



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

S:t Lukas utbildningsinstitut

Psykioterapeutprogram, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

Höstterminen 2020

Psykioterapeuters erfarenheter av terapi med ensamma patienter

Psychotherapists' experiences of therapy with lonely patients

Författare:

Maria Lund

Handledare:

Lisa Rudolfsson

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Bakgrund	1
2.1	Teori	1
2.2	Tidigare forskning	4
3	Syfte och frågeställningar	6
4	Metod	6
4.1	Undersökningsdeltagare	6
4.2	Datainsamlingsmetoder.....	6
4.3	Bearbetningsmetoder	7
4.4	Genomförande	8
5	Forskningsetiska frågeställningar	8
6	Resultat	8
6.1	Svårigheter	9
6.2	Möjligheter	11
6.3	Risker	13
7	Diskussion	16
7.1	Metoddiskussion.....	16
7.2	Resultatdiskussion	17
7.3	Förslag till fortsatt forskning	20
	Referensförteckning	21
	Bilaga 1 Deltagarförfrågan	23
	Bilaga 2 Intervjufrågor	24

Sammanfattning/abstract

Inledning: Genom delad erfarenhet och igenkänning förmedlas en känsla av att inte vara ensam. Relationer påverkar vår hälsa, är vi inkluderade mår vi bra medan ofrivillig ensamhet påverkas oss negativt. Ensamhet är ett välkänt begrepp, men det saknas studier kring det psykodynamiskt orienterade psykoterapiarbetet med ofrivilligt ensamma patienter.

Syfte och frågeställningar: Studien syftar till att undersöka psykodynamiskt orienterade psykoterapeuters erfarenheter av arbete med ofrivilligt ensamma patienter. Hur beskriver psykodynamiskt orienterade psykoterapeuter arbetet med ofrivilligt ensamma patienter, vad är hjälpande och vad kan vara svårt är frågeställningen.

Metod: Sju psykodynamiskt orienterade psykoterapeuter har intervjuats med hjälp av semistrukturerade intervjuer både enskilt och i form av fokusintervju. Bearbetning och analys av materialet gjordes med hjälp av tematisk analys.

Resultat: Respondenterna beskrev att det var svårt att hjälpa de patienter som inte kunde eller ville förändras, vidare kunde det också vara så att just den enskilde psykoterapeuten inte var den bäst lämpad att kunna hjälpa. När det gick att hjälpa klarade patienten att integrera det relationella i terapiprocessen. Psykoterapeuten klarade då också av att låta sig beröras, stå ut och hålla gränser i terapirummet.

Diskussion: Resultatet diskuteras utifrån svårigheter att etablera kontakt med den som inte själv tagit initiativ till kontakten, att lyckas få unga patienter att stanna kvar i terapin och att få grepp om de patienter som saknade intresse och förmåga att uttrycka sin ensamhet. För terapeuten kunde det vara tungt att bära patientens utsatthet och ibland var terapeuten inte rätt person att hjälpa. De patienter som gick att hjälpa klarade att använda terapirelationen som ett övningsobjekt och en modell för relation. Viktigt i arbetet för terapeuterna var att förstå sin egen ensamhet, låta sig beröras, hålla ramen, härbärgera och ta eget stöd i kollegor. Risker i arbetet var konsekvenser av att bryta ramen och att inte klara att härbärgera.

Nyckelord: Ensamhet, psykoterapi, psykoterapeuter, erfarenheter, psykodynamisk.

Introduction: Through shared experience and recognition, a feeling of being alone is conveyed. Relationships affect our health, included we feel good while involuntary loneliness affects us negatively. Loneliness is a well-known concept, but there are few studies on the psychodynamic oriented psychotherapy work with involuntarily lonely patients.

Aim and questions: The study aims to investigate psychodynamic oriented psychotherapists' experiences of working with involuntarily lonely patients. How do psychodynamic oriented psychotherapists describe the work with involuntarily lonely patients, what is helpful and what can be difficult is the question.

Method: Seven psychodynamic oriented psychotherapists have been interviewed with the help of semi-structured interviews both individually and in the form of a focus interview. Processing and analysis of the material was done using thematic analysis.

Results: The respondents described that it was difficult to help the patients who could not or did not want to change, and it could also be the case that the individual psychotherapist was not the best person to be able to help. When it was possible to help, the patient was able to integrate the relational into the therapy process. The psychotherapist then also managed to allow himself to be touched, endure and keep boundaries in the therapy room.

Discussion: The results are discussed on the basis of difficulties in establishing contact with those who have not taken the initiative themselves, in succeeding in getting young patients to stay in therapy and in gaining a grip on the patients who lacked interest and ability to express their loneliness. For the therapist, it could be difficult to bear the patient's vulnerability and sometimes the therapist was not the right person to help. The patients who went to help were able to use the therapy relationship as an exercise object and a model for relationship. Important in the work for the therapists was to understand their own loneliness, let themselves be touched, keep the frame, contain and take their own support in colleagues. Risks in the work were consequences of breaking the framework and not being able to contain.

Keywords: Loneliness, aloneness, psychotherapy, psychotherapist's experiences, psychodynamic.

1 Inledning

Ensamhet har en negativ inverkan på vår hälsa. Masi, Chen, Hawkley & Cacioppo (2011) belyser i sin metastudie att sociala och demografiska rörelser medfört ett ökande antal vuxna i riskzon för ensamhet. Ensamhet visade sig vara en riskfaktor för fysisk och psykisk ohälsa och kunde bland annat leda till depression och låg självkänsla. Studien visar samtidigt att den faktiska ensamheten kan undvikas genom socialt samspel. Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted (2006) visar på ett samband mellan ensamhet och depressiva symtom. Enligt Strang (2014) påverkar våra relationer vår hälsa. Får vi rangordna det som är viktigast för oss i livet så placerar vi kärlek, vänskap och relationer överst. Känner vi oss inkluderade och våra relationer fungerar mår vi bra. Ofrivillig ensamhet har negativ påverkan på vår hälsa, med exempelvis ångest och nedstämdhet som följd.

Det övergripande syftet med denna studie är att undersöka vilka erfarenheter psykodynamiskt orienterade psykoterapeuter upplever i arbetet med patienter som lever i ofrivillig ensamhet.

2 Bakgrund

2.1 Teori

Utan eller med lite kärlek upplever vi en känsla av tomhet ofta kännetecknad av aloneness, loneliness eller isolering. Aloneness är ett existentiellt erkännande, en grundläggande upplevelse av att vara ensam i den här världen och kan kännas både skrämmande och stimulerande beroende på person och sammanhang. Loneliness är ett emotionellt tillstånd av att vara övergiven eller lämnad när man inte vill det och uppfattas oftast negativt, smärtsamt och är förknippat med känslan att vara sviken, övergiven eller utestängd mot sin vilja.

Isolering beskriver en faktisk situation av att vara socialt ensam och kan vara självvalt eller påtvingat (Jacobsen, 2007). Isolering är också ett försvar som används för att avvärja hotfulla medvetna och omedvetna känslor. Håller vi tillbaka våra känslor känner vi oss isolerade från oss själva, ensamma och inte känslomässigt sammankopplade med andra. Ensamhet är ett försvar mot känslomässig närhet (Frederickson, 2013).

Enligt Yalom (1980) är isolering välbekant i psykoterapi och psykoterapeuter möter detta på ett interpersonellt-, intrapersonellt och existentiellt plan. Interpersonell isolering kan betraktas som loneliness, att vara ofrivilligt ensam och övergiven i relation till andra. Anledningen kan vara brist på social förmåga eller en personlighet som hindrar sociala samspel. Intrapersonell isolering är en process där man fragmenterar psykets helhet, sina tankar och handlingar och

kan resultera i att man tvivlar på sin egen bedömning och förmåga. Egna önskningar och känslor åsidosätts, istället accepteras vad man måste eller borde som om det var ens egna önskningar. Yalom menar att det finns en oöverbryggbar klyfta mellan oss själva och andra, vilket betyder att hur goda relationer vi än har så är vi alla i grunden ensamma – existentiellt isolerade (likt aloneness). Klarar vi inte att acceptera den begränsningen finns risk att relationsmönstren blir symbiotiska, neurotiska eller beroende. Om begränsningen medvetandegörs ges möjlighet att relatera på en djupare nivå.

Olika slags ensamhet

För att förstå och skilja på olika former av ensamhet gjorde Weiss (1974) en övergripande distinktion mellan emotionell isolering där man saknar en intim relation och social isolering där det sociala nätverket är tunt med få släktingar, vänner och kollegor. Brülde & Fors (2015) lyfter ytterligare en skillnad, den mellan situationsbetingad ensamhet som beror på en tydlig yttre kortvarig orsak och kronisk ensamhet vilken kan ses som ett varaktigt psykologiskt problem. En än viktigare distinktion är den mellan att vara ensam i en objektiv mening eller subjektiv ensamhet, det vill säga att *känna* sig ensam.

Objektiv ensamhet är ett bristillstånd av socialt umgänge och kan vara övergripande eller tillfällig, både självvald eller inte, emotionell eller social beroende på vilka relationer man har brist på. Subjektiv ensamhet är ofta plågsam och upplevelsen är att man inte får den kontakt man önskar. Man kan känna sig känslomässigt ensam för att man saknar en kärleksrelation eller nära vän, eller socialt ensam för att man för tillfället inte har någon att umgås med. Att inte ha ett socialt stöd när man behöver är plågsamt. Brist på kontakt med andra medför brist på att känna sig bekräftad, omtyckt, behövd. Existentiell ensamhet är ytterligare en slags ensamhetskänsla. Upplevelsen är att det inte finns någon som kan förstå eller lyssna till de problem eller svårigheter man har (Brülde, 2007; Brülde & Fors, 2015).

Kronisk subjektiv ensamhet kan bero på olika typer av objektiv ensamhet, exempelvis att man lever ensam och tillbringar stor del av sin tid med sig själv. Även individuella behov av social kontakt och en sårbarhet för brist på kontakt betydelse, exempelvis från uppväxtmiljön. Den med kronisk ensamhetsproblematik har en tendens att vilja dölja det, vilket kan göra problemet värre eller så undviks sociala sammanhang. För att skydda sig själv från besvikelse kan den som känner sig ensam antingen stöta bort andra genom att vara för krävande eller distansera sig (Brülde & Fors, 2015; Cacioppo, J. T. & Patrick, W., 2008).

Uppväxtmiljö – inre värld – förmågan att bära sig själv

I anknytningsprocessen utvecklar barnet i samspel med föräldern efter hand mentala representationer så kallade ömsesidiga inre arbetsmodeller. Dessa blir en del av personlighetsutvecklingen och påverkar förhållandet till andra, en själv och förmågan att komma andra nära (Wennerberg, 2010; Broberg, Risholm Mothander, Granqvist, & Ivarsson, 2008). Objektrelationsteorin förklarar det tidiga relationsskapandet som att barnet formar inre bilder av sig själv och omvärlden i mötet med andra, så kallade omedvetna och medvetna själv- och objektrepresentationer. Konflikterna mellan de omedvetna representationerna bedöms vara avgörande för tänkande, handlingar, psykisk hälsa, övergripande funktionsnivå och det sociala livet (Sigrell, 2000). Denna inre värld av relationer representeras av vad Melanie Klein kallade inre objekt, en mental och emotionell bild av exempelvis föräldern, som har tagits in i det egna jaget. Goda inre objekt främjar välbefinnande och tillit (Bott Spillius, Milton, Garvey, Couve, Steiner, 2011). Bions begrepp container/contained (härbärgerare/härbärgerad) är en utveckling av Kleins begrepp projektiv identifikation. Bion drar en parallell mellan situationen mor-barn och situationen analytiker-analysand och menar att modern likt analytikern genom den projektiva identifikationen aktivt tar emot spädbarnets okontrollerbara ångesttillstånd och känslor, bearbetar dem och sedan lämnar tillbaka dem i uthärdlig form. Samspelet skapar en inre bild av en härbärgerande moder som ett gott inre objekt (Sigrell, 2000; Bott Spillius et al., 2011).

Quinodoz (1996) begrepp portance syftar på den egna bärkraften hos de internaliserade objekten, ett oberoende från objekten och förmågan att bära sig själv. Förmågan att vara ensam handlar enligt Winnicott (1993) om att det finns ett gott inre objekt i individens psykiska verklighet och att relationen till de inre objekten, tilliten till de inre relationerna, ger en livstrygghet även i frånvaro av ett yttre objekt. Inre objekt kan ha inflytande på känslor, tankar och perception och i jaget vara representerade i form av språk, drömmar och fantasier (Bott Spillius et al., 2011). Winnicott (Sigrell, 2000) använder begreppet holding (hållande) för att illustrera samspelet mellan mor och barn vilket handlar om förälderns förmåga att ge barnet omsorg på ett sådant sätt att barnet hålls samman psykiskt. Den grundläggande erfarenheten av förmågan att vara ensam erfars genom att barnet successivt introducerar den jagstödande modern.

Quinodoz (1996) betonar betydelsen av känslan av ensamhet för integrationen i det psykiska livet hos både patienten och terapeuten. Påverkan är komplex och olika nivåer av ångest kan bearbetas i överföringsrelationen. I en terapisituation åskådliggör han en sekvens där en patient genom projektiv identifikation för över outhärdliga separationskänslor på terapeuten som i motöverföringen upplever dem som sina egna. Terapeutens arbete är att skilja ut sina egna känslor för ensamheten från patientens känslor. När terapeuten lyckas göra detta kan tolkning ske. För att göra detta är det viktigt att terapeuten förvärvat en väl utvecklad känsla för ensamhet själv.

Buechler (1998) menar att viss ensamhet i terapin kan vara en användbar aspekt i terapi medan en för intensivt upplevd ensamhet kan vara destruktiv. Får patienten möjlighet att fritt utforska det egna förhållandet av relaterande och ensamhet och hantera de sorger som följer ensamhet är det användbart. Däremot kan ensamheten upplevas destruktiv om en del av patientens ensamhet i behandlingen beror på att terapeuten orsakar patientens upplevelse av ensamhet pga egna svårigheter att hantera ensamhet i terapin. Buechler kopplar till Winnicotts tankar om förmågan att vara ensam. Den hållande terapimiljön imiterar denna barndomssituation och kan kompensera den om den varit bristfällig. Om terapeuten erbjuder närhet utan intrång kan en optimal nivå av ensamhet erbjudas i terapin och den erfarenheten kan bidra till patientens växande förmåga att vara ensam. Ami Rokach (2018) betonar att terapeuter behöver hantera ensamma patienters faktiska avskurenhet till familj och samhälle. Terapirelationen kan fungera som ett exempel för tillhörande och kan sedan fungera som en modell för vad som kan skapas som värdefullt i den yttre världen, speciellt för de patienter som har svårt att knyta an till andra. Terapirelationens utforskande av patientens inre jag medför en medvetenhet även i den yttre världen. För att kunna utforska exempelvis patientens ensamhet behöver den terapeutiska relationen vara stödjande och stärkande. Viktigt är att hjälpa patienten att möta sin ensamhet och förstå vad som ligger bakom den.

2.2 Tidigare forskning

Det finns gott om studier och mycket skrivet om ensamhet som en problematik kopplad till vår fysiska och psykiska ohälsa, till ohälsosam livsstil, depressiva symtom och till hur våra relationer ser ut. Få studier finns kring ensamhet och psykoterapi, däremot enstaka vetenskapliga undersökningar om ensamhet och dess konsekvenser för individ mer generellt som varit användbara för den här studien.

Sökord: psykoterapi, psychotherapy, ensamhet, loneliness, aloneness.

Databaser: PsycNet, Diva, ResearchGate, PEP, PubMed och google.

Tidigare studier om orsaker till och konsekvenser av ensamhet

Studien Ensamheten i Sverige 1985-2008 (Tornstam, 2010) visar på olika typer av ensamhet så som positiv självvald ensamhet och negativ ensamhet där orsakerna kunde vara, alienation, att vara avvikande, påtvingat umgänge eller inget intresse av andra och avsaknad av nära relationer. Personer som upplevde starkare känslor av ensamhet i vuxen ålder hade som barn haft en otrygg anknytning, svårt med vänner och senare i livet även svårt att etablera relation med en partner. I studien Den svenska ensamheten: om hur olika former av ensamhet påverkar vårt välbefinnande (Brülde & Fors, 2015) undersöktes vilka effekter olika former av ensamhet hade på vårt välbefinnande och varför ensamheten hade dessa effekter. Social ensamhet betraktas ha flest negativa effekter på en individs välbefinnande och det finns en koppling mellan ensamhet och personlighetsdrag som emotionell instabilitet, impulsivitet och inåtvändhet. Bogaerts, Vanheule & Desmet (2006) belyser i sin studie skillnaden mellan reell ensamhet och upplevd ensamhet, kopplat till bristen på tillgång av sociala verktyg i relation till anknytningsrelationen. Ju sämre anknytningsrelationen var mellan föräldrar och barn ju sämre var barnens förmåga att knyta an till andra personer. Det är ett mänskligt behov att etablera nära och långvariga, känslomässiga relationer till andra för att känna sig tillräckligt trygg för att utforska världen.

Tidigare forskning om terapier med den ensamme

Milton Viederman (2016) presenterar en ram för kort och intensiv psykoterapi, vilken kan användas vid behandling av individer i kris som manifesteras av bland annat känslor av depression, ångest, ilska, isolering och ensamhet. I terapin använder man en teknik för att utveckla en välvillig överföring för att lindra symtomen och för att hjälpa patienten nå insikt. I en annan artikel beskriver Viederman (2008) en psykodynamisk modell av stödjande terapi där man har målet att vara med patienten mer än att agera på patienten. Patientens upplevelse av ensamhet i samband med en kris skall på det viset dämpas.

3 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka vilka erfarenheter psykodynamiskt orienterade psykoterapeuter har av att bedriva terapi med patienter som lider av ofrivillig ensamhet. Frågeställningen är: Hur beskriver psykodynamiskt orienterade psykoterapeuter upplevelser av arbetet med ofrivilligt ensamma patienter, vad är till hjälp i arbetet och vad kan vara svårt i relation till patienten.

4 Metod

4.1 Undersökningsdeltagare

För studien genomfördes intervjuer med legitimerade psykodynamiskt orienterade psykoterapeuter verksamma på privata psykoterapimottagningar. Kriterierna för att delta var att arbeta som psykoterapeut med psykodynamisk inriktning. Sammantaget har sju psykoterapeuter deltagit i studien, en man och sex kvinnor. Tre av deltagarna svarade på den förfrågan (Bilaga 1) som skickades ut via e-post till sex olika psykoterapimottagningar i Göteborgsområdet. Ytterligare fyra deltagare tillfrågades personligen efter kännedom via studier och eget arbete på psykoterapimottagning. Utöver deltagandet för studien fanns ingen privat eller professionell relation till varandra eller studiens författare. Deltagarna var från medelålder upp till pensionsålder och hade varit verksamma som psykoterapeuter mellan fem till trettiofem år. Deras arbetserfarenhet som psykoterapeuter var olika typer av sjukvård, barn- och ungdomsvård och arbete i Svenska kyrkan.

4.2 Datainsamlingsmetoder

Insamlingen av data hade ursprungligen en ansats att ske via fokusgruppsintervjuer. Dock visade det sig vara svårt att få ihop minst fem psykoterapeuter i en grupp därför består denna studie av dels: a) gruppintervju med tre personer, b) gemensam intervju med två personer och c) två enskilda intervjuer. Samtliga intervjuinsamlingar utgick från en och samma semistrukturerade intervjuguide. Här beskriv de olika datainsamlingarnas tillvägagångssätt.

a) Tre psykoterapeuter deltog tillsammans i en semistrukturerad gruppintervju som genomfördes på en av deltagarnas mottagning. Intervjun pågick under drygt en och en halv timma. b) Två av deltagarna intervjuades gemensamt vid ett tillfälle. Intervjun genomfördes under drygt en timma på en av deltagarnas mottagning. c) Övriga två deltagare intervjuades

individuellt vid olika tillfällen på respektive deltagares arbetsplats under nära en timma vardera.

All datainsamling ljudinspelades med mobiltelefon och transkriberades därefter löpande ordagrant. Samtliga intervjuer inleddes med en presentationsrunda följt av att studiens ämne introducerades. Deltagarna fick därefter frågan om de mindes någon ensam patient, detta för att fånga deras spontana associationer kring deras professionella erfarenheter (Wibeck, 2000). För att nå en fördjupad diskussion följde de enskilda intervjuerna och gruppintervjuerna sedan semistrukturerade frågeställningar på ämnet. Intervjun fortsatte därefter med stöd av frågeguiden (Bilaga 2) som var semistrukturerad med fem huvudområden så som patienten, terapituationen, terapeuten, summering/något att tillägga och avslutningsrunda. Frågeguiden innehöll också förslag på följdfrågor att använda vid behov. Under gruppintervjun gavs deltagarna utrymme att samtala fritt under respektive fråga som ställdes. Utrymmet fördelades någorlunda lika för var och en av deltagare i gruppen.

4.3 Bearbetningsmetoder

Studiens utgångspunkt var att undersöka psykoterapeuters erfarenheter av arbete med ofrivilligt ensamma patienter och det transkriberade materialet analyserades med hjälp av en induktiv tematisk analys. Metoden är en kvalitativ analysmetod som innebär att materialet analyseras bottom-up, det vill säga, att analysen inte är teoristyrd utan utgår ifrån intervjumaterialet i sig (Langemar, 2008., Braun & Clarke, 2006). Transkripten resulterade i 25 sidor för gruppen om tre, 17 sidor för de två deltagarna och drygt nio sidor vardera för de individuella intervjuerna. För att få en bild av och ett grepp om materialet lästes transkripten enskilt i sin helhet ingående flertalet gånger. Data ströks under och kodades övergripande och grupperades sedan utifrån vad respondenterna upplevde var svårt i mötet med patienten, vad som var hjälpsamt i mötet, olika drag den ensamme patienten hade och vad som kunde gå fel i arbetet. För att trots de olika datainsamlingsmetoderna kunna använda och bearbeta materialet utifrån samma sätt så bestämdes i samråd med handledare att även i bearbetningsprocessen med gruppens datamaterial behandla transkripten utifrån deras individuella svar, dvs varje deltagares svar har stått för sig självt och utifrån det har det som framstått som meningsbärande, kategoriserats och kodats. Detta för att det trots olikheterna i insamlingskontexten ändå försöka få så lika bearbetning som möjligt. Kort sagt så bearbetades alla intervjusvar utifrån samma utgångspunkt. Koderna diskuterades med handledaren och

tillsammans sorterades sedan koderna in i sju underteman. Dessa underteman sorterades därefter in i tre huvudteman: Svårigheter, Möjligheter, Risker. För att säkerställa strukturen och fånga essensen av hela materialet granskades teman och underteman i relation till helheten. Citat som beskrev essensen av det som respondenterna berättade om valdes slutligen ut. Mindre språkliga ändringar har gjorts i citaten för att underlätta läsningen.

4.4 Genomförande

Intervjuerna genomfördes under mitten av mars till mitten av april 2019. Samtliga intervjuer genomfördes på respondenternas respektive arbetsplatser. Respondenterna gavs muntligen information om att det var frivilligt att delta i studien och att de när som helst, utan att förklara varför, kunde välja att avbryta sin medverkan. Intervjuerna transkriberades och materialet lästes därefter igenom, kodades och analyserades.

5 Forskningsetiska frågeställningar

Studien är genomförd inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå. Vetenskapliga arbeten som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller avancerad nivå omfattas inte av Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.

Deltagarna har informerats om att studien har följt Vetenskapsrådets rekommendationer om Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning och god forskningssed (Vetenskapsrådet, 2017). Fyra allmänna huvudkrav efterföljs.

Informationskravet som innebär att deltagarna har informerats om studiens syfte, samtyckeskravet innebärande att deltagarna har upplysts om att de själva bestämmer kring sin medverkan, konfidentialitetskravet dvs att deltagarnas identitet inte röjs i studien och slutligen nyttjandekravet alltså att deltagarnas uppgifter endast får användas för forskning. (Bilaga 1)

6 Resultat

I analysen framkom vad som var svårigheter och möjligheter i terapeutrollen med ensamma patienter, dessa patienters förmåga att ta till sig terapin och vilka risker det finns i arbetet med ensamma patienter. Resultaten är strukturerade med fokus på hur respondenterna/terapeuterna beskriver sig själva och patienten och risker som terapeuten behöver beakta i arbetet, enligt följande: (1) Svårigheter, (2) Möjligheter, (3) Risker. Tabell 1 visar en översikt av de huvud- och underteman som framkommit i analysen av materialet.

Tabell 1. Huvud- och underteman.

Huvudtema	Undertema
Svårigheter	<i>Patientens motstånd</i> <i>Terapeutens motstånd</i>
Möjligheter	<i>Patientens relaterande- och härbärgerande processer</i> <i>Terapeutens härbärgerande relationsprocesser</i>
Risker	<i>Gränser</i> <i>Ramfrågor</i> <i>Motöverföringsprocesser</i>

6.1 Svårigheter

Respondenterna beskrev olika typer av svårigheter hos ensamma patienter som försvårade för dem att förändras i psykoterapi och därigenom bryta sin ensamhet, men också sådant som var försvårande utifrån deras egen möjlighet att hjälpa.

Patientens motstånd

Respondenterna beskrev att det ibland var svårt att etablera kontakt med patienten och ett skäl kunde vara att det inte var patienten själv som tagit initiativet att söka kontakt utan någon närstående. Respondenterna tog upp att unga vuxna kunde ha svårt att stanna kvar och gärna ville ha en för snabb förståelse med konkreta verktyg. Dessa patienter hade inte fått lära sig att vara ensamma med sig själva, utan kunde endast uppnå tröst genom närvaro av någon annan. Svårigheten låg i att terapeuten inte gavs tid att arbeta med patienten.

Det kräver ju tid, tänker jag. Man ska nåstans förstå eller ta till sig att här finns modern eller den hållande eller närvaron och jag tänker på barnet och det här gummibandet som går ut och in och tankar /.../ [Man måste] våga gå ut och upptäcka och komma tillbaka och tanka och få tröst.

I avsaknad av den stabiliteten och av det internaliserade inre objektet beskrevs patienten ha flyktiga kontakter, vilket fick dem att uppleva ensamhet och tomhet. Även terapeuten användes som en flyktig kontakt, vilket försvårade terapiarbetet.

Men, det kan jag uppleva att människor kommer då och så irrar de sig ut igen liksom när de inte direkt får det där. Det tar ju lite tid att etablera en relation.

Respondenterna beskrev att många patienter var ovana till att lyssna in sig själva, de upplevdes vara okända för sig själva och saknade språk för sitt inre liv. Vissa patienter

saknade den reflektionsförmågan som krävdes eller intresset för sig själv och klarade inte att ställa sig själva frågan om varför de var ensamma.

Alltså jag tänker det här att var ensam /.../ Det är förknippat med frågeställningen varför jag är ensam, vad gör jag fel, hur gör de andra, hur är jag, vilka passar jag med, vad har jag för sidor i mig som går ihop, men de här fallen som jag berättar om där finns det på nåt sätt inte det här grubberiet.

En respondent beskrev en svårighet med patienter som är slutna i sig själva, ovilliga att prata om sig själva, som inte upplever relaterande som något exklusivt. Patienterna beskrivs som rädda för beroende, intrång och att blotta sig. Följden av möte med sådana patienter kunde bli en för stor skillnad i hur terapirelationen betraktades från terapeutens roll och från patientens.

Så för mig, min upplevelse av det är att: vi har ingen kontakt och för henne är det för mycket.

Respondenterna gav uttryck för att vissa patienter hade ett motstånd till att förändras och utvecklas. En del patienter beskrevs som sökande en social samvaro i terapin i brist på någon annan. Flera respondenter beskrev hur en sådan problematik kunde leda till att patienten inte ville förändras, eftersom förändring kunde leda till att terapin avslutades.

Men det blir inte så och man kan nästan ana ett slags motstånd emot det därför att det skulle ju leda till att terapin tog slut va. Att det finns ett motstånd mot utveckling på det viset liksom därför att det här är så härligt liksom.

Terapeutens motstånd

I möten med patienter som inte riktigt fungerade och som inte utvecklade sig till någon längre kontakt, reflekterade en respondent kring om misslyckandet kunde bero på att hennes förmåga att leva sig in i den ensamma patientens problem var begränsad.

Det betyder nog hemskt mycket, tror jag, att man känner sig förstådd.

Framför allt i ungdomsterapier beskrev respondenterna känslan av att ibland själva bli lämnade ensamma innan de hade hunnit hjälpa patienten.

Så många fler gånger jag kände det: Vi är inte riktigt klara än, vänta, vänta, vänta, jag vill träffa dig lite till liksom.

En respondent beskrev att matchning mellan patient och terapeut var viktig. Hon beskrev också att det tålmod och den uthållighet hon kunde använda sig av tidigare i relation till ensamma patienter inte fanns kvar på samma sätt idag och att det därför kunde vara svårt att uppbåda engagemang för patientens svårigheter.

Jag tror att du kommer att bli förvånad över att min syn på de här patienterna, så som jag har upplevt dem, beskrivit för dig, att jag faktiskt inte har så jättemycket förståelse för deras svårigheter.

En respondent beskrev att hon kunde känna sig ”ganska oladdad” i relation till en del patienter med ensamhetsproblematik. Insikten om att riskera en negativ erfarenhet för båda medförde att hon då hänvisade patienten vidare om hon märkte att det inte fungerade.

6.2 Möjligheter

Respondenterna lyckades hjälpa patienter som klarade av att förändras. Patienterna kunde använda det relationella i terapin för att öppna för ett annat tänkande och en större självacceptans. De klarade av att göra terapeuten till ett övningsobjekt där terapirelationen fungerade som en modell för relation utanför terapirummet. I gynnsamma terapier lät terapeuten sig själv laddas och beröras, klarade att hålla och härbärgera, men också sätta gränser och hålla ramen för att kunna uppnå en hjälpande relation. För att klara det betonades stöd från kollegor, eget engagemang och förmåga att kunna leva sig in i patientens problem.

Patientens relaterande- och härbärgerande processer

Respondenterna beskrev att ett första steg mot att ta emot hjälp börjar med att patienten själv söker terapi. Att söka terapi är att söka en annan människa och redan där har patienten tagit första steget mot relation. En respondent berättade om en patient som gått hos honom länge och som fortfarande var ensam, men som lyckats integrera terapirelationen och därför trots den faktiska ensamheten ändå upplevde sig som mindre ensam.

Hon har byggt upp ett inre liksom, ett eget inre objekt och utvecklat en lite större förmåga att vara ensam. Även om man är ensam, så att stå ut nånstans, att kunna vara med sig själv och sin inre värld.

Respondenterna beskrev att de patienter som kunde tillgodogöra sig det relationella i terapiprocessen och använda det som en modell och övningsobjekt öppnade för ett nytt tänkande, ökade förståelsen om sig själva och därigenom hade lättare att tycka om sig själva. Det öppna samtalet om patientens ensamhet beskrevs som att patienten kunde känna sig mindre ensam för att hen fått pratat om det med någon annan. Att få berätta om det smärtsamma, kunde enligt respondenterna minska patientens känsla av skam.

Skam är ju typiskt en sån känsla att när den blir sagd, när det blir sagt så blir den ju mindre det är ju just det, det är ju så hemskt att känna skam. Men det tror jag, att ensamhet känns skamfyllt. Liksom bita huvudet av skammen, säger man ju. Att gå i terapi, att överhuvudtaget börja prata om, det är ju att bita huvudet av skammen mycket.

Respondenterna betonade att arbetet med den ensamme handlar om relation. Terapirelationen erbjöd patienten möjlighet att dela med sig av sig själv till en annan, att se och förstå egna mönster och därför kunde terapin fungera som en modell eller ett träningsobjekt för relation.

Då blir ju det min uppgift att varsamt, försiktigt formulera "kan det vara så att det du gör nu med mig när du är så arg på mig, så gör du därute med de andra också? /.../ som gör att du inte har någon kvar?" Men, då hade vi jobbat länge innan jag kunde säga det och hon var rasande, men hon fortsatte komma. Och så gången efter sa hon "du hade helt rätt, men det gör så ont att höra det".

Respondenterna beskrev relationens betydelse i terapirummet som en väg för patienten att lösa tidigare svårigheter med separation och individuation och öka en förståelse för vem man är. Respondenterna använde terapin som modell för att väcka en nyfikenhet och ett intresse för andra, potentiellt goda yttre objekt, som fanns i närheten. Patienten uppmuntrades att använda det som hände i terapirummet i andra situationer och att aktivt söka andra relationer.

Det kan jag nämna också att nu har ju du och jag en relation här, så kan du gå ut och pröva det som du gjorde här, du och jag tillsammans nu, som nåt sorts fält att öva på.

För de patienter som upplevde sig ensamma trots närvaron av andra i sitt liv, kunde den relation som uppstod i terapin istället leda till fördjupade relationer utanför terapirummet. En respondent illustrerade detta genom att återge en patients ord:

[Hon sa] "när livet blir svårt så har jag människor som jag kan vända mig till nu på ett helt annat sätt och ta plats hos andra och jag kan faktiskt prata om det som är jobbigt eller svårt."

Terapeutens härbärgerande relationsprocesser

Respondenterna framhöll att det var viktigt att hitta sin egen ensamhet för att förstå någon annans. Värdefulla egenskaper som betonades för att uppnå detta var förmåga att knyta an till och att låta sig laddas av patienten. Respondenterna beskrev vikten av att tillåta sig att känna, och situationer då både de själva och patienten blivit känslomässigt berörda. En respondent beskrev ett sådant avgörande ögonblick.

Hennes berättelse var så hemsk så att jag fick tårar i ögonen då kunde hon börja tina lite /.../ det finns ju skäl att inte känna nånting. För så ont som det måste gjort och fortfarande gör. Men det går att förhålla sig till det på annat sätt. Jag tolkar det som att hon kunde ladda mig. /.../ Hon kunde ladda mig med all sin förtvivlan så jag blev berörd. Det fäster ju på mina erfarenheter, mitt personliga inre liv kunde det fästa på.

Respondenterna beskrev psykoterapi som hållande och härbärgerande där terapeuten förväntas kunna stå ut både i vad som väcks i överföringsrelationen och i vad som väcks inom terapeuten själv i mötet med den ensamme patienten. De beskrev vikten av att kunna ta emot,

lugna eller bara finnas där, att uthärda smärtan och vikten av att som terapeut vara i den och inte tro att man ska kunna lösa patientens problem med en gång.

Ja, alltså jag känner att jag får jobba mycket med min motöverföring och försöka tänka: Vad står det här för? Den här inre handledaren liksom som man får ha i sig.

Respondenterna framhöll ramarna som en trygghet för de själva i processen. Ramarna möjliggör tänkande. En respondent drog en parallell mellan ensamhet till den kärleken som finns i psykoterapi och beskrev att terapi handlar om att avstå och hålla ramarna. Ramarna beskrevs som en hjälp för terapeuten att kunna uthärda och vara med patienten i det svåra utan att behöva mildra och trösta. För att orka i mötet med den ensamme patienten betonades behovet av stöd för dem själva och vikten av att kunna prata med kollegor.

För mig är det såhär att när jag blir överväldigad av nånting så har jag kollegor runtomkring mig så jag kan få hjälp med det liksom.

Vid avslut med den ensamme patienten hade respondenterna tankar om att det ofta fanns en än djupare känsla av att hoppas att patienten hade fått något med sig från terapin som bar, att patienten nu klarade att härbärgera sin egen ensamhet.

Man hoppas ju att den personen har internaliserat en i sig liksom. Hållandet, att det, att det är det man får sätta sin tillit till nånstans och att terapin avslutas ju inte, det gör den ju aldrig, inget konkret avslut.

6.3 Risker

I sin vilja att finnas för patienten beskrev respondenterna en risk att gå utanför ramen, bli för handlingsinriktad och att inte lova patienten något en terapirelation inte kan hålla. En risk att överge patienten i sin ensamhet beskrevs om terapeuten inte förstod sin roll, tappade ramarna eller inte klarade av att stanna i bristen och uthärda patientens smärta. Viktigt var att hålla koll på sina egna behov för att inte riskera att använda patienten för att fylla sin egen ensamhet.

Gränser

Respondenterna beskrev att det med ensamma patienter kunde förekomma att man undersökte patientens sociala nätverk och vad som skulle kunna uppmuntra patienten att göra aktiviteter för att bryta sin ensamhet. För att kunna undersöka och uppmuntra till detta betonades vikten av att som terapeut eftersträva balans och att inte gå för långt så att man tappade patientens förtroende och äventyrade terapirelationen.

Jag har nog lyssnat in när jag tror att det kan vara läge att börja prata om det och jag vill inte hamna i den situationen att jag sitter som nån slags förslagsmaskin liksom utan det måste vara läge.

Två respondenter beskrev patienter som tenderade att försöka skyla över det som var jobbigt att hantera i sitt mående och att terapin då kunde vara till för att döva ensamheten eller rädda patienten från ensamheten. Terapeuten blev i sådana situationer mer någon som höll patienten uppe, men utan att det skedde någon egentlig förändring. Om terapin inte ledde till att patienten blev bättre på att klara sin ensamhet, riskerade man som terapeut att lura patienten till att terapirelationen kunde ersätta andra relationer.

För det kan ju kännas, i varje fall för terapeuten, upplevas som man luras lite grann eller det blir en låtsasrelation att man vet att den ska ta slut och att patienten har glömt det.

Respondenterna framhöll att om man mildrade och försökte lösa patientens problem med ensamhet för stunden istället för att tillsammans försöka orka förstå och dela ensamheten riskerade man att lämna patienten kvar med sin ensamhet.

För så fort man försöker mildra på nåt sätt genom...då blir den personen kvar med sin ensamhet egentligen.

Respondenterna betonade alla vikten av att inte ikläda sig en roll man inte kan uppfylla.

För agerar jag på något sätt som förälder då måste jag vara beredd att adoptera barnet också på nåt sätt. Jag kan liksom inte vara det nu för att det känns så trevligt för mig att hjälpa till och vara som en mamma och allting och sen så, ja men sen byter jag jobb, så kan jag ju inte göra.

Ramfrågor

I situationer med patienter som befann sig i djupaste ensamhet gav respondenterna uttryck för oro kring om patienten kunde skada sig själv. En respondent beskrev en överväldigande rädsla i en sådan situation.

Men då kan jag känna att jag sitter och tänker ska jag erbjuda att vi åker upp till psykakuten...

Känslan att vilja agera beskrevs av flera respondenter. I arbete med just ensamma patienter tycktes denna vilja bli än starkare eftersom patienten inte hade någon annan som kunde hjälpa. Respondenterna beskrev dock att dessa impulser att agera var viktiga att stå emot.

[Då tänkte jag] "kan jag ta kontakt med läkaren som kan skriva en remiss för att göra en bedömning, du måste få hjälp". (.../ Det kanske är det man gör, att man får vara vaksam på hur man blir (.../ för där är det ju en djup ensamhet märker jag hos henne. (.../ Att man i yrkesrollen därför blir en betydande person. Att man möter en sån hopplöshet och att man vill göra något.

Betydelsen av att hålla sig inom ramarna betonades och en respondent beskrev hur terapiyrket innehåller en njutning genom att man som terapeut får komma nära många människors berättelser och livsöden. Denna njutning kunde innebära en frestelse att bryta ramen och utnyttja sin position, i synnerhet om man arbetade ensam.

Det är ju därför det är så viktigt med ramarna för det finns en risk för utnyttjande på nåt sätt va. Så det är viktiga frågor, tycker jag. För det är klart att det innehåller det.

Som psykodynamisk terapeut underströks att det särskilt var viktigt att förstå sin roll och inte tro att terapirelationen kan vara ett substitut för patientens brist på andra relationer.

Respondenterna beskrev denna insikt som smärtsamt och betonade att man behöver kunna uthärda smärtan och vara i bristen istället för att frestas att agera på ett sätt som inte hjälper patienten. Trots detta beskrevs situationer när arbete med ensamma patienter ändå krävde ett rambrott, exempelvis kunde det vara att erbjuda sig att åka med till sjukvården eller kontakta sjukvården åt patienten, alternativt att erbjuda patienten att ringa terapeuten utöver överenskommen terapitid.

Motöverföringsprocesser

Respondenterna framhöll olika värden av att terapeuten behöver klara av att vara uppmärksam på sina egna behov i arbetet med ensamma patienter. En respondent beskrev en önskan om att vara god, snäll och en som fyller patientens ensamhet. Sådana egna behov beskrevs som personlighetsdrag som också fått respondenterna att välja sitt yrke. Respondenterna beskrev vikten av att vara uppmärksamma på dessa egna behov, för att inte hamna i en situation där patientens behov kom i skymundan. En respondent beskrev detta som en vaksamhet att inte ta betalt för kärlek istället för att erbjuda terapi. Flera respondenter beskrev också vikten av att känna igen sin egen ensamhet och att separera den från patientens erfarenheter.

Den här existentiella ensamheten som vi alla har. Ytterst är vi alltid ensamma och man blir ju aktualiserad eller konfronterad med det i det här arbetet just för att man möter det så tydligt. Man kan inte, jag kan inte fly det när jag möter det.

En respondent påpekade också risken att om terapeuten led av egen ensamhet fanns en risk att patienten kom att fungera som ett substitut för terapeutens egen brist på relationer.

Om man som terapeut inte har relationer själv och är väldigt ensam och lider utav det då är det kanske inte en lämplig patientgrupp att jobba med för det är väldigt lätt att de ersätter ens familj.

Några respondenter poängterade vikten av att inte låta sig lockas till att skapa en icke-terapeutisk relation genom att inte kunna avstå från att tillfredsställa sina egna behov. Detta beskrevs som något som på ytan kunde se ut som terapi, men egentligen var något annat. Denna risk beskrevs som en generell del av terapiyrket, men behovet av att vara vaksam på det beskrevs som än viktigare i arbete med ensamma patienter.

Berömma någon eller göra sånt där som man socialt skulle göra i samma situation, men som man som terapeut måste avstå ifrån därför att man förför någon till en annan relation. Där har man ett speciellt ansvar när det gäller ensamma personer, tycker jag.

7 Diskussion

7.1 Metoddiskussion

Studiens syfte och frågeställning var att undersöka psykodynamiskt orienterade psykoterapeuters erfarenheter av sitt arbete med ofrivilligt ensamma patienter. Intresse att fånga en specifik och individuell erfarenhet från fältet ligger till grund för studiens resultat, vilket gav anledning till att använda en kvalitativ metod. Kvalitativ metod handlar enligt Langemar (2008) om att ge en mer fullständig bild av relativa, komplexa och subjektiva ämnesfält som kan vara svåra att undersöka med kvantitativ metod. Då avsikten med studien var just att fånga djupgående, komplexa beskrivningar av upplevelser så valdes en kvalitativ undersökningsmetod.

Utifrån att fokusgrupper har den speciella styrkan att deltagarna uppmuntras till att dela med sig av sina erfarenheter och tankar och sedan sinsemellan jämföra dem (Wibeck, 2000) fanns en ambition att genomföra datainsamlingen i form av fokusgruppsintervjuer. Inom ramen för studiens genomförande visade det sig inte vara möjligt att samla mer än tre deltagare till ett och samma tillfälle. Datainsamlingen kompletterades därför med två semistrukturerade individuella intervjuer och en där två deltagare intervjuades samtidigt. Anledningen till att dessa två intervjuades ihop var att tiderna för intervjun var bokade med hopp om att samla fler deltagare vid det tillfället. Samtliga intervjuer genomfördes med stöd av samma frågeguide och struktur. För att säkerställa svaren på frågorna formulerades de uttryckligen med fokus på ensamma patienter och de ställdes på samma sätt vid samtliga intervjutillfällen. Genom detta bedöms studiens datainsamlingsmetod ha påverkat resultatet i minsta möjliga utsträckning. Genom att frågorna formulerades med avsikten att få svar på erfarenheter av arbete med ensamma patienter har alla individuella svar kunnat jämföras med varje enskild fråga. På så vis har studiens ansats att fånga terapeuternas erfarenhet av arbete med ensamma patienter bidragit till att stärka validiteten.

Samtalet i gruppen var av karaktären samförstånd, man bekräftade varandra, vilket kan ha förstärkts av att det var ovanligt och givande att få träffa andra terapeuter på det sättet.

Deltagarna i gruppen uttryckte också att det var berikande att få en möjlighet att tillsammans

diskutera ämnet ensamhet ihop med andra yrkesverksamma kollegor. Gruppens positiva upplevelse av samtalet motsäger Wibecks (2000) tanke om att negativa spänningar inom gruppen kan uppstå, men följer tanken att samhörighet kan främjas. Gruppens positiva upplevelse kan också ha medfört att ett svar blev allas svar, alltså ett okritiskt förhållande till svaren på frågorna gruppdeltagarna emellan. I paret uppstod ett samtalande kring ämnet på ett liknande sätt som i gruppen, men ingen av dem uttryckte något specifikt kring att de möttes. Karaktären var mer ett utbytande av individuella erfarenheter. Vid båda dessa sammankomster upplevdes var och en ges stort utrymme. Svaren på frågorna upplevdes därmed övervägande individuella, å andra sidan kan det inte uteslutas att deltagarna indirekt påverkat varandras svar mer än vad som uppfattats. I de individuella intervjuerna uteblev den samtalande karaktären och svaren blev av mer självreflekterande karaktär.

7.2 Resultatdiskussion

Studiens syfte och frågeställning var att undersöka hur psykodynamiskt orienterade psykoterapeuter beskriver arbetet med ofrivilligt ensamma patienter. Det som framkom i analysen av materialet var svårigheter för patienten i form av ett motstånd att förändras och utvecklas, ungas önskningar om snabba lösningar och patienter med bristande språk för att beskriva sitt inre liv. För terapeuten kunde det bli för tungt att bära patientens utsatthet i dennes ensamhet och svårt att få grepp om slutna patienter eller så var terapeuten inte rätt person att hjälpa. Möjligheter låg i det relationella. Terapeuterna lyckades hjälpa patienter som klarade av att använda terapirelationen till att förändras även utanför terapirummet. Gynnsamt för terapeuterna i arbetet var att låta sig beröras, hålla ramen, härbärgera och använda kollegor som stöd. Risker i arbetet var att överge patienten i sin ensamhet genom att inte uthärda patientens smärta, lova för mycket, gå utanför ramen, bli handlingsinriktad eller använda patienten för att hantera sin egen ensamhet.

Svårigheter

Terapeuterna kunde uppleva att det var svårt att etablera kontakt med patienter som inte själva hade tagit initiativet till terapi och unga vuxna som ville ha en för snabb förståelse. Masi et al. (2011) visar i sin studie att ensamhet kan undvikas genom socialt samspel. Söker patienten inte själv kan det tolkas som att patienten själv inte ser samspel som en väg till hjälp. Förmågan att samspela och komma någon annan nära kan kopplas till anknytningsprocessen

och grundläggandet inre arbetsmodeller (Broberg et al., 2008; Wennerberg, 2010). Även Bogaerts et al. (2006) framhåller anknytningsrelationens betydelse för förmågan för att knyta an till andra. Unga patienter kunde vara flyktiga i sina kontakter, vilket medförde en känsla av ensamhet och tomhet. Flyktigheten visade sig även i terapirelationen genom att patienterna undvek det sociala samspelet, kom och irrade sig ut igen utan att ge sig tid att etablera en relation, de valde s a s en isolering, en självvald ensamhet (Jacobsen, 2007). Att välja den typen av ensamhet kan tolkas som ett försvar (Frederickson, 2013) där man känslomässigt håller sig ifrån andra för att undvika hotfulla känslor. Terapeuterna tolkade detta som en oförmåga att vara ensamma med sig själva, avsaknad av inre hållande objekt och att tröst endast kunde uppnås i närvaro av en annan (Sigrell, 2000; Winnicott, 1993).

Social ensamhet (Brülde & Fors, 2015) är också kopplat till emotionell instabilitet, impulsivitet och inåtvändhet och kan på det viset förklara flyktigheten, och till vis del även de patienter som var slutna och avståndstagande. Terapeuterna upplevde att vissa patienter saknade intresse och reflektionsförmåga kring sig själva och inte uppfattade relaterande som något exklusivt. Detta kan vara ett uttryck för interpersonell isolering – en bristande social förmåga eller personlighet som står i vägen i det sociala samspelet med terapeuten (Yalom, 1980). Det kan förklara att en terapeut reagerade med att känna sig oladdad i relation till vissa patienter med ensamhetsproblematik. För terapeuten var det svårt att leva sig in i och nå engagemang för patientens svårigheter. I dessa fall hänvisade terapeuten patienten till någon annan. Ett annat sätt att se på detta är att terapeutens upplevelse och agerande byggde på en överföring i form av en projektiv identifikation (Bott Spillius et al, 2011).

Vissa patienter klarade inte att ställa sig frågan om varför de var ensamma. Terapeuterna uppfattade där en brist på språk och utveckling för ett inre liv (Bott Spillius et al, 2011), en ovana att lyssna in sig själva. Utifrån perspektivet existentiell ensamhet (Brülde, 2007; Brülde & Fors, 2015) kan upplevelsen vara att ingen finns som kan förstå eller lyssna till de svårigheter och problem man har. Rokach (2018) menar att det är viktigt att terapeuten hjälper patienten att möta sin ensamhet för att förstå vad det är som ligger bakom den.

För terapeuterna var en svårighet att det kunde bli för tungt att bära patientens utsatthet i dennes ensamhet. Detta skulle kunna tolkas som en överföringssituation i relation till begreppet subjektiv ensamhet (Brülde, 2007; Brülde & Fors, 2015), som innebär att man inte har någon, är känslomässigt ensam när man behöver någon, vilket är plågsamt.

Möjligheter

Respondenterna upplevde att det gick att hjälpa de patienter som de uppfattade använde terapin som en modell och som ett övningsobjekt för relation. I terapirelationen finns en möjlighet att kompensera för tidigare brister genom ett hållande som imiterar den barndomssituationen som Winnicott (1993) menar ökar förmågan att vara ensam. Där mamman tidigare har misslyckats kan terapeuten erbjuda ett gott inre objekt (Buechler, 1998). Respondenterna menade att terapirelationen gav patienten erfarenhet av en relation och den blev på så vis en hjälp till självhjälp. Samtidigt väckte terapirelationen patientens nyfikenhet på människor och ökade dessutom förmågan att kunna vara med sig själv och sin inre värld. Winnicott (Bott Spillius et al., 2011; Sigrell, 2000; Winnicott, 1993) beskriver det utifrån begreppet hållande och som illustreras i samspelet mor och barn, också det Klein beskriver som inre goda objekt som befrämjar välbefinnande och tillit (Bott Spillius et al, 2011). Sett utifrån Yaloms (1980) tankar om den oöverbryggbara klyftan mellan oss själva och andra kan patienten ges möjlighet att relatera på en djupare nivå om denna begränsning medvetandegörs. Rokach (2018) visar på terapirelationen som en modell för något värdefullt att använda sig av i den yttre världen. Den terapeutiska relationen bör på ett stödjande och stärkande sätt hjälpa patienten att förstå vad som ligger bakom ensamheten. För de patienter som upplevde sig som ensamma kunde relationen som uppstod i terapin leda till fördjupade relationer utanför terapirummet genom att terapeuten påtalade att de var två som hade en relation. För att kunna beröras och förstå patientens ensamhet framhöll respondenterna värdet av att förstå betydelsen av sin egen ensamhet. Även Quinodoz (1996) betonar vikten av att både patient och terapeut är bekant med känslan av ensamhet för att kunna integrera det psykiskt. Ångesten som kan visa sig utifrån ensamhetskänslor kan bearbetas i överföringsrelationen. Terapeuten behöver klara att skilja på patientens och sina egna känslor för ensamhet. För att uppnå det betonade respondenterna förmåga att knyta an till den andre och låta sig laddas av och känslomässigt beröras av patienten. Buechler (1998) lyfter den rådande tanken om att det finns en optimal nivå på ångest och ensamhet i terapisituationen. Det finns en risk att terapeuten orsakar patienten en upplevelse av ensamhet om terapeuten på grund av egna svårigheter med att hantera ensamhet brister i den terapeutiska alliansen. Psykoterapeutiska värden som hållande, härbärgerande, att ta emot, lugna framhölls som viktiga av respondenterna och för att göra det var ramarna en hjälp för terapeuten. På så sätt klarade terapeuten att uthärda och vara med patienten i det svåra utan att mildra och trösta.

Respondenterna hoppades att patienten genom terapins hållande och härbärgerande funktion lyckats internalisera terapeuten som ett gott inre objekt även efter terapin avslutats.

Risker

Risker som respondenterna beskrev var att som terapeut lova att stanna kvar och ikläda sig en roll man inte kunde leva upp till. Quinodoz (1996) lyfter den ångestladdade övergången från den totala omsorgen till den egna individualiteten, förmågan att bära sig själv.

Respondenterna menade att man behövde känna skillnad på vad som var egna behov och vad som var patientens, alltså inte agera som en förälder om man inte är beredd att adoptera barnet. Också en vaksamhet på att erbjuda terapi och inte ha ett eget behov som terapeut och som en respondent uttryckte det ta betalt för kärlek. Terapeutens arbete är att skilja ut sina egna känslor för ensamhet från patientens (Quinodoz, 1996). Respondenterna menade att terapeuten behövde klara att härbärgera sig själv, vara i bristen och inte bli för handlingsinriktad för att den ensamme patienten inte har någon annan. Terapirelationen fick inte bli en låtsasrelation i brist på andra relationer. Inte heller en icke-terapeutisk relation pga att terapeuten inte kunde avstå egna behov av relation. Dels ligger dessa tankar nära Jacobsens (2007) resonemang om att vara socialt ensam, men även Yaloms (1980) tankar om att i terapisituationen möta isolering på olika nivåer exempelvis genom en brist och personlighet som hindrar det sociala samspelet. Den existentiella ensamheten, att vi ytterst alltid är ensamma är något som respondenterna menar att de inte kan fly ifrån när de möter det i terapirummet. Som en avrundande kommentar kan man fundera över huruvida resultatet för studien visar på något som är specifikt för mötet med ensamma patienter eller om det i viss mån kanske kan gälla i mötet med de flesta patienter.

7.3 Förslag till fortsatt forskning

Ambitionen för denna studie var från början att genomföra datainsamlingen med hjälp av fokusgrupper bestående av psykodynamiskt orienterade psykoterapeuter. Genom den enskilda mindre fokusgrupp som studien fick del av uppmärksammades att det blir en utökad kunskapsinhämtning vid ett gemensamt gruppsamtal kring ett specifikt tema. Eftersom detta inom ramen för den här studien inte gick att fullt ut genomföra kvarstår fortsatt intresse.

Referensförteckning

- Bogaerts, S., Vanheule, S., & Desmet, M. (2006). Feelings of subjective emotional loneliness: an exploration of attachment. *Social behavior and personality*, 34(7), 797-812. DOI:10.2224/sbp.2006.34.7.797
- Bott Spillius, E., Milton, J., Garvey, P., Couve, C. and Steiner, D. (2011). *The New Dictionary of Kleinian Thought*. Routledge.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Broberg.,Risholm Mothander., Granqvist., Ivarsson. (2008). *Anknytning i praktiken: tillämpningar av anknytningsteorin*. Natur och Kultur. Stockholm.
- Brülde, B. (2007). *Lycka och lidande: Begrepp, metod, förklaring*. Lund: Studentlitteratur.
- Brülde, B & Fors, F. (2015). *Den svenska ensamheten: Om hur olika former av ensamhet påverkar vårt välbefinnande*. I Bergström, A, Johansson, B, Oscarsson, H & Oskarson M. (Red.). (2015). *Fragment* (s. 48-61). Göteborgs Universitet: SOM-institutet.
- Buechler, S. (1998). The analyst's experience of loneliness. *Contemporary Psychoanalysis*, 34(1), 91-113. DOI:10.1080/00107530.1998.10746350
- Cacioppo J., Hughes M., Waite L., Hawkley L., Thisted R. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*. 21(1), 140-51. DOI:10.1037/0882-7974.21.1.140
- Cacioppo, J. T. & Patrick, W., (2008). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. New York: W.W. Norton.
- Frederickson, J. 2013. *Co-Creating Change: Effective Dynamic Therapy Techniques*. Seven Leaves Press.
- Hylander, Ingrid. (1998; rev. 2001). *Fokusgrupper som kvalitativ datainsamlingsmetod*. Fograpport nr. 2. Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap.
- Jacobsen, B. (2007). *Invitation to Existential Psychology – A Psychology for the Unique Human Being and Its Applications in Therapy*. John Wiley & Sons.
- Langemar, Pia. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi. Att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.
- Masi, C., Chen, H-Y., Hawkley, L., Cacioppo, J. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266. DOI: 10.1177/1088868310377394
- Quinodoz, J-M. (1996). *Att tämja ensamheten – Separationsångest i psykoanalysen*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Quinodoz, J-M. (1996). The sense of solitude in the psychoanalytic encounter. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77, 96-481.
- Rokach, A. (2018). The psychotherapist, the client and loneliness: A mini review. *Emerging Science Journal*, 2(4), 165-169. DOI:10.28991/esj-2018-01140
- Sigrell, B. (2000). *Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Strang, P. (2014) *Att höra till - om ensamhet och gemenskap*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Tornstam, Lars. (2010). Ensamheten i Sverige 1985-2008. Uppsala: Sociologiska Institutionen. Hämtad 2019-06-09 från Uppsala universitetsbibliotek, <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:285794/FULLTEXT01.pdf>.
- Vetenskapsrådet. (2017). God forskningssed. Stockholm: Vetenskapsrådet.
<https://www.vr.se/>.
- Viederman, Milton. (2016). Psychodynamic intervention in crisis. *American Journal of Psychotherapy*, Vol. 70, No. 4, 393-412.
DOI:10.1176/appi.psychotherapy.2016.70.4.393
- Viederman, M. (2008). A model for interpretative supportive dynamic psychotherapy. *Psychiatry*, 71(4), 58-349. DOI:10.1521/psyc.2008.71.4.349
- Weiss, R. S. (1974). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. Cambridge: MIT Press.
- Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Wibeck, Victoria. (2000). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Studentlitteratur.
- Winnicott, D.W. (1993). *Den skapande impulsen*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Bilaga 1

2019-02-09

Forskningsdeltagare sökes!

Jag är student på Psykoterapiutbildningen vid S:t Lukas Ersta Sköndal Högskola Bräcke i Göteborg och jag söker nu deltagare för mitt examensarbete.

Mitt intresseområde för min studie är ensamhet kopplat till psykodynamisk psykoterapi. Syftet med studien är att undersöka på vilket sätt psykodynamisk psykoterapi kan hjälpa patienter som lider av ensamhet och på vilket sätt det kan vara svårt.

Jag söker psykodynamiskt orienterade legitimerade psykoterapeuter som vill delta i samtal i en fokusgrupp kring ensamhet.

Om du vill vara med så träffar jag gärna dig tillsammans med några andra psykoterapeuter där du och ni kan dela med er av era erfarenheter. För fokusgruppen behövs minst tre deltagare. Fokusgruppen beräknas ta cirka en och en halv timma och vi fikar under tiden.

Du bestämmer själv vad du vill prata om och hur mycket du vill berätta. Deltagandet är helt frivilligt och du har rätt att när som helst avbryta ditt deltagande utan att behöva förklara varför. All information behandlas konfidentiellt och materialet kommer att avidentifieras för att garantera att ingen deltagare går att känna igen.

Vill du dela med dig av dina erfarenheter?

Kontakta mig så berättar jag mer!

Hälsningar
Maria Lund

Telefon:

0730-927169 (sms går lika bra)

Mail:

mariagunita@gmail.com

Bilaga 2

Intervjufrågor

Presentationsrunda

Vad heter du, hur länge har du arbetat som terapeut? Kan du berätta om ett möte med en ensam patient som liksom har stannat kvar i dig.

Om patienten

- Vem är den ”typiskt” ensamme patienten?
- Finns det någon ”typisk” situation i vilken man möter den ensamme patienten?

Om terapisituationen

- Finns det någonting du har upplevt som svårt i att möta/behandla en ensam patient?
- Finns det någonting du upplevt är extra svårt för patienten i behandlingen?

Om terapeuten

- Finns det några teorier eller något terapeutiskt kunnande som du har upplevt som extra hjälpsamt i behandling av ensamma patienter?
- Finns det någon personlig egenskap hos dig som du har upplevt är extra viktig i behandling av ensamma patienter?

Summering

- Finns det någonting jag har glömt att fråga er som är viktigt för mig att förstå kring arbetet med ensamma patienter?

Avslutningsrunda

- Hur har det känts att sitta här och prata om det här idag?
- Vad är det ni tar med er från det här mötet? (”take-home-message”)

Följdfrågor

- Kan du ge exempel på det?
- Förstår jag dig rätt här?
- På vilket sätt?