



ERSTA  
SKÖNDAL  
HÖGSKOLA

**S:t Lukas utbildningsinstitut**

Psykioterapeutprogram, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

VT 2017

**Psykioterapeuters kroppsliga och känslomässiga  
reaktioner i arbete med traumatiserade patienter**

**Physical and emotional reactions of psychotherapists  
working with patients suffering from trauma**

**Författare:**

Ann-Sofie Roberntz



ERSTA  
SKÖNDAL  
HÖGSKOLA

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
2.1	Teori.....	1
2.2	Tidigare forskning .....	3
<b>3</b>	<b>Syfte och frågeställningar</b> .....	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Metod</b> .....	<b>6</b>
4.1	Undersökningsdeltagare .....	6
4.2	Datainsamlingsmetoder.....	6
4.3	Bearbetningsmetoder.....	6
4.4	Genomförande .....	7
<b>5</b>	<b>Forskningsetiska frågeställningar</b> .....	<b>7</b>
<b>6</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>7</b>
6.1	Möte i det ofattbara .....	8
6.2	Kraftkällor till förändring.....	11
6.3	Konsekvenser av arbete med målgruppen .....	13
6.4	Återhämtning som motkraft.....	15
<b>7</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>15</b>
7.1	Metoddiskussion.....	15
7.2	Resultatdiskussion .....	16
7.3	Förslag till fortsatt forskning .....	20
	Referensförteckning.....	21
	Bilaga 1.....	24
	Bilaga 2.....	26

## Sammanfattning

**Inledning:** Det finns få forskningsreferenser när det gäller psykoterapeuters känslomässiga och kroppsliga reaktioner i patientarbete. Denna tematiska forskningsanalys utgår från psykoterapeuter som arbetar med personer som lider av trauma, då tidigare studier visar på kraftfulla kroppsliga och känslomässiga reaktioner i arbetet med denna målgrupp. Syftet med studien är att belysa hur psykoterapeuter beskriver sina upplevelser, negativa såväl som positiva, och hur de hanterar dem.

**Frågeställningar:** Hur beskriver psykodynamiskt inriktade psykoterapeuter sina kroppsliga och känslomässiga reaktioner i arbetet med traumatiserade patienter? Hur hanterar de sina egna reaktioner?

**Metod:** Fem legitimerade psykoterapeuter med psykodynamisk utbildning i Sverige och som arbetar med patienter med trauma har intervjuats. Till studien valdes en kvalitativ forskningsansats som bearbetades utifrån en tematisk analysmetod.

**Resultat:** Psykoterapeuterna beskriver svårigheterna att möta det ofattbara våldet i patienternas berättelser, hur de skyddar sig, hur de bär hoppet, hur de kan stå ut och hur de kan använda sina reaktioner i terapin. Här lyfts också konsekvenser för dem och behovet av återhämtning.

**Diskussion:** Resultatet diskuteras utifrån de teoretiska begreppen motöverföring, projektiv identifikation, härbärgering och trauma. Terapeuternas reaktioner bekräftar tidigare forskning av kroppsliga och känslomässiga reaktioner och diskuteras utifrån den omfattande påverkan reaktionerna har på terapeuterna yrkesmässigt och för privatliv.

## Abstract

**Introduction:** There are few research references on psychotherapists' physical and emotional reactions in the patient work. This thematic analysis is based on psychotherapists who work with people suffering from trauma, as previous studies indicate powerful physical and emotional reactions in the work with this target group. The purpose of the study is to illustrate how psychotherapists describe their experiences, both negative and positive, and how they handle them.

**Questions:** How do psychodynamic psychotherapists describe their physical and emotional reactions in the work with traumatized patients? How do they handle their own reactions?

**Method:** Five licensed psychotherapists with psychodynamic training in Sweden working with patients with trauma were interviewed. This qualitative research approach was processed with a thematic analysis.

**Results:** Psychotherapists describe difficulties facing the unimaginable violence in the patients' stories, how to protect themselves, how they carry hope, how they can cope with it and how they can use their reactions in therapy sessions. It also highlights the consequences regarding themselves and the need for recovery.

**Discussion:**

The result is discussed from the theoretical concepts of countertransference, projective identification, containment and trauma. The psychotherapists' reactions confirm earlier research of physical and emotional reactions, and is being discussed out of the wide impact the reactions have on psychotherapists' professional and personal life.

**Nyckelord:** Motöverföring, vikarierande trauma, sekundär traumatisk stress, somatisk, kroppslig

**Keywords:** Countertransference; vicarious trauma, secondary trauma, somatic, embodied

## 1 Inledning

Utifrån sökning i databaser kan konstateras att det är få forskningsstudier som gjorts om psykoterapeuters känslomässiga och kroppsliga reaktioner i arbetet med patienter, så som Margarian (2014) och Samuels (1985). Intresset för psykoterapeuters reaktioner har ökat, men då avgränsat till dem som arbetar med traumatiserade patienter, då studier påvisat konsekvenser i arbetet med denna patientgrupp i form av exempelvis utmattningsdepression (Adams, Boscarino & Figley, 2006). Zerubavel och Wright (2012) understryker i en studie att det även gjorts lite forskning kring hur terapeuters egen återhämtningsprocess ser ut och att det kan få förödande konsekvenser för patientarbetet om de inte arbetat med sin egen sårbarhet, då det finns risk för att de projicerar på patienten att denne är ”den sårade” och de själva ”den helade”.

I det psykodynamiska arbetet läggs stor vikt vid den icke-verbala kommunikationen mellan terapeut och patient. En del av den icke-verbala kommunikationen är motöverföringen. Den här studien utgår från den betydelse av motöverföring som vanligtvis åsyftas idag, dvs terapeuters affektiva reaktioner på omedveten kommunikation från patienten, där terapeuten behöver lyssna både på patienten och till sitt eget inre (Killingmo & Gullestad, 2011). Många terapeuter som arbetar med patienter vittnar om egna reaktioner, som också tar sig kroppsliga uttryck. Vi upplever ångest kroppsligen innan vi blir medvetna om det kognitivt (Frederickson, 2013). Förutom huvudvärk, beskriver terapeuter upplevelser av t ex trötthet, illamående, magproblem, bröstsmärta, nedsatt syn, skakningar och sexuell upphetsning. Att vara uppmärksam på egna kroppsliga reaktioner är viktigt för att förebygga egen ohälsa (Margarian, 2014).

Att arbeta med traumatiserade patienter kan vara extra utmanande utifrån de fruktansvärda upplevelser patienterna förmedlar, vilket kan leda till reaktioner så som vikarierande trauma (Charles, 2015). Denna studie utgår från psykoterapeuter som arbetar med personer som lider av trauma, då en del tidigare forskning visar på kraftfulla känslomässiga och kroppsliga reaktioner i arbetet med denna målgrupp. Syftet med den här studien är emellertid att undersöka hur terapeuterna beskriver och hanterar sina upplevelser, med särskilt fokus på de kroppsliga reaktionerna. Centralt är också vad psykoterapeuternas reaktioner innebär för dem, för deras arbete och privatliv, och hur de hanterar sina reaktioner, vilket tidigare studier inte nämnvärt berört.

## 2 Bakgrund

### 2.1 Teori

#### 2.1.1 Motöverföring, projektiv identifikation och härbergering

Begreppet motöverföring introducerade Freud 1910. Att kropp och psyke samspelar tätt med varandra är något som uppmärksammades redan av Freud och Brenner (1895/1995). Den definition av begreppet motöverföring som Freud använde sig av har vidgats till att idag innefatta terapeuters affektiva

reaktioner på omedveten kommunikation från patienten, där terapeuten behöver lyssna både på patienten och till sitt eget inre. Klein (1946/2000) införde begreppet projektiv identifikation, vilket utgår från att barnet projicerar icke önskvärda delar av självet på modern (Killingmo et al., 2011). Bion (1962) kopplar projektiv identifikation till begreppsparat *hågbärgera-härbergerad*. Mamman bär mentalt, hårbärgerar, de emotionella erfarenheter som barnet inte klarar av att hantera själv, men lyckas väcka i henne. Hon bär det inom sig, processar det och återför det till barnet i bearbetad form som barnet klarar av att uthärda. Här spelar kroppen en viktig roll. Den dyadiska relationen med patienter utgår från den tidiga mor-barn-relationen där förmågan att reglera känslor tillsammans med andra grundas genom moderns hållande och skyddande ram som etableras kring mor och barn i ett inre objekt. I denna process skapas kroppsidentiteten och kroppens gränser etableras i ett hållande hölje (Varvin, 2006). Frederickson (2013) poängterar vikten av att vara uppmärksam på de kroppsliga reaktionerna hos patienten, vilka skapas i det somatiska, respektive det sympatiska och parasympatiska nervsystemet, utifrån omedveten ångest. Känslor som triggar ångesten härrör ur inre konflikter i relation till det inre objektet, som patienten genom försvar försöker trycka undan, men som gör sig påminda i aktuella relationer, även i det terapeutiska rummet. Han understryker att det hos patienter som använder somatisering som försvar ofta finns ett raseri gentemot den som skadat patienten. När känslorna gör sig påminda identifierar sig patienten omedvetet med kroppen till den person som han/hon känner raseriet emot. Istället för att attackera *förövaren* attackerar patienten sin egen kropp. Den medvetna smärtan i kroppen korresponderar med den omedvetna attacken på *förövaren*. I det terapeutiska rummet kan detta ta sig uttryck genom att patienten som t ex projicerar en bild av en våldsam förälder kommer att frukta att terapeuten kommer att traumatisera honom/henne precis som föräldern gjort, även om traumat redan hänt i det förflutna. Detta kan väcka starka känslor som t ex ilska i motöverföringen hos psykoterapeuten.

Samuels (1985) delar upp motöverföring i *reflexiv motöverföring* och *förkroppsligad motöverföring*. *Reflexiv motöverföring* är exempelvis att som terapeut känna sig deprimerad efter ett patientsamtal som inte kan hänföras till det egna psykiska tillståndet, utan till patienten själv. Den *förkroppsligade motöverföringen* är ett fysiskt, verkligt, materiellt och sinnligt uttryck hos analytikern som visar på patientens inre värld. Charles (2015) hänvisar till de studier som gjorts på spegelneuroner som gör att vi kan dela känslor och affekter med andra, både utifrån det visuella, men också genom ljud. Spegelneuroner aktiverar samma område i hjärnan när vi uppfattar en annan människas handling, känsla eller avsikt som om den rörde oss själva. De gör att vi kan förstå andras känslor, handlingar och avsikter. Vi kan i oss själva uppleva det en annan människa aktiverar i oss genom spegelneuroner. Att observera sina egna kroppsliga reaktioner är inte mindre viktiga än att observera patientens, enligt Wallin (2007), då spegelneuroner säkerställer att det skapas ett autonomt eko i oss i förhållande till våra patienter. Våra somatiska tillstånd kan representera omedveten respons på patientens icke-verbala kommunikation.

### 2.1.2 Trauma

Varvin (2006) och Kaplan (2006) beskriver traumatisering som att det psykiskt hållande höljet, representerat av det inre hållande objektet, skadas genom traumat. En perforering uppstår, genomborras av sinnesförmimmelser från syn, lukt och hörsel som tränger sig på, så att något går *sönder* inom individen. Traumatiska minnen tar över och skapar ett band till nuet, där aktuella intryck aktiverar minnesbilder från det förflutna. Trygga anknytningsmönster och goda inre objekt kan då undermineras av trauman. Hos personer med hög ångestnivå, hos traumatiserade, är projektiv identifikation ett vanligt förekommande försvar (Frederickson, 2013).

De vanligaste traumadiagnoserna är enligt Kris- och traumacentrum (2016) *PTSD, posttraumatiskt stressyndrom* och *ASD, akut stressyndrom*, där symtomen är relativt likartade. Intressant för den här studien är reaktionerna då dessa kan vara likartade när det gäller sekundär traumatisk stress.

Symtomen på PTSD:

- Återupplevanden, t ex påträngande minnesbilder, mardrömmar, flashbacks.
- Undvikande av sådant som kan påminna om händelse, t ex genom att inte vilja prata om det som skett eller genom att man försöker undvika tankar, minnen, känslor.
- Negativa förändringar i kognitioner och sinnesstämning, t ex genom svårigheter att minnas viktiga aspekter på det som hänt (amnesi), känslor av skuld och skam, depression,
- Överspändhet, t ex genom koncentrationssvårigheter, utbrott av ilska, sömnstörning, vårdslöst och självdestruktivt beteende
- Även dissociation är vanligt förekommande hos traumatiserade.

Varvin (2003) beskriver hur trauma bryter försvaren och invaderar patienten som upplever en förlust av det skyddande och empatiska inre objektet och att svårt traumatiserade patienter många gånger också har ”somatiska symptom när kroppen blir en arena för uppbyggd stress orsakade av icke smälta affekter.” *Sekundär traumatisk stress* innebär att terapeuten upplever liknande symptom som den traumatiserade patienten (Devilly, Wright & Varker, 2009).

Begreppet *vikarierande trauma* introducerades av McCann och Pearlman (1990) som en förklaring på de negativa effekter som terapeuter drabbas av i det känslomässiga engagemanget av traumatiserade, med en ackumulativ påverkan på terapeutens identitet, världsbild, psykologiska behov, övertygelse och minnet. Det sker en emotionell utmattning, också tidigare benämns som utbrändhet (Devilly et al., 2009). Känslan och tilliten till omvärlden förändras och försvagar självkänslan och självförtroendet (Charles, 2015).

## 2.2 Tidigare forskning

Sökning gjordes på PsychInfo, Psychoanalytic Electronic Publishig, PubMed och Google, utifrån sökorden countertransference; vicarious trauma; secondary



trauma; somatic; body; psychotherapist

Motöverföring är ett centralt begrepp inom psykodynamisk teori, varför det också finns en uppsjö av litteratur i ämnet där både patienters och psykoterapeuters känslor beskrivs, ibland också kroppsliga, men av naturliga skäl, p g a det terapeutiska arbetets syfte, ligger fokus på patienterna och deras process. Det finns lite forskat på om hur psykoterapeuter beskriver sina egna känslomässiga och kroppsliga reaktioner i arbete med patienter och hur de hanterar dem, i synnerhet de kroppsliga reaktionerna. Det saknas också omfattande studier med fokus på de kroppsliga reaktionerna hos psykodynamiska psykoterapeuter som arbetar med svårt traumatiserade patienter. Det finns några forskningsstudier gjorda på psykoterapeuter med psykodynamisk inriktning som vittnar om att de upplever kroppsliga reaktioner i det terapeutiska rummet, detta beskrivs dock mer frekvent i fallstudier.

### 2.2.1 Empiriska vetenskapliga studier

Margarian, (2014) visar i sin kvantitativa studie med 29 kinesiska psykoterapeuter att samtliga hade upplevt en *förkroppsligad motöverföring* och prevalensen låg på mellan 10 och 50 % av deras kliniska arbete. De kroppsliga reaktioner som beskrevs var hugg i bröstet, sömnhet, nedsatt syn, en känsla av att vilja kräkas, huvudvärk och sexuell upphetsning. Flera av terapeuterna menade också att deras kroppsliga upplevelser var till hjälp i den terapeutiska processen. Även Samuels (1985) har utfört en kvantitativ studie med 26 psykoterapeuter som utifrån ett material på sammanlagt 57 fall och 76 exempel visade 35 (46%) *förkroppsligad motöverföring* och 41 (54%) *reflekterande motöverföring*. Exempel på förkroppsligad motöverföring var smärta och värk, att somna och sexuell upphetsning. Shaws (2004) kvalitativa studie på *somatisk motöverföring* hos psykoterapeuter i det terapeutiska arbetet utifrån tre diskussionsgrupper som mynnade ut i 14 djupintervjuer med två efterföljande diskussionsgrupper för granskning, visar på omfattande kroppsliga reaktioner hos terapeuterna och att dessa har varit av betydelse för arbetet med patienterna. Shaw problematiserar kring huruvida de kroppsliga reaktionerna psykoterapeuterna får, är reaktioner på deras egna erfarenheter.

I Athanasiadous och Halewoods (2011) kvalitativa studie på 12 psykoterapeuter, kurators och psykologers upplevelser av somatiska fenomen i motöverföring dras slutsatsen att forskningsdeltagarnas kroppar kan fungera som medel för empatisk och intuitiv kontakt med klientens inre värld. Resultatet visar att några av deltagarna försvarade sig mot somatiska erfarenheter i motstånd, men att de under intervjuerna blev medvetna om detta. Några av deltagarna avslöjade också att de själva hade utsatts för svåra trauman som barn vilket de tolkade som motstånd mot somatiska erfarenheter. Studien konstaterar att terapeuternas somatiska erfarenheter fick betydelse i terapin och att de upplevde en betydelse av sina kroppsliga erfarenheter. Resultatet pekar på att brist på medvetenhet om kroppens betydelse på grund av försvar, riskerar att störa den empatiska förmågan och kontakten till patienten.

### 2.2.2 Erfarenhetsbaserade studier

Det förekommer en del erfarenhetsbaserade studier där psykoterapeuter beskriver patientfall med patienter och hur motöverföringen upplevs i kroppen med referenser där framför allt Samuels (1985) är frekvent förekommande.

Stone (2006) liknar den *förkroppsligade motöverföringen* vid en stämgaffel och menar att de somatiska reaktionerna uppkommer i samband med arbetet med patienter som påvisar borderline, psykotiska eller allvarliga narcissistiska drag i kombination med att de varit utsatta för svåra barndomstrauman, att patienten lider av rädsla för att uttrycka starka känslor direkt och terapeutens förmåga till intuition. Även Arzimendi (2008) tar upp den icke-verbala kommunikationen i den dissociativa processen och understryker patienternas kommunikation genom kroppsminnen vilka kan reflektera i modifierad form hos terapeuten. Martinis (2016) slutsats är att analytikerns perception av kroppsliga upplevelser i det analytiska arbetet handlar både om splitting mellan sinne och kropp, och en projektiv identifikation som uppmanar analytikern att arbeta utifrån sina egna somatiska erfarenheter som uppkommer ur analysandens split. Även Ross (2010) hänvisar till projektiv identifikation i beskrivningarna av sina kroppsliga reaktioner utifrån fallbeskrivningar.

Field (1989) delar upp motöverföring i fyra kategorier; känslor som väcks gentemot patienten, fantasier kring patienten som kan uppkomma, drömmar om patienten och den form av motöverföring som framkallar ett utagerande hos terapeuten, oftast genom att tillfredsställa patienten eller genom att straffa den. Fields egna vanligaste kroppsliga reaktioner uppger han vara sömnhet, darrningar och sexuell upphetsning. Han menar att en del tillstånd av ilska, raseri, längtan och hunger kan härledas till den tid då patienten inte hade tillgång till ord, och trauma inte kunde urskiljas från fysisk skada, vilket innebär att de kroppsliga symtomen hos patienten kan förse terapeuten med en första ledtråd till förståelse och djupare insikt.

## 3 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka hur fem psykodynamiskt orienterade psykoterapeuter beskriver och hanterar sina upplevelser utifrån sina egna kroppsliga och känslomässiga reaktioner i arbetet med traumatiserade patienter. Centralt är vad psykoterapeuternas reaktioner innebär för dem, för deras arbete och privatliv.

### Frågeställningar:

Hur beskriver psykodynamiskt inriktade psykoterapeuter sina kroppsliga och känslomässiga reaktioner i arbetet med traumatiserade patienter?

Hur hanterar de sina egna reaktioner?

## 4 Metod

### 4.1 Undersökningsdeltagare

Förfrågningar angående intervjuer gjordes muntligen och skriftligen via mejl (bilaga 2) till tre mottagningar i Sverige som har psykodynamiskt orienterade terapeuter och som arbetar med patienter med trauma, varav två av mottagningarna är specialinriktade på målgruppen. Två av mottagningarna kontaktades från början via mejl och telefon som förmedlade kontakt till tre psykodynamiskt orienterade psykoterapeuter på arbetsplatsen, vilka fick ett personligt mejl med förfrågan om de ville medverka i studien. Psykoterapeuterna på den tredje mottagningen fick en direkt riktad första förfrågan muntligen och därefter mejl. Urvalet gjordes utifrån att de var psykodynamiskt utbildade terapeuter med erfarenhet av arbete med traumatiserade patienter. Avsikten var att intervjua sex terapeuter, två på varje mottagning. På en av mottagningarna responderade endast en, vilket resulterade i fem intervjuer, tre män och två kvinnor. Alla har mellan 18 och 30 års erfarenhet av psykoterapeutiskt arbete, har specialkunskaper om målgruppen, med ungefär lika lång erfarenhet med patienter som lider av trauma. En har grundutbildning som läkare, tre som socionom, och en som psykolog.

### 4.2 Datainsamlingsmetoder

Till denna studie valdes en kvalitativ ansats, där förhandsbestämda teman kombinerades med empiristyrda, då syftet var att få fram hur olika psykoterapeuter beskriver sina subjektiva upplevelser i arbetet med traumatiserade patienter och hur de hanterar dessa. För att kunna skapa en relevant intervjuguide (bilaga 1) krävdes fördjupade kunskaper i intervjuämnet (Kvale & Brinkmann, 2009). Utifrån litteraturstudier i ämnet togs en intervjuguide fram, vars frågor delades in i teman med utgångspunkt i frågeställningarna. Med detta underlag genomfördes fem semistrukturerade intervjuer, vilket innebar att följdfrågor ställdes när det upplevdes relevant, i syfte att få en fördjupad beskrivning. Frågorna ställdes utifrån teman kring kroppsliga reaktioner, känslomässiga reaktioner, tankar och konsekvenser, samt frågor som ej tematiserats men vars syfte var att ge intervjupersonerna utrymme att beskriva egna reflektioner och förståelse av de egna reaktionerna. Intervjuerna spelades in.

### 4.3 Bearbetningsmetoder

Intervjumaterialet transkriberades varefter författaren läste igenom materialet noggrant för att koda det utifrån tematisk analysmetod, då det enligt Braun och Clarke (2006) är en metod som är till för att identifiera, analysera och rapportera mönster i intervjumaterial. Analysen gjordes vågrätt, dvs att allt material analyserades på en gång (Kvale et al., 2009). Färgpennor användes för att skapa kluster av citat som tematiserades, men där också enstaka fritt hängande citat som stack ut beaktades, då ett tema inte behöver vara kvantifierbart (Braun & Clarke, 2006), vilket tillfört studien intressant material. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) leds intervjupersonen i kvalitativa studier till vissa teman, men inte till

bestämda uppfattningar om dessa teman. Citaten skrevs ner på notislappar i olika färger, som grupperades i teman och underteman till en tematisk karta (Braun & Clarke, 2006), för bättre överblick, och omfördelades efter hand för att få fram mönster i teman. Därefter skrevs det tematiserade materialet ner och sammanfattades till en deskriptiv resultatdel, för att sedan bearbetas utifrån teori och forskningsstudier, och besvara de ursprungliga frågeställningarna.

#### **4.4 Genomförande**

En intervjuguide (bilaga 1) togs fram utifrån fastställda frågeställningar. Tre mottagningar som har psykodynamiskt orienterade psykoterapeuter och som arbetar med traumapatienter kontaktades via mejl, telefon och direktkontakt maj-juni 2016. Intervjuerna som är mellan 54 minuter och 1 timme och 20 minuter långa och genomfördes på mottagningarna under oktober och början av november. De spelades in med en iphone 5 och applikationen Awesome Voice Recorder, varefter de transkriberades.

### **5 Forskningsetiska frågeställningar**

I studien tillämpas etiska riktlinjer för forskare enligt Lag 2003:460. Intervjupersonerna har fått en personlig förfrågan om de önskar delta, dvs frivilligheten garanteras och samtycke. De har i förväg informerats om vem som är huvudman för studien, syftet med studien och om den övergripande planen, vilka metoder som kommer att användas, om konfidentialiteten, samt att de när som helst kan dra tillbaka sitt samtycke, och att studien inte medför några följder eller risker då intervjuerna är anonymiserade. Att ha en skriftlig bekräftelse hade kunnat stärka den garanterade konfidentialiteten, men då det i den här studien varit psykoterapeuter som intervjuats och inte patienter har detta inte bedömts vara nödvändigt, och inte heller varit något önskemål från psykoterapeuterna. Samtliga har deltagit frivilligt utan ersättning. I de fall intervjupersonerna tagit upp sådant i intervjumaterialet som eventuellt skulle kunna röja konfidentialiteten, har detta valts bort. Konfidentialiteten har vidare säkerställts genom att namn och personuppgifter kodats och de inspelade intervjuerna har förvarats åtskilt från personuppgifter som kan härledas till intervjupersonerna. Materialet har inte diskuterats utanför intervjusituationen med intervjupersonerna.

### **6 Resultat**

Under analysen av intervjuunderlaget framträdde fyra huvudteman med underteman.

Tema 1 – Mötet i det ofattbara: Att känna i det ofattbara, Att värja sig mot det ofattbara, Att balansera i det ofattbara, Att stå ut i det ofattbara

Tema 2 - Kraftkällor till förändring: Hoppet som bärare, Ilska som motkraft till hopplöshet och depression, Det genuina

Tema 3 - Konsekvenser av arbete med målgruppen: Förändrad syn på tillvaron, En mättad närhet, Känslor utanför det terapeutiska rummet, Reaktioner på den tuffa verkligheten

Tema 4 - Återhämtning som motkraft

## 6.1 Mötet i det ofattbara

I samtal med traumatiserade patienter beskriver psykoterapeuterna det som ett möte med sådant i patienternas berättelse som de aldrig trodde skulle kunna inträffa. Patienternas berättelser drar in terapeuterna i patienternas utsatthet som väcker både känslor och kroppsliga reaktioner.

### 6.1.1 Att känna i det ofattbara

Terapeuternas upplevelser i arbetet med traumatiserade patienter skiljer sig generellt från andra terapeutiska samtal. Även om känslspektret är detsamma framgår det av intervjumaterialet att känslorna ofta blir starkare. Dessa känslor är många gånger kopplade direkt till berättelser av utsatthet med inslag av våld och förnedring av patienterna. Likaså de kroppsliga reaktionerna.

De känslomässiga reaktioner som terapeuterna identifierar hos sig själva är ilska, sorg, förtvivlan, hopplöshet, vanmakt, äckel, avsmak, hat, osäkerhet, tvivel, rädsla, avsky, förakt, skam, skuld, skräck, obehag, uppgivenhet, otålighet, att det är tungt, men också nyfikenhet, glädje, hopp, ömhet, omsorg, empati, stabilitet, lugn, att det är skönt.

De kroppsliga reaktionerna som beskrivs är illamående, stresspåslag, muskelspänningar, sömnlighet/trötthet, ont i magen, tryck i bröstet, behov av att röra händer, armar och ben, att vilja slå, att krama eller vilja krama, att skratta, att svettas, behov av att andas.

*Det är kraftigare, det är starkare känslor faktiskt. På ett brett spektrum. Över alla känslolägen så känns det starkare i mig. Ilska, sorg, rädsla, men även kanske positiva känslor som nyfikenhet, glädje. Det är starkare uttryck på nåt sätt.*

*...att jag kände ett starkt obehag under flera dagar efteråt. Jag kände illamående, jag kände äckelkänslor, jag kände (suck) hopplöshet. Ungefär tar det aldrig slut? Hur länge ska jag orka med det här?*

Det ofattbara som beskrivs är kopplat till tortyr, våldtäkt och vuxna som förgriper sig på barn, som också genererar kroppsliga reaktioner. En av terapeuterna beskriver det som att det går identifiera sig med patienten, exempelvis må illa precis som patienten säger att den gör, men att det inte går att identifiera sig med förövaren. Det som hänger kvar hos terapeuterna är, hur det "omänskliga" som patienterna utsatts för kan vara möjligt.

*Det är ingenting man inte kan känna igen hos den andre. Man får ju en möjlighet att känna igen utom förövarna får man inte någon möjlighet att känna igen hela tiden. Det är det som är*

*det överkliga, som man inte känner igen. Och det gör man inte för att det inte är mänskligt tror jag. Jag tror inte på att alla kan bli torterare.*

*...och att det ibland kan bli såna detaljer att man själv också kan må illa av det...För det blir väldigt påträngande såklart. Man kan äcklas av att hur fan kan en vuxen bete sig så här. Hur kan man göra så här? Hur kan man gå över gränserna på det här sättet?*

### **6.1.2 Att värja sig mot det ofattbara**

I intervjupersonernas möten med de svåra berättelserna träder behovet av att skydda sig mot det ofattbara in, att freda sig mot det ondskefulla. Det beskrivs bland annat som att bli indragen i något okänt och obehagligt som de egentligen inte vill bli delaktiga i, och som kan kännas starkt även i kroppen.

*Det är fysiologiskt påslag som jag kan känna, och som man känner att det på en och samma gång alltså en hög anspänningsnivå, starkt obehag. Det känns (skratt) alltså jag vill egentligen inte veta det. Det känns obehag, äckelkänslor, skuldkänslor för att man känner det. Muskelspänningar, lite ont i magen, kan kännas tryck i bröstet.*

*Det kan också väcka förakt att möta utsattheten, va fan skärp dig, och det är ganska plågsamt också. Kan väcka ilska eller aggression. Förakt blir ju en slags avsky, men det är inte jättevanligt. Men det händer, eller en känsla av att låt mig vara i fred. En tanke på att hur ska jag, kanske lite otålig. Blanda inte in mig i det här, i vår relation.*

En av terapeuterna beskriver hur arbetet med en patient som slutade efter en kort tid väckte känslor som var svåra att förstå.

*"Jag tror att det (lång tystnad) jag försvarar mig mot någon känsla där... Det hann inte att väcka mer än den här skräcken som han förmedlade, tog överhanden."*

### **6.1.3 Att balansera i det ofattbara**

Att möta människor i den yttersta utsattheten och sårbarheten skapar en osäkerhet kring hur försiktig terapeuten behöver vara i den terapeutiska processen, en oro kring vilka känslor och reaktioner det kan väcka hos patienten. Processen blir en balansgång mellan att stanna upp och gå vidare. Det som väcks hos terapeuterna är känslor som skam, hjälplöshet och rädsla.

*Den här försiktigheten att inte göra den andre illa, eller att utsätta den andre på nytt. Och det kan man ju göra genom att var påstridig eller utmanande i kontakten i rummet. Att gå för häftigt fram. Eller pressa för mycket. Och där tror jag att jag blir lite försiktig. Då är frågan vad är det, rädsla, skam om man tänker på känslor som finns i rummet eller som finns i mig som jag tror att jag plockar upp en del... I kroppen sådär skulle jag säga, tänker jag att det sker i bröstet, i och magen i bålen det är där jag känner oftast.*

*Som en oro över är vi på rätt väg nu, ska jag hjälpa den andre ur det här läget eller ska vi fortsätta en stund till så att säga. Det är en kontrollförlust, att den andre reagerar starkt med illamående eller magont eller då blir jag nog också oroligare av den anledningen.*

Ett exempel på försiktighet som lyfts av en terapeut, är fantasier i samband med en kvinnlig patient som tros ha blivit våldtagen, att han skulle vilja resa sig upp för att ställa dörren på glänt för att förmedla trygghet och att hon kunde gå därifrån när hon ville.

*Det har varit nästan på gränsen till en kroppslig reaktion. Men jag har inte gått så långt, men det är det man förmedlar ordlöst.*

#### **6.1.4 Att stå ut i det ofattbara**

Trots negativa känslor upplever terapeuterna behovet av att inte ge vika för viljan att värja sig mot det obehag som uppkommer och hålla kvar känslan för att kunna uppnå en förändring. Det beskrivs bland annat som ett behov av att gå ner i ett mörker tillsammans med patienten och befinna sig där för att visa att det går att uthärda, att överleva, ibland under flera år, vilket kräver uthållighet. Det understryks också vikten av att de egna känslorna inte får ta överhanden, utan att terapeuternas känslor och reaktioner endast illustrerar det mänskliga, och på så sätt bekräftar patienterna till att känna sig sedda. Terapeuterna visar då på att patientens aktuella tillstånd, upplevelsen är föränderlig.

*I stort sett man känner när nånting är på väg, och man vet att man ska hålla käften, låta personen prata, finnas där, lyssna. Det känns i hela kroppen. Det är inte patientens ångest, det är ens egen som handlar om att man vet att det kommer nånting som jag egentligen inte vill veta.*

*Och fast jag tycker att det är obehagligt eller äckligt eller så, så kan det innebära att jag vet att jag måste fråga mer.*

I de svåra stunderna av att hålla ut och stå kvar har två terapeuter uttryckt behovet av att krama patienten, där patienten upplevts som ett litet barn mitt i sin utsatthet. En av terapeuterna levde ut denna känsla i stunden, att trösta och trygga i den extrema utsattheten. Att på ett fysiskt sätt agera i rummet hör dock till undantagen, understryker terapeuten.

*Jo jag bestämde mig för att, nu behöver du, då bara gjorde jag det. Jag satte henne i mitt knä, och då satt hon där och grät en timme. Bara fick gråta. Det kände jag att det blev ett genombrott som fortfarande finns där som jag kan påminna henne om också, vad som kan, det är också sånt jag tycker man får göra ibland. Men då är det verkligen att känna att det är tajming. Ofta är det ju inte fråga om att röra eller försöka trösta, försöka hålla handen eller krama om. Det är väldigt lite så .... Jag kan känna mig väldigt lugn när jag gör så. Stabil, hållande, få stå för just då för väldigt mycket tryggheten och stadgan och så.*

## 6.2 Kraftkällor till förändring

Terapeuterna tar upp olika kraftkällor som är av betydelse i förändringen, dels i terapin, men också för att själva kunna föra processen framåt. Det beskrivs som en rörelse, där hoppet är bärare, men där också ilska och aggression är tydliga pådrivare. I detta framträder också något som uppfattas som genuinitet.

### 6.2.1 Hoppet som bärare

Det som framhålls som viktigt i processen är att som terapeut vara bärare av hoppet mitt i det tillstånd av meningslöshet och hopplöshet som patienterna upplever, även om detta tillstånd kan vara i flera år. Det ger även terapeuterna kraft att uthärda det svåra, en visshet om att det ligger en förändring i att berättelsen kommer fram.

*Jag vet att det här leder, trots att det är smärtsamt, jag vet att det här är läkande. Sen under själva berättelsens gång, det kan va från upprördhet till ilska till sorg, känslor av äckel ibland för vad folk kan hitta på.*

*Det intressanta är ju om vi kan förändra den där upplevelsen av hjälplöshet här i rummet, så att den andre börjar känna sig lite mindre hjälplös eller lite mer aktiv, lite mer i nån slags känsla, agens, minska graden av hjälplöshet. Och då tror jag att det här känna är också nåt fysiskt, motoriskt, som man behöver vara i kontakt med. Vad är det som pågår med mig, varför känner jag det här just nu...inre stress, att svetts t ex. det skulle jag nog säga att det är mitt sätt att reagera.”*

Flera terapeuter tar även upp behovet av att mobilisera hoppet hos sig själva. Det är något som ger mening åt arbetet.

*För mig handlar det om att försöka hjälpa mig själv genom att säga att det vi gör är värdefullt, att det bär ändå, vi kan inte ändra historien, men det vi gör kan ändå vara till hjälp för personen på nåt vis, att jag inte får tappa modet, och ändå inge hopp.*

*Belöningen i arbetet är ju när man ser personer som tror att dom är helt förstörda och det kan aldrig bli bra och se dom här personerna att komma tillbaka. Det finns en väldigt stor glädje som jag kan känna en stor tacksamhet och vördnad inför.”*

### 6.2.2 Ilska som motkraft till hopplöshet och depression

Samtliga terapeuter understryker vikten av att få fram sin egen ilska som en kraft för att inte själva hamna i depressivitet eller känsla av hjälplöshet. Att leta efter vreden i patienternas/konfidenternas berättelser är också ett sätt att kunna hitta de egna aggressiva känslorna, bredvid sorgen, som behöver komma in i rummet, och som kan riktas mot förövaren eller det inträffade. Det beskrivs som en rörelse utåt, för att vreden inte ska riktas mot det egna självet. Att mobilisera ilska kan upplevas som en befrielse. Ilskan föregås dock många gånger av känslor av sorg, maktlöshet och hopplöshet.



*Uppgivenhet (tystnad) Men det går snabbt över. Det går lätt över i vrede. Det är väl nåt som man kan säga ganska ofta. Att om det är nåt jag har blivit mest i min karriär inom det här området, är det att bli förbannad. Det är ju ganska skönt också att vara förbannad. Det är mycket lättare än att vara ledsen, eller hjälplös eller nåt annat. Det kan ju vara ett försvar mot hjälplösheten... står man ut och lyckas förmedla vad man tycker, vad man känner, ibland behöver man inte, det märks, det känns i rummet att man är med. Det har rätt så stor betydelse för den som berättar.*

De kroppsliga reaktioner när det gäller ilska, som beskrivs i intervjumaterialet, är framför allt kopplade till händer, armar och ben i rörelse, som att till exempel vilja slå.

*... ilska och sorg rör sig mer utåt, och då blir det så att jag får ut det mer i kroppen på ett annat sätt, belä kroppen. Jag blir inte heller lika försiktig heller om nån visar ilska eller uttrycker ilska på nåt sätt, utan, jag känner det nog mer i musklerna, anspänning eller sådär.*

En av terapeuterna formulerar det som en upplevelse av skam i skamlösheten som bödlarna inte känns vid, men som terapeuten känner av, som i sin tur skapar en reaktion av förakt och hat. Precis som hos många patienter kan den sätta sig i magen och ett behov av att röra på sig.

*... behöver andas, eller behöver röra på kroppen på nåt sätt, för annars är allting bara inlåst.*

### **6.2.3 Det genuina**

Det som också framkommer i materialet är att trots att det fasansfulla lätt hamnar i fokus till det yttre, så är det det mänskliga som behöver mejslas fram.

En beskrivning är att hitta människan i den fruktansvärda händelsen.

Patienten/konfidenten berättar sådant som den kanske aldrig berättat för någon annan, vilket skapar en stark närhet. Den här nära relationen ger också kraft att orka med det svåra. Känslor som identifieras är omsorg, ömhet och empati.

*Men även i en sån situation när man plötsligt tillsammans upptäcker att man kan skratta, det behöver inte vara en traumasituation, utan man kan hitta en situation här. Som med henne, den situation som gjorde att hennes trauma bröt igenom, så kom jag på efter en stund att hon gör en riktigt komisk scen, rena ståuppkomikern, med kropp och bilder och allt. Och då tänkte jag att då hittade hon sig själv lite. Och jag hittade henne.*

Målgruppen beskrivs som mer genuin, utan intellektualisering och rationalisering, då patienterna ger uttryck för sina känslor i rummet, vilket ses som något positivt och även kan påverka terapeuternas upplevelser.

*För att det blir så genuint och det är det som är så meningsfullt... jag tycker att det är så skönt, om man får använda ordet skönt, jo jag vill vara i det. Och det tycker jag jag får vara i det här arbetet, genuint mänskliga utsattheten och existentiella, allting va. Och det är det så sällan i*

*andra relationer, tycker jag. Och det beror nog på att det är så genomgripande tungt för den man möter, att det är så genuint.*

### **6.3 Konsekvenser av arbete med målgruppen**

Att ha arbetat länge med patienter som lider av trauman, har påverkat terapeuterna i deras livssyn och förhållningssätt utanför terapirummet, och deras privatliv.

#### **6.3.1 Förändrad syn på tillvaron**

I mötet med berättelser av våld och förnedring beskriver samtliga svårigheten att förstå det som inträffar. Det framhålls bland annat att synen på vad som är väsentligt i tillvaron förändras och att samtalen medför en personlig utveckling, men också en medvetenhet om vad som kan inträffa, dvs en påminnelse om att det också finns en farlig värld.

*Det gör ju att man också blir mer om sig och kring sig vad gäller sin egen familj på ett sätt som kanske alltid inte är så hälsosamt för dom. Akta akta så. Så man får ju en baksida av världen som kanske vanliga människor inte behöver få. Sen tänker jag att man blir mer tacksam inför livet på nåt vis som ju inte skadar. Se att det kan vara ganska gott att va hel och ren och ha det okej omkring sig.*

*Jag har inte så stort tålamod med gnäll, över småsaker. Det har jag inte lust att stå ut med. Vardagens förtret, det är ingenting att bry sig om. Det finns mycket värre saker.*

#### **6.3.2 Ett mättat relaterande**

Samtalen beskrivs ofta i termer av närhet, där terapeuterna behöver göra sitt eget känsloliv tillgängligt, med starka känslomässiga processer. Det innebär att de generellt inte har lika mycket ork för att odla nära relationer utanför arbetet. Flera beskriver behovet av att få vara för sig själv och inte vara lika känslomässigt närvarande i relationerna utanför jobbet. Detta kan få konsekvenser i relation till exempelvis familj och vänner, då det upplevs att inte finnas det mentala utrymmet för fler djupa relationer.

*Det finns en slags mättnad att relatera till andra, där jag behöver skärma av, få vara för mig själv när jag är ledig t ex. Det tror jag får en inverkan på mina nära vänskapsrelationer, inte så direkt men indirekt, för det påverkar ju hur aktiv jag är, hur pass intresserad jag är av att ta kontakt med andra.*

*Det som påverkar mig är mental trötthet tror jag, väldigt stark mental trötthet för man använder så mycket av sig själv. Det utrymmet är redan använt. Det är väl dissociation, jag kan känna igen beskrivningen om någon pratar om dissociation. Om någon sitter och pratar med mig, inte här, inte med dom som jag känner mig riktigt nära, men annars. Då blir den personen som att någon slags överklighetskänsla, jag ser bara att munnen går. Det är ju lite dissociation.*

### 6.3.3 Känslor utanför det terapeutiska rummet

I samtal om huruvida terapeuterna själva upplevt sig traumatiserade i arbetet, nämns tidigare överhängande utmattningsdepression, att känna sig trött och sliten, ältande tankar om patienten, och det svårhanterbara att ha en patient/konfident som har ett likartat negativt sjukdomsförlopp som en närstående.

*Jag har svårt att koppla av efter jobbet. Nu är det inte så farligt längre. Men förr i tiden, om vi går tillbaka 20 år, så kunde jag känna en stark ångest.*

En av terapeuterna uttrycker dock även reaktioner som ofta förknippas med traumatisering, dvs förstärkta reaktioner på ljud, som upplevs som skrämmande.

*När någon har just pratat om sin utsatthet i förhållande till att man varit med om något svårt, att komma ut här på gatan så blir jag väldigt hudlös på något sätt. Intryck och ljud och uppenbarelser av människor som rör sig här ute blir skrämmande, att jag själv blir skyddslös. Att jag reagerar starkare på ett ljud t ex. Det väcker ett obehag att röra sig i en offentlig miljö där jag inte har kontroll på saker och ting, skyddslöshet så att säga.*

Det som beskrivs som svårast för terapeuterna är upplevelsen av att inte kunna hjälpa dem som bär på ett extremt lidande, något som en av terapeuterna beskriver som traumatiserande, men som återkommer även hos de andra terapeuterna, utifrån att inte kunna hjälpa mitt i den svåra utsattheten. Här identifieras skam, att känna sig värdelös och dålig, men också skuld för att inte kunna hjälpa och för den andres utsatthet, att själv ha ett bra liv. En konsekvens som lyfts är att inte kunna slappna av från jobbet.

*Jag lägger det nog mer på mig själv ofta, det är min tendens, jag känner mig dålig. Det finns en skam i det att jag inte lyckas hjälpa den andra. Och det är väl kopplat till hopplöshet eller vanmakt, hjälplöshet.*

*Så kan det ju hända att man jobbar för mycket om jag bara jobbar mer så kan jag hjälpa fler personer, att man inte respekterar sina egna behov och sina egna gränser och då passerar man ju den berömda gränsen leder till att man går i väggen. Jag har varit farligt nära många gånger.*

Att vara nära de svåra känslorna ses dock även som positivt för den egna utvecklingen. Exempel som nämns är att rädslan för olika typer av människor försvunnit, men också att ha blivit lugnare, stabilare och uthålligare.

*Jag får ur mig så mycket, istället för att bli traumatiserad. Det är så mycket som händer med mig också i arbetet. Dom processer man får vara med om, dela och gå igenom. Jag kan känna att det är där jag är närmast och mest mig själv.*

### 6.3.4 Reaktioner på den tuffa verkligheten

I den verklighet många patienter befinner sig i är de yttre omständigheterna orsak till en pågående kris, exempelvis papperslösa flyktingar som gömmer sig,

ingen bostad, släktingar i Syrien. Två av terapeuterna förmedlar den hopplöshet och ångest de kan känna inför det de inte kan påverka, då det blir svårt att arbeta med trauma under den pågående krisen.

*Jag funderar på att gå ner i tid ganska snart, 3-4 dagar i veckan. Delvis har det att göra med det här hopplösa som man möter hela tiden. Jag har ingenting att ge på så sätt. Det sliter att se människor lida och inte kunna göra någonting åt det.*

## 6.4 Återhämtning som motkraft

Det som lyfts som viktigt i arbetet med målgruppen är att ha ett stabilt privatliv med nära relationer. Fysiska aktiviteter, vila, tystnad, naturen, kreativa intressen och föreningsliv upplevs också som viktiga i återhämtningsprocessen. Det som också lyfts fram av samtliga terapeuter är betydelsen av kollegor som man kan prata av sig med och få stöd av, handledning. Men det som också framhålls är betydelsen av att själv ha gått i terapi eller psykoanalys.

*Jag känner mig upplyft av musik, spelar musik själv nästan varje dag för att koppla av, nollställer hjärnan. Lyssnar på konserter osv. Jag hämtar väldigt mycket kraft bland mina kollegor. Jag tycker att det är väldigt trevligt att ingå i en arbetsgrupp med trevliga kollegor där man lutar på varandra och hjälper varandra. Det känns väldigt läkande faktiskt.*

*Men jag tror att det där med kroppslig release i träning eller på andra sätt är väldigt viktigt för mig, att agera ut det kroppsligt...Jag kan ju stå på ett pass och märka oj det där, hur blev det, man minns nånting som känns skamligt eller svårt. När man är med den känslan, låter den komma och liksom passera den och gå, då tror jag det händer något med det. Och det där har jag inte forskat så mycket i men jag har iakttagit mig själv*

## 7 Diskussion

### 7.1 Metoddiskussion

Utifrån frågeställningen hur psykodynamiskt orienterade psykoterapeuter skulle beskriva sina egna kroppsliga och känslomässiga upplevelser i arbetet med traumatiserade patienter och hur de hanterar dem, valdes till denna studie en kvalitativ ansats med en tematisk analysmetod. Samma upplevelse kunde beskrivas på olika sätt och visa på olika reaktioner i samma situation. Deskriptorer är inte allmängiltiga i den meningen att det man beskriver behöver vara giltigt för alla (Langemar, 2008). Att tre intervjupersoner arbetar på två mottagningar som fokuserar på traumatiserade patienter, medan två även har andra patienter på sin mottagning, kan innebära en skillnad i intensitet och kvalitet i deras upplevelser. Men då detta inte är en jämförande studie utan en deskriptiv är det av mindre relevans. Utifrån att antalet studier kring psykoterapeuters känslomässiga och kroppsliga reaktioner i arbete med patienter är begränsade skulle grundad teori kunna vara en alternativ tolkningsmetod, då studien skulle kunna ge utrymme för att skapa nya hypoteser till de kausala sambanden mellan kroppsliga och känslomässiga reaktioner hos psykoterapeuterna och relationen till patienterna.

Eftersom syftet i den här studien var att få fram psykoterapeuternas beskrivning av deras kroppsliga och känslomässiga reaktioner, med fokus på det kroppsliga och knyta deras upplevelser till teori om motöverföring, var tematisk analysmetod mer lämpad.

Valet av semistrukturerade intervjuer gav frihet för psykoterapeuterna att associera friare och lämna utrymme för fördjupning i materialet. Risken för bias finns då författaren själv är psykoterapeut, har erfarenhet av arbete med traumatiserade och därmed ställt frågor utifrån förförståelse i ämnet. En semistrukturerad intervjuguide har använts, där förhandsbedömda teman kombinerats med öppna följdfrågor, vilket har stärkt validiteten. En viss bias kvarstår då författaren utifrån sin förförståelse även gjort urval av intervjumaterialet utifrån valda teman. Detta kan ha påverkat resultatet på så vis att trauma som tema fått för stort fokus och att därmed nyanser i psykoterapeuternas beskrivningar inte framträtt i samma utsträckning. Studien har dock undersökt det den avsåg att undersöka. Då studien bygger på subjektiva upplevelser är den inte reproducerbar, samma resultat kan inte tas fram av andra, dvs reliabiliteten är inte mätbar. Det finns en viss generaliserbarhet i studien då resultatet visar på funna kvalitéer, upplevelser som kan antas förekomma bland psykoterapeuter i stort (Langemar, 2008).

## 7.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie har varit att undersöka vilka upplevelser fem psyko-dynamiskt orienterade psykoterapeuter har utifrån sina egna kroppsliga och känslomässiga reaktioner i arbetet med traumatiserade patienter, med särskilt fokus på det kroppsliga. Centralt har också varit att undersöka vad psykoterapeuternas reaktioner innebär för dem, för deras arbete och privatliv, och hur de hanterar sina reaktioner. Resultatet, utifrån intervjumaterialet visar att samtliga psykoterapeuter upplever känslomässiga, men också omfattande kroppsliga reaktioner, och att dessa i arbetet med traumatiserade kan manifesteras starkare än med andra patienter. Det väcker svåra känslor i den intellektuella förståelsen av det ofattbara våld och den grymhet som patienterna fått utstå och de beskrivningar av vad människor kan göra emot varandra. Men i det terapeutiska rummet uppstår något mer, som får psykoterapeuterna att reagera dels med känslor, och dels med starka kroppsliga symtom. Deras reaktioner har även påverkat dem utanför det psykoterapeutiska rummet. För att kunna hantera det svåra har de skapat sig strategier. Det som är särskilt värt att uppmärksamma är att psykoterapeuterna i denna studie även beskriver att de kan uppleva traumatiskt liknande symtom utan att de för den skull själva blir traumatiserade.

Att de egna kroppsliga reaktionerna manifesteras i terapirummet, men också utanför, visar även Samuels (1985) och Margarian (2014) i sina studier. Med hänvisning till forskning som gjorts på spegelneuroner ger Charles (2015) en rent biologisk förklaring till de reaktioner som kan uppstå i arbetet med patienter, där Samuels och Margarian sätter fokus på de kroppsliga reaktionerna, som de benämner *förkroppsligad motöverföring*. Även Wallin (2007) understryker vikten av att vara observant på en eventuell kroppslig respons på patienters icke-verbala

kommunikation. Viktigt att ha i åtanke är dock att psykoterapeuterna i motöverföringen behöver vara observanta på sina egna reaktioner (Killingmo & Gullestad, 2011) och vad den egna kroppen talar.

## **7.2.1 Kroppliga och känslomässiga reaktioner**

### **7.2.1.1 Reaktioner i det traumatiska**

I mötet med de utsatta patienterna inträder svårigheten för psykoterapeuterna att förstå de grymheter och det våld patienterna utsatts för och det inre kaos de förmedlar. Även om det till del handlar om en yttre förståelse beskrivs det i intervjumaterialet bl a som att dras in i ett mörker. Varvin (2003) beskriver hur svårt traumatiserade patienter upplever en förlust av skyddande och empatiska inre objekt och att de också många gånger besitter icke smälta affekter som tar sig somatiska uttryck. Det hållande höljet har perforerats och lämnat ett tomrum efter att intryck trängts bort och gjort kroppsliga avtryck. Utifrån Samuels (1985) teori uppstår en förkroppsligad motöverföring i det terapeutiska rummet, där psykoterapeuterna i intervjumaterialet tar emot de inre kaotiska upplevelserna som fysiskt, verkligt och materiellt. Här spelar sannolikt spegelneuronerna (Charles, 2015) en avgörande roll som gör att psykoterapeuterna upplever de starka reaktioner som patienterna signalerar. Resultatet hos psykoterapeuterna är att inte vilja veta, att värja sig mot att bli indragen i det patienten befinner sig i, hos vilken det hållande inre objektet och ramen inte längre räcker till, utan där det perforerade skyddande höljet lämnat ett smärtsamt tomrum, som kan ta sig kroppsliga uttryck. Reaktioner som väcks hos psykoterapeuterna är aggression och ilska, äckel, obehag, förakt, avsky, skuld känslor, otålighet, med kroppsliga reaktioner såsom muskelspänningar, magont och tryck i bröstet. Psykoterapeuternas medvetenhet kring sina egna reaktioner torde vara ett viktigt redskap i det terapeutiska arbetet. Brist på medvetenhet om kroppens betydelse på grund av försvar, riskerar att störa den empatiska förmågan och kontakten till patienten (Athanasiadous & Halewoods, 2011).

### **7.2.1.2 Upplevelser i härbärgering och förändringsprocess**

Samtliga psykoterapeuter understryker behovet av att stå ut i det svåra och mörka, i det som är svårt att begripa. De härbärgerar och visar på det mänskliga i omänsklighetens mörker, ett härbärgerande som kan ta flera år. De beskriver vikten av att hålla kvar känslan, våga gå vidare i patienternas erfarenheter och upplevelser, även om det väcker svåra känslor, för att åstadkomma förändring hos patienten. I detta kan patienten upplevas som ett litet utsatt barn och i två fall upplevde terapeuterna behovet av att krama. En gjorde det rent fysiskt och beskriver upplevelsen av stabilitet och lugn i sitt agerande. Psykoterapeuterna i studien bekräftar Shaws (2004) resultat, att de kroppsliga reaktionerna varit till hjälp i arbetet med patienterna. Att hålla och behovet av att vara i kontakt med det fysiskt motoriska beskrivs som viktigt för att kunna fråga vidare och att minska graden av hjälplöshet hos patienten. Terapeuterna använder sin intuitiva förmåga som likt en stämgaffel tar sig uttryck i kroppsliga reaktioner som Stone (2006) understryker är så viktigt i arbetet med patienter som befinner sig i en dissociativ process. Stone menar att det även behöver finnas med

barndomstrauman i denna form av splitting och projektiv identifikation hos patienten, men utifrån Varvin (2003) upplever svårt traumatiserade patienter en förlust av skyddande och empatiska inre objekt, vilket bör innebära att detta även kan gälla personer som upplevt exempelvis tortyr och andra extrema traumatiserande upplevelser.

Samtliga terapeuter beskriver att de genom att hålla kvar känslorna också blir bärare av hoppet, och visar på att upplevelsen av hjälplöshet kan förändras. I mobiliseringen av förändring kan det uppstå kroppsliga reaktioner såsom stress och svettningar, men också som ett behov av att vara i kontakt med något fysiskt. När det uppstår en förändring och framåt rörelse i processen upplevs detta i känslor av glädje och tacksamhet. Glädjen beskrivs också som framträdande när det uppstår kontakt med patienten där denne upplevs som genuin. Det är också i den nära relationen som psykoterapeuterna själva kan hämta kraft, där omsorg, ömhet och empati framträder.

### 7.2.1.3 Att fånga ilskan

Den känsla som framträder mest tydligt i intervjumaterialet är ilska, ofta i samband med äckel och avsky, och beskrivs som en kraft mot depressivitet, hjälplöshet, uppgivenhet och skam. Det beskrivs bl a som att det är skönt att vara förbannad. Sorgen finns dock också med parallellt, och föregår många gånger också ilskan. Enligt Field (1989) kan ilska och raseri härledas till den tid då patienten inte hade tillgång till ord och trauma inte kunde urskiljas från fysisk skada, vilket innebär att de kroppsliga symtomen hos patienten kan förse terapeuten med kliniskt material till förståelse och djupare insikt genom att vara observant på sin egen kropp. Utifrån Varvin (2003) om traumatiserade patienter bör detta även kunna gälla dem som fått ett skadat inre objekt med upplevelser som de inte kunnat sätta ord på. Projektiv identifikation är ett vanligt försvar hos traumatiserade patienter, när de försöker göra sig av med de känslor som vänts mot den egna kroppen istället för mot *förövaren* (Frederickson, 2013). Det skulle innebära att de starka känslor terapeuterna upplever bl a handlar om en motöverföring utifrån exempelvis skam som patienten upplever, men också det raseri som är riktat mot *förövaren*. Den ilska och det raseri som patienterna har svårt att kännas vid, upplever terapeuterna känslomässigt, men också i sina egna kroppar. De kroppsliga reaktionerna kan också vara uttryck för terapeuternas omedvetna raseri mot förövarna, eller gentemot patienten, som upplevs svårt att känna. De kroppsliga reaktionerna relaterade till ilska hos psykoterapeuterna i den här studien är upplevelsen av att röra sig utåt där händer, armar och ben kommer i rörelse, som att till exempel vilja slå, men också att vilja andas. Rörelsen är viktig för att inte känna sig inlåst. Förutom rörelse i kroppen manifesteras ilskan i magtrakten.

## 7.2.2 Påverkan och hantering av reaktioner

### 7.2.2.1 Påverkan på psykoterapeuternas liv

Samtliga psykoterapeuter upplever att deras syn på omvärlden har förändrats. Deras erfarenheter har givit dem en större medvetenhet om det onda som sker.

En av psykoterapeuterna beskriver hur det påverkat förhållningssättet gentemot familjen, dvs att varna dem för de faror som skulle kunna dyka upp. Det som flera uttrycker är att de inte vill ägna energi åt att bli upprörda över sådant som de anser vara bagateller.

Att ständigt göra sitt inre tillgängligt för traumatiserade patienter resulterar i en mental trötthet och slitenhet som också påverkar privatlivet. Graden av påverkan ser dock olika ut. Även om psykoterapeuterna inte upplever sig vara eller är traumatiserade beskriver de en del av de reaktioner som även uppstår vid traumatisering dvs en ackumulativ påverkan på terapeutens identitet, världsbild, psykologiska behov, övertygelse och minne, när det gäller vikarierande trauma, men också en emotionell utmattning (Devilly et al., 2009; McCann & Pearlman, 1990). Deras syn på omvärlden har förändrats utifrån det våld och den utsatthet de tvingas bevittna genom patientarbetet. Endast en av psykoterapeuterna berättar om att själv ha närmat sig ett tillstånd av utmattningsdepression, och den upplevelse som är förknippad med det är ångest. Åltande tankar är något som nämns som ett upplevt problem, att inte kunna koppla av efter jobbet. Det psykoterapeuterna också beskriver är att de kan uppleva känslor av att vara värdelös och dålig, skuld och skam i att inte kunna hjälpa patienterna i den utsträckning de önskar och att själv ha en trygk tillvaro när patienten befinner sig i det utsatta läget. Att möta människor med trauma som befinner sig i en pågående kris som exempelvis papperslösa beskrivs också som en upplevelse av hopplöshet och en trötthet. En beskriver att den inte vill fortsätta jobba i samma utsträckning.

Samtliga upplever att deras nära relationer har påverkats på så sätt att de inte orkar relatera i samma utsträckning och vara i lika nära kontakt i privatlivet. Detta medför att de upplever ett stort behov av att dra sig undan. En beskriver det som en form av dissociation som ibland kan uppstå utanför arbetet och med personer som inte står nära, som att endast se munnen gå på dem som psykoterapeuten talar med och inte kunna vara närvarande i samtalet. En annan berättar om sina upplevelser, som ibland inträffar efter terapeutiska samtal, av hur ljud och intryck invaderar och upplevs med obehag när terapeuten kommer ut på gatan. Människor upplevs då som skrämmande och terapeuten har känt sig skyddslös. Kaplan (2006) och Varvin (2006) beskriver hur sinnesförmågor perforerar det psykiskt hållande höljet utifrån syn, lukt och hörsel hos traumatiserade. Traumatisiska minnen tar över och skapar ett band till nuet, där aktuella intryck aktiverar minnesbilder. Undandragande, dissociation, skuld och skam är några av de upplevelser som faller inom definition av traumatisering (Kris- och traumacentrum, 2016), därmed inte sagt att terapeuten behöver vara traumatiserad. Men ser man till spegelneuronernas funktion (Charles, 2015) kan det vara en förklaring till deras reaktioner, men också utifrån Kleins (1956/2000) projektiv identifikation, där de kroppsliga reaktionerna hos psykoterapeuterna kan ses som en kommunikation där patienten försöker göra sig av med det outhärdliga, vilket skapat kroppsliga reaktioner hos psykoterapeuterna (Martini, 2016; Ross, 2010). Att vara nära de svåra känslorna ses dock även som positivt för



den egna utvecklingen. Exempel som nämns är att rädslan för olika typer av människor försvunnit, att ha blivit lugnare, stabilare och uthålligare, men också en upplevelse av att själv utvecklas och bli mer sig själv.

#### **7.2.2.2 Hantering av reaktioner**

Som en motkraft i att inte själv må dåligt beskriver psykoterapeuterna hur de skyddar sig genom att prata med kollegor, handledning och att själv ha gått i psykoterapi eller analys. Enligt Zerubavel och Wright (2012) är det en förutsättning att psykoterapeuter arbetat med sin egen sårbarhet, då de annars riskerar att projicera på patienten till att vara *den sårade* och själva bli *den helade*. En aktiv fritid är också något som samtliga understryker vikten av, såsom musik och särskilt fysisk träning, sätta kroppen i rörelse, upplevs spela stor roll för att bearbeta och återhämta sig, liksom att få vara i tystnad och i naturen. Att vara uppmärksam på vilken problematik patienterna har, så att den problematiken inte på något sätt är aktuell i det egna privatlivet, nämns också som ett observandum.

#### **7.2.3 Slutsatser**

Studien vittnar om att psykoterapeuternas känslomässiga och kroppsliga reaktioner spelar stor roll både i det terapeutiska arbetet, men också utanför det terapeutiska rummet. Att uppmärksamma kroppsliga reaktioner hos psykoterapeuter är av stor betydelse både i utbildning och handledning, dels för att kunna öka medvetenheten hos psykoterapeuter om deras egna kroppars betydelse för det terapeutiska arbetet, och dels för att förebygga ohälsa inom denna yrkeskår. Extra relevant tycks detta vara för psykoterapeuter som arbetar med traumatiserade patienter. Det denna studie indikerar är att traumaliknande symtom kan uppstå hos psykoterapeuter som arbetar med traumatiserade patienter, utan att de för den skull själva blir traumatiserade. Olika typer av aktiviteter och förhållningssätt beskrivs som förebyggande för att motverka psykisk ohälsa hos psykoterapeuter. Det som lyfts som hälsofrämjande är idrott, kreativa aktiviteter, att vistas i natur, vila och att ha kollegor och handledare att prata med, samt att själv ha gått i psykoterapi eller psykoanalys.

### **7.3 Förslag till fortsatt forskning**

Då antalet studier vad gäller psykoterapeuter och deras känslomässiga och kroppsliga upplevelser i patientarbete är bristfälligt, vore det av intresse att göra en kombinerad kvantitativ och kvalitativ studie kring detta, och då även utifrån en graderad skala mäta styrkan i deras upplevelser. Det vore av fortsatt intresse att även lyfta frågan om konsekvenser för privat- och yrkesliv. Ett urval av kvalitativa intervjuer skulle kunna ligga till grund för att utforma ett enkätunderlag som sedan skulle kunna skickas ut till ett större urval av psykodynamiskt orienterade psykoterapeuter. I enkätsvar skulle terapeuterna även kunna gradera styrkan i sina reaktioner.

## Referensförteckning

- Adams, R.E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion Fatigue and Psychological Distress Among Social Workers: A Validation Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1). 103-108. doi:10.1037/0002-9432.76.1.103.
- Arzimendi, T. G. (2008). Nonverbal communication in the context of dissociative processes. *Psychoanalytic Psychology*, (25). 443-457. doi: 10.1037/0736-9735.25.3.443
- Athanasiadou, C., & Halewood, A. (2011). A grounded theory exploration of therapists' experiences of somatic phenomena in the countertransference. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 13(3). doi:10.1080/13642537.2001.596724
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. London: Tavistock
- Braun, V., & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in psychology*, (3). 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Charles, M. (2015). Caring for the caregivers: Building resilience. *Psychoanalytic Inquiry*, (35), 682-695. doi:10.1080/07351690.2015.1074809
- Deville, G. J., Wright, R., & Varker, T. (2009), Therapists, vicarious trauma or simply burnout, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, (43), 73-385. doi:10.1080/00048670902721079
- Field, N. (1989), Listening with the body: An exploration in the countertransference. *British Journal of Psychotherapy*, (5), 512-522. doi: 10.1111/j.1752-0118.1989.tb01110.x
- Frederickson, J. (2013), *Co-creating change*. Kansas City, MO: Seven Leaves Press.
- Freud, S., & Brenner, J. (1995). *Studier i hysteri*. (L. W. Freij, övers.). Borås: Natur och Kultur. (Originalarbete publicerat 1895)
- Kaplan, S. (2006). *Barn i folk mord. Extrem traumatisering och "affektpropellern"*. I *Trauma i vår tid* (sid. 28-60). Solna: Svenska psykoanalytiska föreningen.
- Killingmo, B., & Gullestad, S. E. (2011). *Undertexten – psykoanalytisk terapi i praktiken*. (G. Zetterström, övers.). Stockholm: Liber AB. (Originalarbete publicerat 2005)
- Klein, M. (2000) *Kärlek, skuld och gottgörelse*. (I. Löfgren, övers.) Borås: Natur och Kultur. (Originalarbete publicerat 1946)

- Kris- och traumacentrum. (2016). *Traumarelaterade diagnoser*. Hämtad 10 februari, 2016. Från Kris och traumacentrum, <http://krisochtraumacentrum.se/kunskap-om-trauma/traumarelaterade-diagnoser/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsinterjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lagen.nu. (2016). Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Hämtad 22 februari, 2016, från Lagen.nu, <https://lagen.nu/2003:460>
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi. Att låta en värld öppna sig*. Slovenien: Liber.
- Margarian, A. (2014). A cross-cultural study of somatic countertransference: a brief overview, *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 5(2), 137-145. doi:10.1080/21507686.2014.894922
- Martini, S. (2016). Embodying analysis: The body and the therapeutic process. *Journal of Analytical Psychology*, 61(1), 5-23. doi:10.1111/1468-5922.12192
- McCann, L. & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims *Journal of Traumatic Stress*, 3 (1), 131-149. doi:10.1007/BF00975140
- Ross, M. (2000). Body talk: Somatic countertransference. *Psychodynamic Counselling*, 6 (4), 451-467. doi:10.1080/13533330050197089
- Samuels, A. (1985). Countertransference, the “mundus imaginalis” and a research project. *Journal of Analytical Psychology*, (30), 47-71. doi: 10.1111/j.1465-5922.1985.00047.x
- Shaw, R. (2004). The embodied psychotherapist: An exploration of the therapists’ somatic phenomena within the therapeutic encounter, *Psychotherapy Research*, 14(3), 271-288. doi:10.1093/ptr/kph025
- Stone, M. (2006). The analyst’s body as tuning fork: embodied resonance in countertransference. *Analytical Psychology*, 51(1), 109-124. doi: 10.1111/j.1465-5922.2006.575\_1.x
- Varvin, S. (2006). *Behandling av överlevare efter extrem traumatisering*. I *Trauma i vår tid*. (sid. 61-83). (F. Ylander, övers.). Solna: Svenska psykoanalytiska föreningen.

Varvin, S. (2003). Extreme traumatisation: Strategies for mental survival. *International Forum of Psychoanalysis*, (12), 5-16. doi: 10.1080/083037060310005223

Wallin, D. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Zerubavel, N. & O'Dougherty Wright, M. (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy*, 49(4), 482-491. doi:10.1037/a0027824

## Bilaga 1

### INTERVJUGUIDE

#### Frågeställningar:

Hur beskriver psykodynamiskt inriktade psykoterapeuter sina kroppsliga och känslomässiga reaktioner i arbetet med traumatiserade patienter?  
Hur hanterar de sina egna reaktioner?

**Kön:**

**Ålder:**

**Grundutbildning:**

**Erfarenhet som psykoterapeut räknat i antal år:**

**Erfarenhet av arbete som psykoterapeut med traumatiserade patienter:**

**(Tankar, känslor, kroppsliga uttryck)**

**Intervjufrågor:**

Hur långa terapier brukar du ha med traumatiserade patienter?

Beskriv dina egna *känslomässiga* reaktioner i samtalen med traumatiserade patienter.

Vilka känslor kan uppkomma?

Beskriv ett konkret exempel.

Vad kan ha varit utlösande?

Vad är din förståelse av dina reaktioner?

Beskriv dina egna *kroppsliga* reaktioner i samtalen med traumatiserade patienter.

Vilka reaktioner kan uppkomma?

Beskriv de kroppsliga symtomen?

Beskriv ett konkret exempel.

Vad kan ha varit utlösande?

Vad är din förståelse av dina reaktioner?

Har det uppstått lägen då du själv känt dig traumatiserad (sekundär traumatisering)?

Hur ser du på överföring- och motöverföring i terapin med traumatiserade patienter?

Hur ser du på din påverkan som person, dina egna erfarenheter?

I dina reaktioner, ser du att det är något i din egen person som spelar in, styrkor/svagheter? I så fall vad?

Vad anser du är svårast i mötet med traumatiserade patienter?

Skiljer sig dina reaktioner i arbetet med traumatiserade patienter från arbetet med andra patienter? I så fall hur?

*Tankar*

Vad väcker det för tankar att arbeta med traumatiserade patienter?  
Vilka existentiella tankar uppkommer?

*Konsekvenser*

Får dina upplevelser konsekvenser i ditt liv?  
Hur påverkas ditt liv och dina nära relationer av ditt arbete?  
Tycker du att du har förändrats som människa genom dina upplevelser?  
Har du någonsin tänkt att du vill sluta det här arbetet på grund av att det blir för påfrestande?  
Hur hanterar du dina egna reaktioner?  
Var hämtar du kraft?  
Är det något du skulle vilja tillägga?

## Bilaga 2

Mejl till mottagningen som vidarebefordrats till terapeuterna:

Hej,

Tack för att du vill höra dig för om det finns möjlighet att göra två intervjuer.

Jag börjar till hösten sista året på leg.grundande psykoterapeututbildningen på S:t Lukas och är kandidat på S:t Lukasmottagningen vid Hornstull. Jag har tänkt att skriva min uppsats om psykoterapeuters reaktioner i arbetet med traumapatienter, och har tänkt intervjua psykoterapeuter med psykodynamisk grund. Nu undrar jag om ni har två psykoterapeuter som skulle kunna tänka sig att ställa upp på en sådan intervju efter sommaren. Jag tänker mig att varje intervju tar cirka 45 minuter. Det jag är ute efter att se hur psykoterapeuter påverkas, och eftersom jag utgår från psykodynamisk teori också vill titta närmre på vilken roll motöverföringen spelar, samt se hur psykoterapeuter hanterar de egna reaktionerna.

Varma hälsningar

---

Ann-Sofie Roberntz

Mejl till terapeuten:

Hej XX,

Jag undrar om du har tid för en intervju den xx? Temat som jag nämnde är psykodynamiska psykoterapeuters kroppsliga och känslomässiga reaktioner i arbetet med traumatiserade patienter. Jag tänker mig att intervjun tar 45 - 60 minuter. Det jag bl a tänkt titta närmare på är motöverföringens roll i arbetet med denna patientgrupp och se hur psykoterapeuter hanterar de egna reaktionerna. Sammanlagt planerar jag att intervjua fem psykoterapeuter.

Varma hälsningar

---

Ann-Sofie Roberntz