



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

S:t Lukas utbildningsinstitut

Psykioterapeutprogram, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

Vårterminen 2021

**Psykodynamiska psykoterapeuters upplevelse av
terapier med patienter med dödlig sjukdom**

**Psychodynamic psychotherapists' experiences of
therapies with patients with fatal disease**

Författare:

Kristina Hammar

Handledare:

Lilian Pohlkamp



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Bakgrund	1
2.1	Teori och forskning.....	1
3	Syfte och frågeställningar	5
4.1	Undersökningsdeltagare	5
4.2	Datainsamlingsmetoder	6
4.3	Bearbetningsmetoder	6
4.4	Genomförande.....	6
5	Forskningsetiska frågeställningar	7
6	Resultat	7
6.1	Aspekter på känslomässiga upplevelser	8
6.2	Medresenären	9
6.3	Perspektiv på livet och döden	13
7	Diskussion	14
7.2	Resultatdiskussion	15
7.3	Konklusion	18
7.4	Förslag till fortsatt forskning	18
	Referensförteckning	18
	Bilaga 1 Information om studien	21
	Bilaga 2 Intervjuguide	22
	Bilaga 3 Samtyckesblankett	23

Sammanfattning

Inledning: Psykoterapisamtal kan vara till hjälp för att minska lidande när en människa drabbas av dödlig sjukdom. Terapier med patienter med dödlig sjukdom kan väcka starka känslomässiga reaktioner hos terapeuten. Forskning gjord inom det psykodynamiska fältet utgår övervägande från fallstudier, varför denna kvalitativa intervjustudie skulle kunna tillföra ytterligare kunskap om hur de känslomässiga upplevelserna beskrivs av psykodynamiska terapeuter. Syftet med studien var att undersöka den psykodynamiska psykoterapeutens upplevelse av terapisaamtal med patienter som drabbats av dödlig sjukdom, för att skapa en förståelse för de känslomässiga reaktionerna hos terapeuten.

Frågeställningar: Hur beskriver psykoterapeuten de känslomässiga upplevelserna i det terapeutiska samtalet med patienter med dödlig sjukdom?
Vad upplever den psykodynamiska psykoterapeuten är betydelsefullt i samtalen med patienter med dödlig sjukdom?

Metod: En semistrukturerad kvalitativ intervjustudie av fem legitimerade psykodynamiska psykoterapeuter med erfarenhet av terapier med patienter med dödlig sjukdom. Materialet bearbetades med hjälp av tematisk analys.

Resultat: Studien visar att terapisaamtal med patienter med döende patienter väcker starka känslomässiga reaktioner hos terapeuten där känslor av hjälplöshet var framträdande. Terapeutens hantering av de starka känslomässiga reaktionerna och relationen till sin egen dödlighet inverkade på hur terapeuten påverkades av samtalen. I en nära och känslomässig relation och med en flexibel terapeutisk ram kunde terapeuten möta patientens starka känslor i processen mot döden, där också en känsla av tacksamhet uppstod hos terapeuten.

Diskussion: Studien belyser på vilket sätt terapeuten påverkas av arbetet med patienter med dödlig sjukdom och hur terapeuten handskas med starka känslomässiga upplevelser. Betydelsen av psykoterapeutens personliga förhållningssätt och flexibla ram och vilka resurser och erfarenheter den psykodynamiska psykoterapeuten behöver för att kunna utföra detta arbete.

Nyckelord: psykodynamisk psykoterapi, döende, död, livshotande sjukdom, palliativ vård

Abstract

Introduction: Psychotherapy can be helpful in reducing suffering when a person is affected by a fatal disease. Psychotherapy with patients who suffer from fatal diseases might provoke strong emotional reactions within the therapist. Research within the field of psychodynamic therapy is predominantly based on case studies, which is why this qualitative interview study could add further knowledge about how the emotional experiences are described by psychodynamic therapists. The purpose of this study was to explore the psychodynamic psychotherapist's experience of therapies with patients who suffer from fatal disease, in order to get an understanding of the therapist's emotional reactions.

Questions: How does the psychotherapist describe the emotional experiences of the psychotherapy with patients suffering from a fatal disease? What does the psychotherapist consider to be important in psychotherapies with patients carrying a fatal disease?

Method: A semi-structured qualitative interview study was conducted with five licensed psychodynamic psychotherapists with experience in psychotherapies with patients who suffer from a fatal disease. A thematic analysis was used to organize the material.

Results: The study shows that psychotherapy with patients who suffer from a fatal disease evoke strong emotional reactions in the therapist, where feelings of helplessness were prominent. The therapist's coping with strong emotional reactions and the relationship to his own mortality affected how the therapist was affected by the therapies. In a close and emotional relationship and with a flexible therapeutic framework, the therapist was able to meet the patient's strong feelings in the process towards death, where a feeling of gratitude also arose in the therapist.

Discussion: The study discusses how the therapist is affected by the work with patients with a fatal disease and how the therapist deals with strong emotional reactions. The importance of the psychotherapist's personal approach and flexible framework and what resources and experiences the psychodynamic psychotherapist needs to be able to undertake these psychotherapies.

Keywords: psychodynamic psychotherapi, dying, dead, lifethreating disease, palliative care

1 Inledning

Statens offentliga utredning *Döden angår oss alla - värdig död i livets slut* (SOU 2001:6) visar att 80% av alla personer som avlider i Sverige dör den ”långsamma döden” och vårdas vanligen inom palliativ vård, där inriktningen på vården är lindring av fysiska och psykiska symtom. Psykoterapisamtal kan vara till hjälp för att minska lidande och svårigheter som kan uppkomma när en patient drabbas av dödlig sjukdom (Strada & Sourkes, 2009). Studier av psykoterapi med patienter som drabbats av dödlig sjukdom där den förestående döden är nära, visar att hos psykoterapeuten väcktes starka känslor och även tankar kring egen dödlighet (Hägglund, 1978; Minerbo, 1998; Norton, 1963; Straker, 2020). Det kan innebära att det blir svårare att möta patientens egentliga behov och leda till att terapier med patienter som drabbats av dödlig sjukdom väljs bort (Hägglund, 1978; Straker, 2020).

Eftersom kunskapen om den psykodynamiska terapeutens känslomässiga upplevelser av terapisamtal med patienter med dödlig sjukdom övervägande bygger på fallstudier med varierande syn på det terapeutiska arbetssättet med döende patienter, kan denna kvalitativa intervjustudie tillföra ytterligare kunskap om hur de känslomässiga upplevelserna beskrivs av psykodynamiska terapeuter. Syftet med studien var att undersöka den psykodynamiska psykoterapeutens upplevelse av terapisamtal med patienter som drabbats av dödlig sjukdom, för att skapa en förståelse för de känslomässiga reaktionerna hos terapeuten.

2 Bakgrund

2.1 Teori och forskning

Litteratursökning har genomförts på databaserna Psyc INFO, PEP - Psychoanalytic Electronic Publishing, Pubmed, Google Scholar och Libris med sökorden psychodynamic psychotherapy, psychoanalytic psychotherapy, dying, illness och palliative care. Resultatet av sökningen visade att det inom det psykodynamiska/psykoanalytiska området fanns övervägande fallbeskrivningar av psykoterapeuters upplevelser med döende patienter, men även en del reviewartiklar. Dessutom fanns det flera olika typer av studier gjorda på hälso- och sjukvårdspersonal som vårdar patienter med dödlig sjukdom.

Utifrån Freuds psykoanalytiska teori om dödsbegreppet förklarar Kotkavirta (2015) att den traditionella psykoanalysens analytiker bedömer att patientens dödsskräck bottenar i en annan rädsla än just döden. En konsekvens av detta blir att psykoanalytikern inte möter patientens dödsångest tillsammans med sin patient. Analytikern undviker döden som ämne och därmed tankar på den egna döden. Om döden plockas bort från det medvetna livet kan man låtsas som att den inte finns, eller som Freud uttryckte det: ”i det omedvetna är var och en av oss övertygad om sin egen odödlighet” (Freud, 2008 s.244).

Fram till mitten av 1900-talet skiljde inte den klassiska psykodynamiska terapin på om patienten var döende eller ej, vilket ifrågasattes av Eissler (1955), som ansåg att den var för otillräcklig för att användas vid dödsångest hos döende patienter. Genom Eisslers (1955) och Nortons (1963) arbeten påbörjades en utveckling som i stora drag innebar en anpassning av terapin till den döende patienten, där döden är en central del av terapin. I början av 60-talet beskrev Norton (1963) utförligt en terapi med en döende kvinna, där hon betonade betydelsen av att terapeuten använder sig själv som ett överföringsobjekt för patientens överföringsfantasier, ”the gift situation” (Eissler 1955). Norton (1963) noterade att terapeuten blev konfronterad med sin egen dödlighet och dödsångest samt hade skuldskänslor över att inte vara med patienten ända in i döden. Utifrån ett arbetssätt av vara totalt tillgänglig för patienten har utvecklingen inom området bidragit till att den psykodynamiska terapin med patienter med dödlig sjukdom har blivit en flexibel och aktiv metod anpassad för den individuella patientens behov (Kotkavirta, 2015; Schaverien, 2002; Straker, 2013, 2020). Där huvudprincipen i den terapeutiska relationen är att aktivt hjälpa den döende patienten att konfrontera sin egen dödlighet. Detta görs genom att fokusera på att låta patienten bearbeta sin uppfattning om döden, men även att hjälpa patienten att gå igenom sitt liv och hitta en mening med det. Terapeuten rekommenderas ha en flexibel ram och inställning till patientens försvar. Vikt läggs vid att patienten tillåts att få sörja över sitt liv och ges en möjlighet till att lösa upp tidigare relationer.

I den psykodynamiska terapisituationen är de centrala begreppen **överföring** och **motöverföring** en viktig del av terapiarbetet. I överföringen ryms patientens ”omedvetna föreställningar, önskningar och fantasier som återupprepas och iscensätts i omvärlden och i förhållande till andra människor” (Norman & Ylander, 1999 s.7). Motöverföringskänslor inkluderar de känslor som väcks hos terapeuten och kan uppkomma både från patienten och inifrån terapeuten själv. För att terapiarbetet ska bli så betydelsefullt som möjligt blir begreppen en viktig och reflekterande komponent genom att terapeuten får en möjlighet att förstå patienten genom att uppmärksamma och medvetandegöra motöverföringskänslor som väcks inom terapeuten (Norman & Ylander, 1999). Kernberg (1965) menar att om terapeuten i terapisituationen känner sympati/medlidande med patienten i motöverföringen kan det leda till att psykoterapeuten får svårare att förstå de problem eller önskningar som patienten i överföringen omedvetet vill förmedla till terapeuten. Om terapeuten i samtalet med döende patienter uppmärksammar, i stället för att undvika sina motöverföringskänslor kan de användas för att hjälpa patienten att hantera sin dödsångest. Detta bidrar det till att terapeuten ökar sin egen trygghet i relation med patienten. När patientens dödsångest utforskas och patienten kan uppleva dödens realitet minskar också terapeutens motöverföringskänslor. Vikten av att terapeuten är medveten om sitt eget försvar mot motöverföringen framhålls, eftersom det kan försämra förmågan att hjälpa patienten (Norton, 1963; Straker, 2013). För att hjälpa terapeuten att hantera och förstå de starka motöverföringskänslor som väcks hos terapeuten är handledning en viktig och betydande del i terapiarbete med döende patienter (Schaverien, 2002; Straker, 2013, 2020; Terry, 2018). En terapeut som är medveten om sin egen

rädsla och dödsångest får det lättare att möta döden tillsammans med den döende patienten (Hägglund, 1978; Straker 2013; Straker, 2020). Terry (2018) menar av egen erfarenhet som handledare för psykoterapeuter att det uppstår svårigheter att hantera motöverföringskänslor av sorg och ledsamhet i den nära relationen med patienter i slutet av deras liv. Han hävdar också att det är viktigt att det blir ett väl förberett avslut med en döende patient, dels för att minska beroendet av terapeuten och på så sätt underlätta separationen från terapeuten och vice versa. Schaverien (2002) poängterar vikten av att i handledningen dels stötta psykoterapeuten genom att utforska starka känslor i motöverföringen för att undvika att lägga skuld på sig själv, dels uppmuntra terapeuten att låta patienten få leva sitt återstående liv utan att vara beroende av terapeuten.

Yalom (1980) talar om den existentiella krisen och de svåra prövningar en människa kan ställas inför i samband med dödshotet som en dödlig sjukdom innebär. Den följande existentiella krisen med dödsångest och lidande kan vara orsakad av förnekelse av sjukdom och död. Genom den existentiella samtalsterapin kan personen få hjälp att konfrontera döden vilket kan lindra lidandet (Yalom, 1980). Hägglund (1978) beskriver hur förnekande av dödshot kan leda till att dödsskräcken framkallar ett psykosliknande tillstånd hos den döende patienten. När förnekelsen löses upp kan patienten få uppleva att den annalkande döden bemästras av de inre fantasierna genom projektion på psykoterapeuten, vilket leder till att patienten får en upplevelse av att möta döden tillsammans med terapeuten (Hägglund, 1978). För att kunna möta patientens känslor av sorg, skuld och dödsångest på ett gynnsamt sätt framhålls vikten av att terapeuten, i en trygg relation kan gå in i terapiarbetet ett existentiellt synsätt samt ett empatiskt och flexibelt förhållningssätt. (Dahlberg, 1980; Schaverien, 2002; Straker, 2013, 2020; Strada & Sourkes, 2009).

Kübler-Ross (1977) har efter flera års genomförda intervjuer och samtal med döende patienter och vårdpersonal kommit fram till att döden är förknippad med sorg, skam och skuld som väcker känslor av vrede. Döden kan upplevas som en svår situation av både patienter och behandlare, där särskilt vårdpersonal som vårdar döende patienter i sin vardag är tvungna att stå ut med starka känslor. Kübler-Ross (1977) hävdar att arbete med döende patienter underlättas av tidigare erfarenhet och en inre mognad där rädsla och fruktan för döden bearbetats. När terapeuten visar sin tillgänglighet och patienten kan känna tillit blir det lättare att dela sina tankar och känslor om den förestående döden (Kübler-Ross, 1977; Herzog, 2007; Straker, 2020). Utifrån erfarenhet med döende patienter lyfter Herzog (2007) fram om terapeuten har förmåga att gå in i en empatisk relation och dela patientens existentiella ensamhet kan det resultera i att patienten inte behöver uppleva sig lika ensam, när det går att dela med en annan människa.

Dahlberg (1980) visade utifrån fallbeskrivningar att det finns bättre terapeutiska förutsättningar om psykoterapeuten själv har erfarenhet från sjukdom och funderingar kring sin egen död. I en beskrivning av ett patientfall med en yngre kvinna som var döende i cancer, väcktes hos psykoterapeuten rädslor, mardrömmar, nedstämdhet och funderingar kring sin egen död. När

psykoterapeuten själv fick uppleva att vara nära döden blev det lättare att ha terapier med döende patienter.

I en studentuppsats med kvalitativ metod undersökte Enoxon (2020) hur den psykodynamiska terapeuten arbetade i terapier med döende patienter och resultatet lyfte fram att den största utmaningen hos terapeuterna var de starka känslor som väcktes i arbetet.

I en studie av Söllner et al. (2002) har olika psykoterapeutiska interventioner studerats i samtalen med patienter drabbade av spritt malignt melanom. Söllner et al. pekade på att det krävs en förändring av arbetssättet inom den traditionella psykodynamiska terapin, i form av en mer strukturerad terapi. Den kan innehålla interventioner som avslappningsövningar och målande av bilder, för att göra det lättare för patienten att utforska de svåra känslorna i syfte att minska ångest och lidande.

Strada & Sourkes (2009) visade i en reviewartikel att psykoterapi med olika inriktningar kan ha betydelse inom den palliativa vården och hjälpa patienten att lättare hantera sin sjukdom och lindra lidandet när döden närmar sig. En mer anpassad terapi med ett empatiskt förhållningssätt, en flexibel ram och en utvecklad terapeutisk relation förespråkades och den psykodynamiska terapin blev tillämpningsbar då man arbetade med att uttrycka patientens känslomässiga reaktioner för att lindra lidande. Översiktsartikeln visade också att motöverföringskänslor väcks hos psykoterapeuten i form av sorg och ledsamhet som kan påverka dennes beteende och därmed terapin. Vanligt var även att terapeuten kunde känna en lättnad över att terapin var över, men samtidigt sörja att patienten inte fick leva vidare.

En kvalitativ studie av fokusgrupper inom sjukvården genomfördes av Browall et al. (2009). Forskarna undersökte vårdpersonalens uppfattningar om vilka existentiella frågor som är av betydelse och vilket ansvar vårdpersonal har när det väcks existentiella frågor hos patienten. Resultatet av studien visade att alla deltagare upplevde en medvetenhet om betydelsen av de existentiella frågorna i vården av cancerpatienter. Den största utmaningen för personalen var att få tid till enskilda samtal med patienterna.

Granek et al. (2012) genomförde en semistrukturerad kvalitativ intervjustudie av 30 onkologläkares sorgereaktioner i samband med patienters död. Resultatet visade att känslor som sorg, ledsamhet och sömnsvårigheter var vanligt förekommande och även känslor av skuld, misslyckande och maktlöshet. Resultatet visade även att många av läkarna fick ett annat perspektiv på sitt eget liv, såsom att de blev mer filosofiska eller strävade efter bättre personliga förhållanden i sina liv. Studien resulterade i en utbildning vars syfte var att få läkare att lättare kunna hantera sina känslomässiga reaktioner i samband med dödsfall.

I en mixed-method studie av Sand et al. (2018), som använde sig av kvantitativ analys av deltagarnas utvärderingar och kvalitativ analys av gruppdiskussioner, beskrivs effekten av ett utbildningsprogram i existentiellt stöd som genomfördes i smågrupper med 34 deltagare med olika professioner från den palliativa vården. Ett frågeformulär fylldes i innan och efter utbildningsprogrammet av alla deltagare. Utbildningen resulterade i att personalen upplevde en ökad kunskap, medvetenhet och säkerhet i att ge rätt stöd i en existentiell kris till patienter och närstående. Personalens egna reflektioner kring livet fick positiv inverkan på deras liv och bidrog även till en ökad tillfredsställelse i arbetet.

3 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att undersöka den psykodynamiska psykoterapeutens upplevelse av terapisaftal med patienter som drabbats av dödlig sjukdom, för att skapa en förståelse för de känslomässiga reaktionerna hos terapeuten.

Frågeställningar

Hur beskriver psykoterapeuten de känslomässiga upplevelsorna i det terapeutiska samtalet med patienter med dödlig sjukdom?

Vad upplever den psykodynamiska psykoterapeuten är betydelsefullt i samtalen med patienter med dödlig sjukdom?

4 Metod

4.1 Undersökningsdeltagare

Inklusionskriter för studien var psykodynamiska psykoterapeuter med erfarenhet av terapier med patienter med dödlig sjukdom. Rekryteringsprocessen inleddes genom att ta kontakt med verksamhetschefer för olika Sankt Lukas mottagningar i södra Sverige, varifrån författaren erhöi uppgifter om verksamma psykoterapeuter med psykodynamisk bakgrund. Därefter skickades ett informationsbrev ut med e-post (bilaga 1) till 39 psykoterapeuter med förfrågan om att medverka i studien och en presentation av studien med information om de forskningsetiska reglerna samt en kort presentation av författaren. Fyra tackade ja till att medverka i studien. En av deltagarna togs bort efter intervjun då det visade sig att psykoterapeutens erfarenhet inte uppfyllde studiens kriterier. I urvalsgruppen blev det då för få deltagare, men några av de tillfrågade kunde förmedla kontakter till två andra psykoterapeuter som hade erfarenhet inom fältet. Det kan ses som ett snöbollsurval (Langemar, 2008, s. 6). Kontakt togs via e-post till de två förmedlade psykoterapeuterna med bifogat informationsbrev och båda tackade ja till att medverka i studien. De totalt fem inkluderade deltagarna bestod av kvinnor i åldrarna 42 - 66 år och hade en yrkesbakgrund som legitimerade psykodynamiska psykoterapeuter som varierade mellan 2 - 10 år (figur 1). Alla deltagare hade en tidigare bakgrund som verksamma kuratorer inom slutenvård och flertalet hade tidigare erfarenhet inom den palliativa vården i profession som kurator med påbyggnadsutbildning till legitimerad psykoterapeut. Deltagarnas upplevelser av terapier med patienter med dödlig sjukdom baseras på patienter med olika former av spridd cancersjukdom.

4.2 Datainsamlingsmetoder

Datainsamlingen har skett ske via semistrukturerade ljudinspelade intervjuer då syftet med studien var att ta del av deltagarnas egna erfarenheter (Kvale & Brinkmann, 2017). Valet av metod har gjorts utifrån att författaren genom intervjumaterialet ville beskriva deltagarnas livsvärld utifrån en förståelse av innebörd och mening. (Kvale & Brinkmann, 2017). En intervjuguide med totalt 12 frågor utformades (bilaga 2). Med intervjuguiden har författaren försökt täcka det som ville undersökas och frågorna har under intervjuernas gång utvecklats till följdfrågor i syfte att få så uttömmande och fördjupande svar som möjligt.

4.3 Bearbetningsmetoder

Analysen har skett utifrån de sex stegen i Braun och Clarkes modell (2006) för en tematisk analys. Hela det inspelade intervjumaterialet transkriberades till 34 sidor med textdata. Materialet har lästs igenom flera gånger och bearbetats med hjälp av induktiv tematisk analys för att skilja ut relevant data, som sedan analyserats för att hitta mönster, koder och teman (Braun & Clarke, 2006). Ur materialet har meningsbärande enheter identifierats, dvs ord, meningar och citat som är centrala för textdatan, exempelvis ”att följa och garantera att man finns där hela vägen”. Olika meningsbärande enheter med gemensam nämnare har sedan gett upphov till en kod, till exempel har den meningsbärande enheten ”jag såg bara eländet och den tunga sorgen” och andra liknande enheter skapat koden ”stark känsla”. Därefter har likartade koder sorterats i grupper som sedan i den fortsatta analysprocessen bildat sex underteman och tre huvudteman och är presenterat i tabell 2 under resultatdelen. För att se ett exempel av analysprocessen, se Tabell 1. Deltagarna numrerades i den transkriberade datatexten med siffrorna 1-5.

Tabell 1

Exempel på meningsbärande enheter, koder, underteman och huvudteman

Meningsbärande enhet	Kod	Undertema	Huvudtema
Vi kommer in på samtalet om döden tillsammans, vilka dödsfall pat varit med om tidigare och erfarenheter av döden, men främst rädslan och oron	Patientens rädslor och tankar om döden och döendet	Dödens realitet	Medresenären
Funderingar på min egen död, just kring döden och vad man lämnar efter sig	Terapeutens tankar kring sin egen dödlighet	Egen dödlighet/Tankar om livsfrågor	Perspektiv på livet och döden
Att vara med i det allra svåraste, nåt sånt. Där man också får stå ut med väldigt mycket, av starka, svåra känslor och frustration.	Starka känslor väcks i terapeuten i relation till patientens starka känslor.	Hantering av starka känslomässiga upplevelser	Aspekter på känslomässiga upplevelser

4.4 Genomförande

Intervjuerna genomfördes på deltagarnas arbetsplatser och utomhus i ostörd miljö. Intervjuerna påbörjades under november och avslutades i slutet av december månad 2020. En av intervjuerna togs bort då inklusionskriterierna inte

var överensstämmande med deltagarens erfarenhet. Alla sex intervjuerna ljudinspelades med mobiltelefon och pågick mellan 45 - 60 minuter. Innan intervjuerna påbörjades skrevs samtyckesblanketten under och författaren gav muntlig information om studiens syfte och de forskningsetiska riktlinjerna. Deltagarna informerades om att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas när som helst utan orsak. Alla intervjuer avslutades med att deltagarna fick möjlighet att ställa frågor och göra tillägg. Deltagarna erbjöds att ta del av den färdiga studien.

5 Forskningsetiska frågeställningar

Deltagarna informerades om att studien kommer följa lagen om etikprövning inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning enligt Svensk författningssamling som finns beskriven i skriften *God forskningssed* (2017, 1-84) av Vetenskapsrådet. Enligt SFS (2003:460) undantas forskning av studenter som rör människor etikprövning och ansvaret att lagen följs övertas av huvudmannen som är högskolan. Författaren lyfter fram att de etiska kraven har följts genom att allt intervjumaterial som finns med i studiens resultatdel är avidentifierat och att alla deltagarna har behandlats med anonymitet. Underskrift av samtycke har erhållits av alla deltagare och både muntlig och skriftlig information om studiens syfte har givits. Metoden som använts har beskrivits och att det går att avbryta sitt deltagande när som helst utan nödvändig förklaring. Inom denna specifika patientgrupp där det är ett begränsat antal psykoterapeuter som arbetar, är det av stor vikt att författaren med hänsyn till varje deltagare varit noggrann med att det inte ska kunna ske något igenkännande av den enskilde deltagaren. Information gavs till varje deltagare om att ljudinspelningarna transkriberas och förvaras på säker plats utan tillgång för obehöriga och att personuppgifter behandlas konfidentiellt i enlighet med Ersta Sköndal Bräcke högskolas praxis.

6 Resultat

Tabell 2

Huvudteman och underteman

6.1 Aspekter på känslomässiga upplevelser	6.2 Medresenären	6.3 Perspektiv på livet och döden
6.1.1 Starka känslomässiga upplevelser	6.2.1 Dödens realitet	6.3.1 Egen dödlighet/Tankar om livsfrågor
6.1.2 Hantering av starka känslomässiga upplevelser	6.2.2 Personligt förhållningssätt/Flexibelt dynamiskt arbets sätt	
	6.2.3 Relationens dimensioner	

6.1 Aspekter på känslomässiga upplevelser

Det första huvudtemat beskriver psykoterapeuternas aspekter på känslomässiga upplevelser i terapisaamtal med patienter med dödlig sjukdom, där ett undertema beskriver starka känslomässiga upplevelser och det andra undertemat hur de starka upplevelserna hanteras.

6.1.1 Starka känslomässiga upplevelser

Samtliga psykoterapeuter hade erfarenhet av starka känslomässiga upplevelser i samtalen, bland annat känslor av hjälplöshet, medlidande, frustration, otillräcklighet, sorg och ledsamhet. Flera av psykoterapeuterna upplevde en sorg och ledsnad för patienter som snart skulle dö. Några av psykoterapeuterna beskrev svårigheter med att hitta de rätta orden i samtalen - "Vad ska jag säga?", "Är jag på rätt väg?". En av psykoterapeuterna beskrev ett möte med en patient efter vilket hen under längre tid bar på tunga känslor av hjälplöshet och otillräcklighet av att inte ha gjort någonting och förstod senare genom patientens bekräftelse att det var patientens tunga känslor hon bar på. Denna insikt gav psykoterapeuten bättre förståelse för sina egna reaktioner.

Ja, det är klart jag blir ledsen, jag har ju skapat en relation med den här människan som ska lämna, så jag har ju också en sorg (5).

Återkommande under samtalen kände jag så här: Men vad gör jag? (...) Kvar gång efter gång efter gång (...) Det är det här jag känner en stund att jag får bära hennes känslor (1).

Ja, det är klart, deras ångest kan jag känna, det hade ju lätt kunnat bli så att jag agerat på deras ångest i stället för att sitta lugnt (...) händer ju saker i mig också, kan jag uppleva det (5).

Psykoterapeuterna upplevde att det var svårt och krävande att vara i samtalen. Dessutom kände en av terapeuterna ständig oro och osäkerhet över att inte kunna bidra till att patienten skulle må bättre, även om ambitionen och viljan att hjälpa fanns. Samma terapeut beskrev sig vara uppfylld av tankar på att patienten skulle dö och kände medlidande med patienten. Även erfarenheten av insjuknande i dödlig sjukdom under pågående terapi upplevdes försvåra arbetet, till exempel nödvändigheten av att då ändra inriktning på terapin och svårigheten att veta hur detta skulle gå till. Med den insikten lyfte terapeuten frågan av om det fanns psykoterapeuter som speciellt arbetade med döende patienter som kan det här bättre.

Vad ska jag säga, vad ska jag göra här mot detta? Det blev överväldigande som nån slags ångest och hjälplöshet i situationen, man ville ju så gärna hjälpa och det var svårt för mig att se (2).

Tungt att arbeta med det och ständigt vara närvarande med döden, när jag tänker tillbaka på tiden inom palliativa (3).

6.1.2 Hantering av känslomässiga upplevelser

Psykoterapeuterna beskrev olika strategier för hur de hanterade starka känslomässiga upplevelser i samtal med döende patienter. Psykoterapiututbildning i kombination med lång erfarenhet av samtal med döende patienter är betydelsefullt för att bättre förstå de starka känslomässiga upplevelserna ansåg majoriteten av psykoterapeuterna. Den externa handledningen uppgav flertalet var väsentlig och hjälpte till att förstå den ångest och andra starka känslor som väcktes i motöverföringen. Att ställa utforskande frågor till en suicidal patient med stark ångest, till exempel om hur det skulle gå till, upplevde en av psykoterapeuterna var till stor hjälp för att hantera den egna ångesten. En annan terapeut betonade vikten av att vara känslomässigt närvarande under terapin, annars kunde det leda till att starka motöverföringskänslor satt kvar efteråt.

När patientens känslor är så starka kan jag hamna i mig själv, eller när jag är trött eller dålig dagsform att jag inte orkar ta emot starka känslor. Då kan jag hamna i att inte vara närvarande som blir svårare att vara i (1).

En av psykoterapeuterna betvivlade om terapisaamtalen hjälpte patienter att bli av med sitt lidande. Starka känslomässiga minnen kunde återuppväckas när hen såg människor som påminde om en viss patient. Med denna erfarenhet insåg hen att utbildning i terapi av döende patienter skulle ha underlättat att bearbeta de svåra känsloupplevelserna.

Jag måste säga att man behöver utbildas specifikt kring de här frågorna, det vore bra i det här specifika ämnet, det är mer en krissituation som jag kanske inte varit riktigt redo för (2).

En av psykoterapeuternas sätt att bearbeta starka känslomässiga upplevelser i samtalen med döende patienter var att leda existentiella samtalsgrupper.

Jag sökte specifikt att jobba med patienter i livets slut och existentiella samtal. (3).

En av psykoterapeuterna resonerade om att vanan att arbeta med dödligt sjuka gjorde att starka känslor inte påverkade terapeuten lika mycket nu som tidigare, då arbetet med barn som skulle dö väckte mer känslor och hanterades genom att bearbeta och prata med kollegor i teamet.

6.2 Medresenären

Under det andra huvudtemat återges hur psykoterapeuterna fick följa patienten genom processen mot döden. Huvudtemat delas upp i fyra underteman: Dödens realitet, Personligt förhållningssätt/Flexibel psykodynamisk metod och Relationens dimensioner. Temat återger psykoterapeuternas upplevelse av hur samtalet om döden gestaltas i rummet, på vilket sätt psykoterapeutens personliga förhållningssätt formar terapin, relationens betydelse samt betydelsen av en flexibel dynamisk metod.

6.2.1 Dödens realitet

Flera av psykoterapeuterna upplevde att döden var närvarande i rummet redan från början. Samtliga psykoterapeuter beskrev att de var noga med att gå fram försiktigt och känna in var patienten befann sig och hjälpa till att sätta ord på döden utan att pressa fram något. Samtalen kunde handla om ingående, öppna och sökande frågor kring föreställningen om döden, som exempelvis: ”Vad är det som händer när du hamnar i de där tankarna? Vad ser du?”. Utifrån patientens behov kunde det vara både existentiella och icke-existentiella frågor. De flesta upplevde att samtalet om döden kändes bekvämt när patienten var redo att prata om den.

När patienten är där eller väldigt nära, metaforiskt och bildligt kan jag hjälpa patienten lite. Och när jag kan säga ordet *döden*, då är vi där tillsammans. Där upplever jag en lättnad hos patienten, en omedveten ivrighet att inte längre vara ensam, få dela, sätta ord och låta språket bära (1).

Först infann den sig som en skugga innan ordet blev sagt, kunde uppleva att jag blev lite testad. ”Förstår du nu vad det är jag pratar om?” När dödsångesten kom på, då kunde vi prata om det där mörkret, både skyddet och det slutgiltiga. Jag kände mig ändå bekväm i rummet när döden var närvarande (2).

Jag är van att arbeta med människor som ska dö och jag tycker inte att det är läskigt, pratar gärna om hur man kan se ut när man har dött, det är inget problem för mig när man har arbetat med många som ska dö (4).

Samtliga psykoterapeuter upplevde att de existentiella frågorna var en del i samtalen och fokus blev på vad det är att leva och inte leva, att vara människa, om hur livet blev, att det inte blev som de ville och hade tänkt sig eller att livet blev kortare än vad patienterna hade hoppats på. En av psykoterapeuterna beskrev att den existentiella ensamheten patienten upplevde bottnade i skuldkänslor. Psykoterapeuten var då tillgänglig för att kunna dela ensamheten och de svåra känslorna med patienten.

När den existentiella ensamheten kommer fram skjutsas patienten ut i nån rymd av existentiell ensamhet och kvar finns alla närstående som också har sorg, men på ett helt annat sätt (...) och så knackar dom på och ropar till patienten: ”hallå, kom ner där, vi vill ha dig” men det finns inte och patienten är på nåt sätt otillgänglig när hon/han befinner sig där (1).

6.2.2 Personligt förhållningssätt/ Flexibelt dynamiskt arbetssätt

Psykoterapeuternas personliga förhållningssätt och ett flexibelt dynamiskt arbetssätt präglade samtals karaktär och var ofta mer stödjande än traditionellt insiktsorienterade och den terapeutiska ramen blev inte lika viktig som arbetsinstrument. Samtliga psykoterapeuter var noga med att göra det som var viktigt och bra utifrån patientens specifika och individuella behov. Flera av terapeuterna kunde visa sidor av sin egen personlighet genom ledsamhet, att vara berörd eller genom skratt som också kunde leda till en större närhet mellan patient och terapeut.

Det finns också mycket humor minns jag, lite svart galghumor och hur det kan hjälpa och lätta upp, dela i det och skratta tillsammans som man kan uppleva som

ett mörker...patienten får se lite mer av mig som person än vad andra får för jag blir också lite mer nära (1).

Det har hänt också att jag blivit rörd i samtalen och blivit ledsen, inte tappat kontrollen, men patienten har kunnat uppfattat att det var jobbigt för mig också, men att vi kunnat pratat om det och det har ju inte förstört relationen, snarare fördjupat den. Jag är ju inte bara en isolerad person utan att dem kan beröra mig (5).

Det viktiga är att om vi kan ha de här samtalen, så känns det bra. Då kom vi en bit i det här och att det blir bra för varje enskild patient (4).

Det var utifrån det här att jag är din den här tiden och du känner mig så här och jag känner dig så här, så det blev ändå mycket utifrån den här personliga relationen utan att vara privat då (2).

Samtliga psykoterapeuter påtalade nyttan med att ha den terapeutiska ramen som grund i samtalen och samtidigt en medvetenhet och betydelse av att ramen ibland behövde frångås. Iakttagelser var att rambrottet sällan behövde tolkas in då det berodde på patientens fysiska sjukdom. Några rambrott kunde vara att patienten önskade avsluta sessionen lite tidigare på grund av nedsatt ork, dra över tiden, glesa ut sessionerna och att patienten behövde hjälp med något praktiskt, såsom ett glas vatten eller hjälp ner i hissen. Ytterligare rambrott kunde vara att psykoterapeuter gjorde hembesök med samtal i patientens hem och gjorde besök på hospicekliniken. En psykoterapeut berättade om att ha hjälpt till med att återuppta kontakt med anhöriga där kontakten brutits för länge sedan. En annan av psykoterapeuterna berättade om ett deltagande på en begravning där närvaron var i egenskap som privatperson. Med respekt för patientens önskan kändes deltagandet betydelsefullt.

Så skulle jag hålla fast i ramen gör det inte gott och hjälper inte patienten så mycket (5).

Hur skulle jag kunna låta bli att besöka henne på hospice, trots att det kanske är ett rambrott, ja..det är en jättesvår balansgång, det är ju det, vem är man som terapeut? (2).

Jag fick vara med när dom möttes efter 30 år och hann få ett avslut tillsammans (3).

Flera av terapeuterna reflekterade över att inte ha pratat med patienterna om avslutet, togs sällan upp utan avslutet blev oftast vid patientens död. Några beskrev att det ibland blivit ett avslut och sedan har terapin vid något tillfälle återupptagits igen. Samtliga psykoterapeuter framhöll att det var viktigt att alltid boka in en ny tid oavsett patientens allmäntillstånd.

Patienten kan säga: ”jag är för trött, jag orkar inte det här” och så kan man boka in en ny tid och så händer det igen, men vi håller det öppet så får du höra av dig när du känner (4).

6.2.3 Relationens dimensioner i terapiprocessen

Att möta patienten i en nära, ömsesidig och empatisk relation var ett genomgående tema för psykoterapeuterna i terapin med patienter med dödlig sjukdom. Flertalet upplevde att relationen var avgörande för att kunna bygga en allians där den känslomässiga närheten kunde upplevas. Att ha fått dela många nära stunder tillsammans med patienten, att ha fått vara den som suttit bredvid en stund kände flera psykoterapeuter tacksamhet för och terapin fick betydelse när psykoterapeuterna kunde erfara en upplevelse av värme och rofylldhet i relation med patienten. Flera terapeuter upplevde också att patienterna hade en speciell plats hos dem.

Det är krävande (...) där man inte kan göra så mycket (...) utan bara var med i det allra, allra svåraste, en upplevelse av vördnad och tacksamhet (1).

När det gick att tala om det svåra tillsammans, ledde det ofta till en fördjupad relation mellan patient och psykoterapeut. Flera betonade att den fördjupade relationen innebar att patienten inte behövde ta hänsyn till psykoterapeuten, det gick att berätta sina innersta mörka tankar utan att psykoterapeuten skulle bryta ihop.

Att bara få prata med någon som inte börjar gråta och bli ledsen. Så kan det ju vara att när patienten tar upp med andra att hon inte kommer finnas kvar i livet, så blir folk ledsna. Det kan också vara så att omgivningen säger: "nej, prata inte om det nu, det ordnar sig ska du se". Jag blir ju inte ledsen på det sättet (4).

Flera av psykoterapeuterna upplevde att relationen med patienten blev mer naken när den ömsesidiga respekten för livets svårigheter fanns i rummet och döden var närvarande. Psykoterapeuterna beskrev en upplevelse av att patienten kändes mer avklädd där försvaren inte var lika närvarande som hos patienter i andra terapier. I terapirummet upplevde samtliga psykoterapeuter att patienten fick möjligheten att dela starka känslor när alliansen blivit etablerad. Då gick det att ta emot och hjälpa patienten att sätta ord på de starka känslorna och ge patienten en struktur och ett hållande på det som var svårt.

Känner patienten tillit så kommer alliansen igång fortare. Alliansen blir starkare och problemen som kommer upp är mer känsllosamma och handlar ofta om rädsla, oro och ångest (5).

Överföring/motöverföring upplevde alla psykoterapeuterna ha nytta av och kunde använda sig av i samtalen. Exempelvis observerade flertalet av psykoterapeuterna att gestaltningen av modersgestalten framträdde i överföringen. Det kunde som exempel vara en patient som upplevdes svag och hjälpsökande i rummet och psykoterapeuten upplevde sig mer hjälpande och omhändertagande och modersgestalten kunde därför framträda mer tydligt. Detta tolkades inte in på något sätt utan blev ett sätt att reflektera över det och låta det vara så. Samma sak när psykoterapeuten upplever patientens ångest i överföringen blev det viktigt att inte ge tillbaka till patienten.

Det som jag tänker på är när det här med ångesten, kan bli så stark att det smittar av sig (...) det händer i överföringen/motöverföringen ehh.. kanske jag inte alltid sätter ord på, varken i journalen och absolut inte inför patienten, ehhh...och då kanske den inte blir så medveten utan det blir någonting som jag kan använda mig av (5).

6.3 Perspektiv på livet och döden

Det sista temat berör psykoterapeutens funderingar på livet och döden med undertemat Egen dödlighet och Tankar kring livsfrågor.

6.3.1 Egen dödlighet/Tankar om livets frågor

När det gäller frågor och funderingar kring psykoterapeutens egen dödlighet i relation till de svåra samtalen var majoriteten överens om att den egna dödligheten var central och närvarande. Psykoterapeuterna talade inte om döden som naturlig, men ej heller onaturlig och skrämmande. Några var ständigt påmind om döden och att det inte gick att ta något för givet i livet. En psykoterapeut beskrev en känsla av att känna sig odödlig i relation till döende patienter. Att stänga av sitt inre då samtalen var krävande blev ett sätt att hantera sin egen dödsångest på. Någon beskrev samtal med patienter i samma ålder där psykoterapeuten blev särskilt påmind om sin egen dödlighet. En av psykoterapeuterna funderade över sin egen betydelse i världen och för andra människor. Hos terapeuten väckte mötet med patienterna upp tankar på egna relationer, ”som mamma måste jag ju finnas kvar” och tankar om livets ändlighet. Andra funderingar från en psykoterapeut var tankar om att själv bli drabbad av en dödlig sjukdom, vilken sjukdom som i så fall skulle föredras. Förmågan att kunna behålla kontroll och autonomi så länge som möjligt var en aspekt runt detta.

Svårigheten för mig att inte bli rädd för döden, själv eller för den andra, handlar om min egen rädsla för min egen död, att kunna hantera den. (2).

Jag är tacksam för var dag man får, mindre rädd för döden, men vet inte ändå för jag har aldrig varit där, inte lika skrämmande och farligt då jag varit med på resan så många gånger, inte så obekant längre, aldrig upplevt det negativt (5).
Jag tror också att alla som jobbar nära döden på ett eller annat sätt, är med i någon form av livskris när man går in i det. Nuddar också vid någon existentiell dödsångest, rädslan för det som är ingenting ... (1).

Jag tycker det är intressant att tänka på döden i dödens rum, började fundera mycket kring min egen död, kring döden ... och jag fick en större känsla för att verkligen ta vara på livet för mig själv (3).

Jag blir väldigt medveten om min egen dödlighet, påmind konstant, tar inte så mycket för givet. (4).

Erfarenheten av samtal med döende patienter gav psykoterapeuterna en större tacksamhet till livet. Tankar som också kom upp var att döden kommer att inträffa någon gång, vilket gjorde att psykoterapeuterna prioriterade att ta vara på livet och visa omsorg om sig själv och sin familj.

Är väldigt tacksam för varje dag, mera ödmjuk kring tankar och känslor när man är så svårt sjuk (5).

Det finns en ömsesidig respekt, eller en annan respekt...inför livets svårigheter som omedelbart finns (...) när man är så nära döden som andra patienter har lite längre till, döden är inte där (1).

7 Diskussion

7.1 Metoddiskussion

Metoden som valdes var en kvalitativ semistrukturerad intervjustudie som gav ett innehållsrikt material, i vilket författaren har kunnat hitta mönster och teman (Braun & Clarke, 2006). Alla deltagare var i enlighet med inklusionskriterierna legitimerade psykodynamiska psykoterapeuter. Majoriteten av deltagarna hade lång erfarenhet av patienter med dödlig sjukdom, med undantag från en av deltagarna som hade begränsad erfarenhet, men kunde ändå tillföra meningsfull kunskap och förståelse till studien. För att säkerställa studiens trovärdighet har material som var utanför ramen för studien eliminerats från analysen, t. ex. sidospår i form av beskrivningar om deltagarnas upplevelser av annat terapiarbete. Genom deltagarnas fördjupade beskrivningar av sina erfarenheter har studien kunnat bidra med meningsskapande kunskap (Langemar, 2008).

För att undersöka och söka svar på studiens frågeställningar utgick författaren från en framtagen frågeguide innehållande 12 huvudfrågor med följdfrågor. Exempel på huvudfråga var ”På vilket sätt samtalar du och din patient om döden”? Att frågan var ledande kan förklaras av författarens förförståelse och kunskap och intresse av ämnet, att det som rör döden menar författaren är en naturlig del i samtalet med patienter med dödlig sjukdom. Sannolikheten för att det ska ha påverkat studiens resultat anses som liten, då samtalet om döden även rymdes inledningsvis i en öppen fråga. Följdfrågorna varierade utifrån psykoterapeutens utveckling av huvudfrågan. Om följdfrågornas svar var påverkade av författarens förförståelse är en aspekt och skulle kunna tillföra meningsbärande kunskap till studien. En viktig insikt som kom fram i slutet av intervjuerna då avslutningsfrågan ställdes, ”Är det något du vill tillägga?” var att frågor kring existentiella teman saknades. Författaren vill dock poängtera att existentiella frågor fångades upp genom flera av följdfrågorna, men att de hade från början kunnat vara en specifik huvudfråga. En styrka som studien uppvisar är den breda kliniska erfarenhet som de flesta av deltagarna hade av terapier med patienter med dödlig sjukdom och kunde avspeglas i resultatet genom att deltagarna gav fördjupade beskrivningar. En annan av studiens styrkor var deltagarnas intresse och engagemang för arbetet med terapier med döende patienter samt deras öppna sätt att dela med sig av sina innersta tankar och känslor. Intervjuerna präglades av ett ömsesidigt empatiskt förhållningssätt och författaren upplevde en känslomässig närvaro med var och en av deltagarna, en slags känslighet som Kvale & Brinkmann (2017) beskriver som ett tecken på intervjuarens hantverksskicklighet. De menar att om intervjuaren är ”empatisk och lyssnar till känslbudskapet i det som sägs, hörs inte bara det som sägs utan hur det sägs”. Fyra av intervjuerna utfördes på den enskildes arbetsplats i en för

psykoterapeuten trygg miljö och gav psykoterapeuterna möjligheten att dela med sig av sina upplevelser på ett bekvämt och tryggt sätt och kan stärka studiens validitet (Langemar, 2008). En intervju genomfördes utomhus i en relativt skyddad miljö bortsett från vissa störningar av buller som möjligen skulle kunnat ha påverkat intervjuarens och deltagarens koncentration och fokus. Om studien varit bredare med fler inkluderande deltagare, en blandning av kön och/eller en större geografisk spridning skulle det ha kunnat påverka resultatet i någon riktning. Validiteten stärks av att studien är empirisk, den data som samlats in har gjorts på ett förutsättningslöst sätt och baseras på deltagarnas livsvärld med erfarenheter utifrån deras vardag. En kvalitativ studies validitet kan stärkas av en ”öppenhet och flexibilitet” i intervjuerna (Langemar, 2008). Författarens sätt att förstå och tolka mening i psykoterapeutens livsvärld stärker studiens validitet då intervjuaren varit emotionellt närvarande under intervjuerna (Kvale & Brinkman, 2017).

Författarens förförståelse

Författarens egen erfarenhet i professionen som sjuksköterska och tidigare arbete med patienter med dödlig sjukdom inom den palliativa vården kan ses som både en begränsning och en tillgång. Författaren menar att en begränsning kan vara att viktigt innehåll som inte blir sagt då deltagarna och intervjuaren tror att de förstår varandra och att det därför inte behöver sägas, men å andra sidan kan det vara så att deltagarna och intervjuaren har kunnat förstå varandra bättre på grund av detta vid intervjutillfället.

7.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka den psykodynamiska psykoterapeutens upplevelse av terapisaamtal med patienter som drabbats av dödlig sjukdom, för att skapa en förståelse för de känslomässiga reaktionerna hos terapeuten.

Studiens frågeställningar:

Hur beskriver psykoterapeuten de känslomässiga upplevelserna i det terapeutiska samtalet med patienter med dödlig sjukdom?

Vad upplever den psykodynamiska psykoterapeuten är betydelsefullt i samtalen med patienter med dödlig sjukdom?

Studien visar sammanfattningsvis att terapisaamtal med patienter med döende patienter väcker starka känslomässiga reaktioner hos terapeuten där känslor av hjälplöshet framträdde. Terapeutens hantering av de starka känslomässiga reaktionerna och relationen till sin egen dödlighet inverkade på hur terapeuten påverkades av samtalen. I en nära och känslomässig relation och med en flexibel terapeutisk ram kunde terapeuten möta patientens starka känslor i processen mot döden. Terapisaamtalen gav även psykoterapeuten en känsla av tacksamhet.

Aspekter på känslomässiga upplevelser

Starka känslomässiga upplevelser

Starka tunga känslor som framträdde hos psykoterapeuterna beskrevs i upplevelser av sorg, ångestkänslor, hjälplöshet, medlidande och ledsamhet. Hjälplösheten var påtaglig och handlade om att inte kunna göra eller säga så mycket. Detta överensstämmer med de kliniska erfarenheter som finns presenterade i fallbeskrivningar i litteraturen och forskningsstudier (Kübler-Ross, 1977; Minerbo, 1998; Norton, 1963; Strada & Sourkes, 2009; Granek et al., 2012; Dahlberg, 1980). I litteraturen finns patientfall där även skuldkänslor är beskrivna, bl.a. bottnade i en skuld av att inte vara med patienten ända in i döden (Norton, 1963; Terry, 2018). I denna studie beskrev ingen terapeut skuldkänslor i samtalen och kan exempelvis förklaras av att terapeuterna inte upplevde projektioner, där Hägglund (1978) förklarar att en projektion på psykoterapeuten kan leda till att patienten får en upplevelse av att *möta döden tillsammans* med terapeuten. I denna studie beskrev terapeuterna att de var med på resan mot döden.

Hantering av starka känslomässiga upplevelser

I studien belyste terapeuterna vikten av att kunna förstå de känslor som väcktes i motöverföringen, dels genom regelbunden handledning, där terapeuterna kunde utforska och medvetandegöra motöverföringskänslorna, dels genom egna reflektioner uppmärksamma vad de starka känslorna handlade om. En av terapeuterna reflekterade över starka känslor som kunde orsakas av att inte vara fullt närvarande med patienten, vilket resulterade i att starka känslor satt kvar efteråt. En annan reflekterade över stark ångest och fick möjlighet att utforska de starka känslorna som patienten bar på för att förstå var ångesten kom ifrån. Betydelsen av regelbunden handledning överensstämmer med tidigare erfarenheter av utbildning och handledning av psykoterapeuter och vårdpersonal (Schaverien, 2002; Straker, 2013, 2020; Terry, 2018). Uplevelser av att inte kunna göra så mycket gav känslor av hjälplöshet och medlidande hos en av psykoterapeuterna och kunde vara problematiskt att hantera. Kernberg (1965) menar att känna sympati/medlidande med patienten kan leda till problem då terapeuten får svårare att förstå de behov eller önskningar som patienten omedvetet vill förmedla. Patienter kunde göra sig påminda långt efter terapins avslut och samtidigt fundera på om terapin verkligen hade hjälpt. Kübler-Ross (1977) menar att det är väsentligt att terapeuten klarar av att ta emot patientens starka känslor i möten med döden. Terapeuten efterlyste särskild utbildning för att kunna ha de svåra samtalen och lyfte också frågan om det fanns terapeuter som specifikt jobbade med döende patienter. Tidigare forskning visar att utbildning är till nytta för psykoterapeuter och övrig personal som arbetar med patienter med dödlig sjukdom (Granek et al., 2012; Kübler-Ross, 1977; Sand et al., 2018; Starker, 2013; Terry, 2018). Terapeuternas resonemang i denna studie visade även att den psykodynamiska utbildningen och graden av erfarenhet av samtal med döende givit kunskap för att bättre kunna reflektera över känslomässiga reaktioner som uppstod i terapirummet och hur terapeuterna påverkades. Detta stöds av att den psykodynamiska behandlingsmetoden med ett tydlig flexibelt arbetssätt anses vara en användbar metod i terapier med döende (Straker, 2013; 2020). En av terapeuterna menade att vanan och den långa erfarenhet av arbetet med patienter

med dödlig sjukdom gjorde att terapeuten inte påverkades lika mycket nu som i tidigare arbete med barn som skulle dö.

Medresenären

Personligt förhållningssätt/Flexibelt dynamiskt arbetssätt

Terapeuterna tillät det personliga förhållningssättet ta plats i samtalen genom att visa sig berörda och visa sidor av sin personlighet. Ett flexibelt dynamiskt arbetssätt utgjorde en bas i samtalen och terapeuterna ansåg enhälligt att den terapeutiska ramen inte var möjlig att följa fullt ut i samtalet med döende patienter, utan anpassades utifrån patientens fysiska mående. Studiens resultat går i linje med (Dahlberg, 1980; Kotkavirta, 2015; Strada & Sourkes, 2009; Straker, 2013, 2020) som förespråkar en flexibel ram. Söllner et al. (2002) hävdar också att metoden behöver anpassas med olika typer av interventioner, exempelvis genom att måla bilder som kan leda till att starka känslor utforskas. Avslutet av en terapi uttryckte huvuddelen av terapeuterna i studien inte togs upp som en naturlig del som i övriga terapier, avslutet var vid patientens död. En av terapeuterna reflekterade över att det var märkligt att inte ta upp avslutet när det kom upp i intervjun. Terry (2018) poängterade betydelsen av att alltid planera ett avslut, dels för att undvika beroende och svårigheter att skiljas, både utifrån patientens och terapeutens perspektiv.

Dödens realitet

När döden var närvarande i rummet riktades samtalen in på utforskande, djupa och existentiella frågor. Reflektioner från terapeuterna var att patienten visade en lättnad när samtalet om döden inleddes, exempelvis kunde patientens existentiella ensamhet och svåra känslor delas med terapeuten. Detta finns beskrivet i tidigare forskning (Herzog, 2007; Straker, 2013; Yalom, 1980).

Relationens dimensioner

Den terapeutiska relationen var av betydelse för att kunna möta patientens behov av att få hjälp med känslomässiga svårigheter och styrks av tidigare forskning (Herzog, 2007; Kübler-Ross, 1977; Schaverien, 2002; Straker, 2013, 2020; Terry, 2018). Terapeutens känslomässiga engagemang och förmågan att kunna gå in i en nära djup relation med patienten beskrevs av flera terapeuter i upplevelser av tacksamhet, ödmjukhet och känsla av att något fint uppstod i samtalen. Denna iakttagelse kunde ses i Enoxons (2020) intervjustudie och har inte specifikt lyfts fram i övrig tidigare forskning.

Egen dödlighet/Tankar om livsfrågor

Terapisamtalen medförde en ökad medvetenhet om den egna dödligheten troligen på grund av en upplevd dödsångest och ledde till att terapeuterna reflekterade över det egna livet. Att komma i kontakt med och få uppleva dödsångest och därmed bli medveten om sin egen dödlighet beskrivs i tidigare forskning där forskarna menar att den egna upplevda dödligheten ökar möjligheten att kunna hjälpa patienten att utforska sin dödsångest och göra den mer hanterbar.

(Hägglund, 1978; Straker 2013, 2020). En av terapeuterna hade erfarenheten av att inte komma i kontakt med sin egen dödlighet, utan i stället en upplevelse av att känna sig odödlig. Det skulle kunna tolkas som terapeuten plockade bort döden från sina medvetna tankar, i stället för att möta sin rädsla för döden.

Tankar om livets frågor om vad som är viktigt och betydelsefullt gav terapeuterna en känsla av tacksamhet och ödmjukhet till livet. Det överensstämmer med tidigare studier om att existentiella frågor får en dimension och ett utrymme vid arbete med döende patienter (Browall et al., 2009; Dahlberg, 1980; Granek et al., 2012; Sand et al., 2018).

7.3 Konklusion

Sammantaget bidrar denna studie utifrån psykoterapeutens upplevelser av terapisaamtal med patienter med dödlig sjukdom att terapeuten har förmåga att gå in i en nära känslomässig relation med patienten. Terapeutens egen relation till döden och till livet har betydelse för hantering av starka känslomässiga upplevelser i terapiarbetet. Studien bidrar även med reflektioner om att specifik utbildning och kunskap inom området skulle kunna vara till nytta för terapeuten i sitt arbete med patienter med dödlig sjukdom.

7. Förslag till fortsatt forskning

Utifrån denna studie med enbart fem deltagare är det svårt att dra någon säker slutsats av studiens resultat. Eftersom det i studien delvis har framkommit tankar om behov av specifik kunskap för att bedriva terapier med dödligt sjuka skulle det kunna vara förslag till ytterligare forskning, i syfte att undersöka om dagens psykoterapeuter upplever att de har tillräckligt med resurser för att känna sig trygga i arbetet att utföra terapier med patienter med dödlig sjukdom. Då resultatet visar att existentiella frågor tagit utrymme i studien kan även förslag till fortsatt forskning vara att genomföra studier kring existentiella frågor och existentiellt lidande, dels utifrån terapeutens perspektiv, dels ur patientens perspektiv. Tidigare gjorda studier inom den palliativa vården har studerat sjukvårdspersonal som vårdat patienter med dödlig sjukdom. För att bidra med ytterligare kunskap skulle en jämförande studie kunna göras med psykodynamiska psykoterapeuter och sjukvårdspersonalens upplevelser och hantering av känslomässiga reaktioner i samtalet med patienter med dödlig sjukdom.

Referensförteckning

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Browall, M., Melin-Johansson, C., Strang, S., Danielson, E., & Henoch, I. (2010). Health care staff's opinions about existential issues among patients with cancer. *Palliative and Supportive Care*, 8(1), 59-68. <https://doi.org/10.1017/S147895150999071X>

- Dahlberg, C. C. (1980). Perspectives on death, dying, and illness while working with patients. *J Am Acad Psychoanal*, 8(3), 369-380.
<https://doi.org/10.1521/jaap.1.1980.8.3.369>
- Eissler, K. R. (1955). *The Psychiatrist and the Dying Patient*. New York: International Universities Press.
- Enoxon, C. (2020). *När döden kommer in i terapirummet* [Examensuppsats, Ersta Sköndal högskola] DiVA.
<https://www.divaportal.org/smash/get/diva2:1431921/FULLTEXT01.pdf>
- Freud, S. (2008). Tidsenligheter om krig och död (L. W. Freij, övers). I.C. Craaford, L. Sjögren & B. Warren. *Sambälle och religion (Samlade skrifter av Sigmund Freud X)* (s. 244). Stockholm: Natur och kultur. (Originalverket publicerat 1915)
- Granek, L., Tozer, R., Mazzotta, P., Ramjaun, A., & Krzyzanowska, M. (2012). Nature and impact of grief over patient loss on oncologists' personal and professional lives. *Arch Intern Med*, 172(12), 964-966.
<https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.1426>
- Herzog, B. (2007). Love and Death: Affect Sharing in the Treatment of the Dying. B. Willock, L. C. Bohm & C. Curtis (Eds.), *On Deaths and Endings: Psychoanalysts' Reflections on Finality, Transformations and New Beginnings* (s. 247-256). Routledge.
- Hagglund, T. B. (1978). *Dying -A psychoanalytic Study with Special Reference to Individual Creativity and Defensive Organization*. New York: International Universities Press.
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the psychoanalytic Association*, 13:38-56. <https://doi.org/10.1177/000306516501300102>
- Kotkavirta, J. (2015). Hur ska vi tänka på döden? *Divan*, (3-4), 73-81.
- Kübler-Ross, E. (1977). *Samtal inför döden*. (G. Brunius, Övers.) Stockholm: Bonniers. (Orginalarbete publicerat 1969)
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi: att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.

- Minerbo, V. (1998). The patient without a couch: An analysis of a patient with terminal cancer. *International Journal of Psychoanalysis*, (79), 83-93.
- Norman, J. & Ylander F. (Red.) (1999). *Motöverföring : om omedveten kommunikation*. Stockholm: Natur och kultur.
- Norton, J (1963). The treatment of a dying patient. *Psychoanalytic Study of the Child*, (18), 541-560.
- Sand, L., Olsson, M., & Strang, P. (2018). Supporting in an existential crisis: A mixed-methods evaluation of a training model in palliative care. *Palliat Support Care*, 16(4), 470-478.
<https://doi.org/10.1017/S1478951517000633>
- Schaverien, J. (2002). *The dying patient in psychotherapy: Desire, dreams, and individuation*. London: Palgrave Macmillan.
- SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor.
- Sollner, W., Gross, R., & Maislinger, S. (2002). Psychotherapeutic interventions in melanoma patients. *Recent Results Cancer Res*, 160, 362-369.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-59410-6_41
- SOU 2001:6. *Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut*.
- Strada, E.A., Sourkes, B.M. (2009). Psychotherapy in the palliative care setting. *Primary Psychiatry*, 16(5), 34-40.
- Straker, N. (Ed.). (2013). *Facing cancer and the fear of death: a psychoanalytic perspective on treatment*. Rowman & Littlefield.
- Straker, N. (2020). The Treatment of Cancer Patients Who Die. *Psychodynamic Psychiatry*, 48(1), 1-25. <https://doi.org/10.1521/pdps.2020.48.1.1>
- Terry, P. (2018). Fears of death and fears of dying in the counter- transference. *Psychodynamic Practice*, 24(2), 160-171.
<https://doi.org/10.1080/14753634.2018.1458642>
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*.
<https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningsned.html>
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

Bilaga 1 Information om studien

Hej,

Mitt namn är Kristina Hammar och är student på *psykoterapeutprogrammet*, Sankt Lukas utbildningsinstitut, Ersta Sköndal Bräcke högskola. I utbildningens sista del ingår det att skriva ett examensarbete i form av en studentuppsats som publiceras på Diva portal när den är klar. Studien är en kvalitativ intervjustudie som ska beskriva *psykodynamiska psykoterapeuters upplevelser av mötet med svårt sjuka i livets sista tid*.

Ämnesvalet ligger till grund av författarens eget intresse och långa erfarenhet inom den palliativa vården i professionen som sjuksköterska. Har själv erfarit att det ibland är önskvärt hos den sjuka att få träffa en professionell samtalskontakt där de stödjande samtalen som erbjuds i sjukvården inte räcker till. Forskningen inom området visar att det finns stora behov av terapier hos den patientgruppen. När en människa drabbas av obotlig sjukdom ställs livet på sin spets och kan väcka många olika känslor som rör de stora livsfrågorna. Enligt *Nationella rådet för palliativ vård (NRPV)* beskrivs den palliativa vården som en helhetstänkande vård där det krävs särskild kunskap att hjälpa en patient som drabbats av livshotande och obotbar sjukdom. Med stöd av WHO:s definition och riktlinjer av palliativ vård (2002) ingår inte bara att lindra de fysiska symtomen utan även tillgodose de psykologiska, sociala och andliga behoven.

Syftet med studien är att undersöka hur psykodynamiska terapeuter upplever mötet med patienter i livets sista tid och vilka känslor som väcks hos terapeuten. För att kunna genomföra studien söker jag nu 4–6 psykoterapeuter med psykodynamisk bakgrund och med viss erfarenhet av terapier med patienter i livets slut.

Jag planerar att starta upp intervjuerna under november månad - 20 och varje intervju beräknas ta ca 45–60 minuter. Intervjuerna sker via ljudinspelning och behandlas konfidentiellt. Lämplig plats att göra intervjun på är din arbetsplats eller annat ställe som passar dig. Studien kommer följa de forskningsetiska principer som Vetenskapsrådet tagit fram inom den humanistiska/samhällsvetenskapliga forskningen. Samtycke om deltagande i intervjun skrivs under på separat blankett. Det är helt frivilligt att delta i undersökningen och du har rätt att avbryta ditt deltagande när som helst under studiens gång. Med hänsyn till den rådande pandemin följer vi Folkhälsomyndighetens aktuella rekommendationer.

Om detta låter intressant och du väljer att delta, kontaktuppgifter nedan.

Med vänliga hälsningar

Kristina Hammar

Student Steg-2 Psykoterapeutprogrammet, Ersta Sköndal Bräcke högskola.

Leg.sjuksköterska khammar.lyngby@gmail.com

Bilaga 2 Intervjuguide

Intervjuguide

Kan du berätta om dina erfarenheter av mötet med patienter som har en obotlig sjukdom och befinner sig i livets sista tid ?

Vilka svårigheter har du stött på?

Hur ser problematiken ut för den specifika patientgrupp som söker terapi hos dig?

Vilka känslor väcks hos dig i mötet med en svårt sjuk patient?

Använder du dig av överföring/motöverföring i det terapeutiska arbetet med en svårt sjuk patient?

På vilket sätt samtalar du och din patient om döden?

Har kontakten med döende patienter gjort att du fått funderingar kring din egen dödlighet? Vill du beskriva?

Hur ser du på den terapeutiska relationen/alliansen?

Hur ser du på den terapeutiska ramen?

Förändras den i arbetet med din patient?

Vilka erfarenheter har du av avslutet?

Upplever du att patienten fått hjälp med sina svårigheter?

Är det något du vill tillägga?

Din ålder och antal år i yrket som legitimerad psykoterapeut?

Bilaga 3 Samtyckesblankett

Samtycke till deltagande i studien

Jag har skriftligen blivit informerad om studien och valt att delta.

Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och kan välja att avbryta mitt deltagande när som helst utan särskild förklaring.

Med min underskrift till att delta godkänner jag hur Ersta Sköndal Bräcke högskola behandlar uppgifter i enlighet med den gällande dataskyddslagen gällande information om personuppgifter.

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Projektansvarig:

Kristina Hammar, Psykoterapeutstuderande, leg. sjuksköterska
khammar.lyngby@gmail.com

Handledare:

Lilian Pohlkamp, Adjunkt, fil.dr. Ersta Sköndals Bräcke högskola,
Institutionen för vårdvetenskap, Palliativt forskningscentrum
lilian.pohlkamp@esh.se