "The Biological Correlates of Emotions" (Stadtmüller & Gordon, 2011) visar i sin hypotes att genom en trygg relation till terapeuten samt genom terapeutens förmåga till "bonding" – bindningsbeteende, kan patienten öppna upp och våga känna rädsla (exempelvis) som tidigare varit omedveten och låst in i minnet av det svåra. Samtidigt blir patienten medveten om ett "här och nu" där patienten upplever sig skyddad och trygg i relation till terapeuten. Med ökad trygghet kan patienten jämföra "nu" med "då", en ny medvetenhet infinner sig om att "då" har varit. En kognitiv mentalisering är här möjlig. Rädslan "nu" är annorlunda. På detta sätt kan en CEE äga rum.



Figur 2 Neurobiological changes during Bonding

Med författarnas medgivande (Stadtmüller & Gordon, 2011) visas en illustration över neurobiologiska förändringar i samband med CEE (Figur 2). ”Bonding” - terapeutens bindningsbeteende, möjliggör förändringsprocess (se pilar) när tidigare beteendemönster (se rutan längst ner till höger) kan överges. Patienten är inte längre skräckslagen eller otrygg och ensam i känslan. Terapeuten finns där för att patienten ska våga närma sig det svåra, om och om igen, till dess en CEE är uppnådd.

Förklaring till 1 och 2 i Figur 2:

- 1) Här blottläggs dolda känslor som styr patienten och hindrat utveckling. Vanligt är att traumatiska upplevelser och känslor kopplade till dessa kommer till medvetande.
- 2) Motsättningar och inre konflikter uppstår inom patienten när betydelsen av dessa känslor, inom ramen för en trygg och skyddad relation, omformas och slutligen får en ny innebörd för patienten.

## Diskussion

### **Corrective emotional experience som förändringsmekanism i psykoterapi**

I artiklarna återfinns ett flertal påståenden om CEE som något eftersträvansvärt och viktigt för patienter att uppnå i psykoterapi (Stricker, 2013; Zaccagnino et al, 2012; Teyber & Teyber McClure, 2014). Med utgångspunkt i den terapeutiska relationen kan patienten erfara CEE och därmed förändras i relation till sig själv och andra, öka sitt välbefinnande, uppnå symtomreducering och utveckla ökad förmåga till självreglering.

Den terapeutiska relationen är grundförutsättningen för att en CEE ska uppstå. Flera av de terapeutiska metoderna/interventionerna som lyfts fram pekar på detta. Den terapeutiska relationen ses som en ny anknytningsrelation (Benda, 2002). En gemensam nämnare i artiklarna är betydelsen av denna nya relationella erfarenhet.

CEE blir en tipping point, det vill säga en kritisk punkt, för patienten då förändring sker. Stadtmüller och Gordon som undersökt kopplingen till neurobiologin tycker sig ha kunnat påvisa ett neurologiskt underlag för denna förändring. De visar på hur det fungerar och tar sig uttryck i hjärnan. Nyare kunskaper från neurovetenskaplig forskning öppnar för att psykoterapi som verksamhetsområde kan göras mer trovärdigt. I en ny anknytningsrelation med terapeuten där patienten upplever sig trygg och skyddad kan omedvetet material släppas upp till högre nivåer i hjärnan där mentalisering är möjlig. Relationen, förutsatt att den är tillräckligt trygg och att terapeuten är känslomässigt tillgänglig, gör att patienten kan våga närma sig det svåra då förändring kan ske, se Figur 2 (Stadtmüller & Gordon, 2011).

### **Metoder för att skapa corrective emotional experience**

De interventioner som framkommit i artikelmaterialen gör det mer tydligt vad terapeuten gör för att möjliggöra CEE. Inga av dessa har överraskat oss i någon större utsträckning. De är snarare förväntade tillvägagångssätt och stämmer väl överens med våra erfarenheter från klinisk vardag kring hur det psykoterapeutiska arbetet bedrivs. Något som möjligen förvånade oss var de som menade att ”detachment” var att föredra framför ”attachment” för vissa patienter (Galloway & Brodsky, 2003). Detta kan framstå som hårt men är, tänker vi, egentligen i linje med övriga fynd vi gjort i artiklarna som handlar om terapeutens ansvar att anpassa terapin efter det patienten behöver.

I det redovisade avsnittet om interventioner kan det uppfattas att CEE enbart handlar om en eller flera specifika tillfällen under en psykoterapi och att terapeutens uppgift är att möjliggöra sådana tillfällen. Så kan det uppfattas men, en slutsats som vi dragit är att vid sidan om dessa

specifika tillfällen, ”tipping points” eller avgörande ögonblick som utgör CEE så tänker vi att själva psykoterapin med en räkka av samtal i sig också kan utgöra en CEE för patienten. Terapin i sin helhet blir potentiellt en erfarenhet som patienten kan ta med sig och spara i sitt inre och från tid till annan efter avslutad terapi dra nytta av. Här kan dras paralleller till anknytning-individuation där det handlar om att få erfarenhet av att vara nära för att sedan kunna separera, – knyta an för att kunna ta farväl – och bära med sig ny kunskap och erfarenhet av goda möten och goda avslut (Wrangsjö & Salomonsson, 2006; Broberg, Almqvist & Tjus, 2003).

Det tycks vara så att CEE är ett slags ”common factor” inom många olika psykoterapiinriktningar och med olika diagnosgrupper. Här kan relateras till terapeutkomponenten där redan Alexander och French (1946) betonade betydelsen av terapeutens mer aktiva deltagande. Kanske är det också så att terapeutens förmåga till affektreglering, intersubjektivitet och empatisk intoning är avgörande komponenter i all framgångsrik terapi? I artiklarna framkommer att CEE inte är möjlig utan en god relation eller allians. Den teoretiska inriktningen eller metoden är underordnad. Förändringen sker alltid i relation. I materialet har vi också stött på det faktum att CEE redovisats kunna uppstå även utanför terapirummet vilket är spännande och säger något om relationens kraft (Stricker, 2013; Zaccagnino et al, 2014).

### **Indikationer för att använda CEE**

CEE har sedan tidigare svagt empiriskt stöd och det har funnits svårigheter att visa att komponenterna i kliniska metoder hos de traditionella terapeutiska skolbildningarna bidrar till patientens förändring (Bernier & Dozier, 2002). Det finns tydliga svårigheter i att genom RCT-studier påvisa effekten av specifika interventioner då de inte låter sig mätas på det strikta sätt som RCT-studier kräver (Stricker, 2013). Det finns för många variabler i det psykoterapeutiska rummet som kan påverka och omkullkasta ett eventuellt resultat. De tre artiklar vi funnit med måttlig evidens (artikel nr 1, 3 och 4, se Tabell 3) har alla haft ambitionen att via ett större material generalisera sina resultat, vilket de delvis kan sägas göra. De har samtidigt svårigheter, tycker vi, med att greppa essensen av CEE där vi ser att single-case studier (exempelvis artikel nr 7, 8 och 11, se Tabell 3) ger ett annat djup och förståelse för förklaringen av den terapeutiska relationens betydelse för CEE och hur detta förverkligas. Den kliniska erfarenheten av att använda vissa interventioner eller tillvägagångssätt kan vara nog så övertygande jämfört med studier med höga evidenspoäng, anser George Stricker (2013).

## **Metoddiskussion**

Denna studie har gjorts genom litteratursökning i relevanta databaser. I enlighet med forskningsetiska principer har vi vinnlagt oss om att i studien tillgodose kraven på pålitlighet, kvalitet och tillförlitlighet, här ligger studiens styrka. De metoder som använts presenteras och förklaras tydligt för att läsaren ska kunna följa processen i vår strävan att få svar på de frågor vi ställt (Vetenskapsrådet, 2016).

Studiens begränsningar ligger delvis i att antalet artiklar är litet. Artiklarna har dessutom övervägande en lägre evidenspoäng, vilket vi i och för sig räknat med utifrån valt ämnesområde. Artiklarna härstammar till större delen från USA vilket gör att vi funderar över överförbarheten till våra svenska förhållanden. En risk för publiceringsbias föreligger då ett av våra inklusionskriterier var valet av engelskspråkiga artiklar, å andra sidan var en mycket liten andel artiklar icke-engelskspråkiga. Kombinationen ”CEE” och ”psychotherapy” är en begränsad kombination söktermer vilket kan bidra till snedvridet urval (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016).

Det ligger en begränsning i att beforska ett begrepp som CEE, en specifik förändringsmekanism. Svårigheten i att beskriva vad som händer i relation gör att risken för begreppsförvirring är stor.

Vi hade kanske kunnat komplettera med intervjuer eller ”röster” från klinisk vardag i Sverige men å andra sidan bedömde vi att det inte fanns utrymme inom ramen för denna uppsats.

Samtidigt ser vi de artiklar vi hittat som mycket viktiga bidrag till en ökad kunskap kring psykoterapi och dess verksamma mekanismer. Artiklarna ger levande exempel på hur den terapeutiska relationen kan möjliggöra CEE givet de rätta förutsättningarna. Vi får inte bara terapeuters och klinikers perspektiv, patientens röst i artiklarna är tydlig.

Det har inte gjorts någon åtskillnad utifrån vilken psykoterapi-inriktning artikelförfattarna hänför sig till utan all tillgänglig psykoterapiforskning som berör ämnesområdet bedömdes som intressant. Om vi begränsat sökningarna ytterligare utifrån psykoterapi-inriktning hade risken ökat att missa kunskapen om att CEE hör hemma inom ett flertal terapeutiska skolor.

## **Sammanfattande synpunkter**

En god relation där både terapeut och patient är känslomässigt närvarande är förutsättningen för all framgångsrik psykoterapi. I ett sådant möte förändras oundvikligen både patient och terapeut (Benda, 2002). En tydlig slutsats som vi tycker oss kunna dra i denna studie är vikten av terapeutens förmåga i terapirummet, den så kallade terapeutkomponenten. Här ryms

terapeutens förmåga till affektreglering, intersubjektivitet, bindningsbeteende, intoning och icke-verbal kommunikation, vilka är betydelsefulla komponenter i att bidra till förändring för patienten.

Kanske är terapeutkomponenten viktigare än vi trott. Kanhända blir detta en inriktning för framtida forskning inom psykoterapiområdet, att undersöka korrelationen mellan terapeutens förmåga till ovanstående och utfallet i terapi. Redan finns forskningsstöd för att en god relation och tidig allians i terapin har stor betydelse för slutgiltigt utfall för behandlingen (Fluckiger et al. 2011).

Vidare kan man fundera över CEEs mer långtgående effekter. Om det är så att vi förändras på djupet och terapirelationen går att likna med en ny anknytningsrelation räcker då den upplevda CEE livet ut? Patienten bärs av relationen till terapeuten i likhet med barnet som bärs av sin förälder eller anknytningsperson. Anknytning/individuation förutsätter att man kommit tillräckligt nära för att sedan kunna separera som enskilt självförsörjande. Patienten bär med sig erfarenheten av den goda relationen i psykoterapien livet ut. I artikeln ”Allison in Wonderland” pekar John Benda på detta med formuleringen ”*Love exchanged never dies*” (John Benda, 2002, p. 138).

Vägen mot ett tillfrisknande för patienten går genom återerövrandet av förmågan till mentalisering och reglering av de egna känsloreaktionerna. Det som skadats i relation kan bara läkas i en ny, trygg relation. Inom ramen för den trygga relationen kan patienten nyfiket utforska och förändra tidigt grundlagda mönster genom nya relationella erfarenheter (Fosha, 2000; Wennerberg, 2010). Detta är enligt oss essensen av corrective emotional experience.

Fynd från spädbarnsforskningen stärker också CEE som förändringsmekanism. Man talar här framför allt om vikten av intoning, samspel och icke-verbal kommunikation i terapin. CEE handlar inte om en intellektuell insikt utan att också kroppsligt erfara och uppleva när förändring sker. Det betyder också att hänsyn måste tas till hela systemet, kroppen måste med (Fosha 2000). Interventioner behöver också rikta sig till samtliga nivåer i hjärnan för att uppnå balans och integration (Panksepp & Biven, 2012).

Vi tycker oss kunna påstå att corrective emotional experience, genom resultatet av denna studie, ytterligare befäster sin giltighet som verksam förändringsmekanism i psykoterapi. Dock visar litteraturstudien på behovet av att vidare utforska CEE och genom nya och förfinade metoder utröna vad som är verksamt i psykoterapi. Ett intressant område för framtida forskning torde vara ytterligare fokus på psykoterapeutens uppdrag att bygga relation och allians för att åstadkomma förändring i psykoterapi.



# Referenser

## Artiklar:

- Benda, J. M. (2002). My Journey With Allison in Wonderland. *Ethical Human Sciences and Services*, 4(2), 131-138.
- Bernier, A., & Dozier, M. (2002) The client-Counsellor match and the corrective emotional experience: Evidence from interpersonal and attachment research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 39(1), 32-43.
- Bridges, M. R. (2006). Activating the Corrective Emotional Experience. *Journal of Clinical Psychology*, 62(5), 551-568.
- Emanuel, L. (2006). A slow unfolding – at double speed: reflections on ways of working with parents and their young children within the Tavistock Clinic's Under Five Service. *Journal of Child Psychotherapy*. 32(1), 66-84.
- Falkenström, F., & Holmqvist, R. (2013) Alliansens betydelse för psykoterapins utfall, *Psykologtidningen*, nr 8, 22-25.
- Friedlander, M.L., Sutherland, O., Sandler, S., Kortz, L., Bernardi, S., Lee, H-H., & Drozd, A. (2011). Exploring Corrective Experiences in a Successful Case of Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Psychotherapy*, 49(3), 349-363.
- Galloway, V., & Brodsky, S. L. (2003). Caring Less, Doing More: The Role of Therapeutic Detachment with Volatile and Unmotivated Clients. *American Journal of Psychotherapy*, 57(1), 32-38.
- Hailparn, D. F., & Hailparn, M. (2004). The Song of the Siren: Dealing With Masochistic Thoughts and Behaviours. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(2), 163-180.
- Horvath A. O., Del Re A. C., Fluckiger C., & Symonds D. (2011) Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 48(1), 9-16.
- Ivesic, S. S., & Urlic, I. (2015). The Capacity to Use the Group as Corrective Symbiotic Object in Group Analytic Psychotherapy for Patients with Psychosis. *Group Analysis*, 48(3), 315-331.
- Khantzian, E. J. (2001). Reflections on Group Treatments as Corrective Experiences for Addictive Vulnerability. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(1), 11-20.

- Kivlighan, D.M. (2013). Three Important Clinical Processes in Individual and Group Interpersonal Psychotherapy Sessions. *Psychotherapy*, 51(1), 20-24.
- Knight, Z. (2004). Patients' coaching behaviours, transference testing and the corrective emotional experience: Transcending the self in psychotherapy. *South African Journal of Psychotherapy*, 34(1), 84-100.
- Lyons-Ruth, K (2003). Dissociation and the Parent-Infant Dialogue: A Longitudinal Perspective from Attachment Research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 51(3), 883-911.
- Mallinckrodt, B., Choi, G., & Daly, K.D. (2015). Pilot test of a measure to assess therapeutic distance and its association with client attachment and corrective experience in therapy. *Psychotherapy Research*, 25(5), 505-517.
- Stadtmüller, G. & Gordon, J.A. (2011). The Biological Correlates of Emotions. *International Journal of Psychotherapy*, 15(3), 6-24.
- Stricker, G. (2013). The Process of Assimilative Psychodynamic Integration. *Psychotherapy*, 50(3), 404-407.
- Teyber, E & Mc Clure Teyber, F. (2014) Working with the Process Dimension in Relational Therapies: Guidelines for Clinical Training. *Psychotherapy*, 51(3), 334-341.
- Vassiliou, O., Livas, D., Karapostoli, N., Papadakis, T. (2006). Theoretical Development and Various Applications of Group-Analytic Psychodrama. *Therapeutic Communities*, 27(2), 275-290.
- Zaccagnino, M., Cussino, M., Saunders, R., Jakobvitz, D. & Veglia, F., (2014). Alternative Caregiving Figures and their Role on Adult Attachment Representations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(3), 276-287.
- Zack, S.E., Castonguay, L.G., Boswell, J.F., McAleavey, A.A., Adelman, R., & Kraus, D.R., (2015). Attachment History as a Moderator of the Alliance Outcome Relationship in Adolescents. *Psychotherapy*, 52(2), 258-267.

**Böcker:**

- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic Therapy, Principles and applications*. New York: The Ronald Press Company.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1*. New York: Basic Books.

- Broberg, A., Almqvist, K. & Tjus, T. (2003). *Klinisk barnpsykologi*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Selected Papers of Habib Davanloo*. Chichester: Wiley.
- Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and Counselling for Depression*. London: SAGE Publications.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect*. New York: Basic Book.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Hart, S. (2008). *Neuroaffektiv utvecklingspsykologi*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Havnesköld, L. (2010). *Känslor.*: Hagborg, E. Jonsson, K. Y., Salmson K., (red.)Hela människan - Hjulet, Stockholm: Studentlitteratur.
- Havnesköld, L. & Risholm Mothander, P. (2009). *Utvecklingspsykologi*, Stockholm: Liber
- Lessem, P. A. (2005). *Self Psychology: An Introduction*. New York: Jason Aronson.
- Lieberman, A. F. & Van Horn, P. (2005). *Don't hit my mommy!: A manual for child-parent psychotherapy for young witnesses of family violence*. Washington D.C.: Zero to three Press.
- Malan, D. H. (1976). *The frontier of brief psychotherapy: An example of the convergence of research and clinical practice*. New York: Springer Verlag.
- McCullough, L. (1997). *Changing Character. Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects and attachment*. New York: Basic Books.
- Nordenström, J. (2004). *Evidensbaserad medicin. I Sherlock Holmes fotspår*. Stockholm: Instant Book AB Karolinska Institutet University press.
- Ogden, P. (2010). *Modulation, mindfulness, and movement in the treatment of trauma-related depression*. In M. Kerman (Ed.), *Clinical Pearls of wisdom: 21 leading therapists offer their key insights*. New York: W.W. Northon & Company.

- Panksepp, J. & Biven L. (2012). *Archaeology of mind. Neuroevolutionary origins of Human Emotions*, First Edition, The Norton series on interpersonal neurobiology. New York · London: Norton & Company.
- Safran, J. & Muran, J. C. (2002). *Negotiating the Therapeutic Alliance*. N. Y.: The Guilford Press.
- Stern, D. (2005). *Ögonblickets psykologi. Om tid och förändring i psykoterapi och vardagsliv*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind*. New York: The Guilford press.
- Spezzano, C. (1993). *Affect in Psychoanalysis. A clinical synthesis*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Wachtel, P. (2008). *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy* New York: The Guilford Press.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Mahaw, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer: Om anknytning, trauma och dissociation*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad, en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Wrangsjö, B. & Salomonsson, M. W. (2006). *Tonårstid*. Stockholm: Natur & Kultur.

**Från internet:**

Vetenskapsrådet (2016). God forskningssed. ISBN: 978-91-7307-189-5 (PDF). Hämtat från:  
<https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

## Tillkännagivanden

Vi vill tacka våra externa handledare, Ann-Charlotte Kassberg och Birgitta Nordström på NLL:s utvecklingsavdelning, Forskning och Innovation, som med sin kunskap och sitt stöd funnits till hands när vi behövt det som bäst. Vi vill också tacka vår interna handledare, Bengt Eriksson, som med säker och varsam hand lotsat oss genom begreppsjungelns vindlingar och vrår.

Tack till vår kursledare Anita Lassinanti Blom som med näsa för essensen i psykoterapi, både gammalt och nytt, bjudit oss på ett smörgåsbord med de bästa föreläsarna inom psykoterapiområdet.

Tack till vår handledare inom psykodynamisk psykoterapi Kjell Jonsson för närvaro och känslighet när vi behövde det som mest i svåra patientärenden. Du vandrade med oss dit inte många vågat gå. Tack till Elisabeth Rosén, handledare inom affektfokuserad psykoterapi, för din skärpa och din värme. Med din kunskap har vi lyft oss till nya affektiva nivåer.

Tidigare möten med patienter, både före och under utbildningen, har gett oss möjlighet att integrera teoretisk kunskap så att den kan bli vår egen. Dessa unika patientmöten har också gett oss inspiration till detta uppsatsarbete.

Slutligen vill vi tacka våra familjer. Våra föräldrar som gett oss tillräckligt med kärlek och omsorg så att det räcker livet ut och att det även finns över till andra. Men framför allt vill vi tacka våra makar och barn vilka kämpat på i vardagen medan vi suttit med näsan i böcker och artiklar eller varit ockuperade av allehanda terapeutiska processer. Ni är bara bäst!

Det är över nu. Tack för att ni härdat ut.

Vi är tillbaka!

Moms are back in town!