



ERSTA  
SKÖNDAL  
HÖGSKOLA

**S:t Lukas utbildningsinstitut**

Psykioterapeutprogram, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

Hösttermin 2021

**Läkarens omedelbara och indirekta  
motöverföringsreaktioner i akuta kliniska situationer  
med suicidala patienter**

**Physician's instant and indirect countertransference  
reactions in emergency situations with suicidal patients**

**Författare:**

Georgios Vyrinis



ERSTA  
SKÖNDAL  
HÖGSKOLA

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>Syfte och frågeställningar</b> .....	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Metod</b> .....	<b>5</b>
4.1	Undersökingsdeltagare .....	5
4.2	Datainsamlingsmetoder.....	5
4.3	Bearbetningsmetoder.....	6
4.4	Genomförande .....	6
<b>5</b>	<b>Forskningsetiska frågeställningar</b> .....	<b>7</b>
<b>6</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>7</b>
6.1	Omedelbar motöverföring.....	9
6.2	Indirekt motöverföring.....	12
<b>7</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>14</b>
7.1	Metoddiskussion.....	14
7.2	Resultatdiskussion.....	15
7.3	Förslag till fortsatt forskning.....	19
	Referensförteckning.....	19
	Bilaga 1.....	25
	Bilaga 2.....	26

## Sammanfattning/abstract

**Inledning:** Tidigare studier har visat att patienter som är diagnostiserade med emotionell instabil personlighetsstörning (EIPS) framkallar specifika motöverföringsreaktioner till sina terapeuter och omgivningen. Den samtida begreppet *motöverföring* används av terapeuten för att förstå patientens inre värld.

**Syfte:** Syftet med denna studie är att undersöka ST-läkares motöverföringsreaktioner vid bedömningen av patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning på psykiatrisk akutmottagning.

**Metod:** Tematisk analys. Semi-strukturerade intervjuer med fem ST-läkare verksamma inom psykiatri.

**Resultat:** Studiens resultat visade att motöverföringsreaktionerna kan delas upp i två övergripande teman. Å ena sidan motöverföringsreaktionerna som patienten framkallar hos läkarna under patient-läkarmötet och å andra sidan motöverföringsreaktionerna som är kopplade till läkarens tidigare yrkeslivserfarenheter med patienter som är diagnostiserade med emotionell instabil personlighetsstörning.

**Introduction:** Previous studies have shown that patients diagnosed with emotionally unstable personality disorder (EIPS) evoke specific countertransference reactions in their therapists. The contemporary concept of countertransference is used by therapists to understand the patient's internal world.

**Aim:** The aim of this study is to investigate the residents' countertransference reactions in the assessment of patients with emotionally unstable personality disorder in psychiatric emergency department.

**Method:** Thematic analysis. Semi-structured interviews with five residents in psychiatry.

**Results:** The results of the study showed that the countertransference reactions can be divided into two major categories. First, the countertransference reactions that the patient evokes in the doctors during the patient-doctor meeting and second, the countertransference reactions that are linked to the doctors' previous professional experiences with patients diagnosed with emotionally unstable personality disorder (EIPS).

**Diskussion:** Resultatet belyser ST-läkarnas motöverföringsreaktioner utifrån flera perspektiv med hänsyn till tidigare forskning och teori.

**Nyckelord:** ST-läkare, psykiater, motöverföring, emotionellt instabil personlighetsstörning, akutmottagning

**Keywords:** resident, psychiatrist, countertransference, borderline personality disorder, emergency department.

## 1 Inledning

Denna kvalitativa studie undersöker ST-läkares erfarenheter av att arbeta med patienter som är diagnostiserade med emotionell instabil personlighetsstörning (EIPS) på en Psykiatrisk Akutmottagning (PSAM). Det finns en växande mängd negativt präglad litteratur om psykiatripersonalens svårigheter att arbeta med EIPS-patienter (Aviram m.fl., 2006). Dessa svårigheter har främst varit relaterade till klinikernas upplevelse av svårhanterbara motöverföringsreaktioner. De flesta studier kring detta fenomen har varit av kvantitativa (Chiesa m.fl., 2000). Forskaren hade för avsikt att utforska ST-läkares erfarenheter av att arbeta med denna patientgrupp med hjälp av kvalitativ metod för att även undersöka kvaliteter som kan vara svåra att fånga genom en kvantitativ undersökning.

## 2 Bakgrund

Emotionell instabil personlighetsstörning (EIPS) och Borderline personlighetsstörning betraktas som samma diagnos fast de har olika namn. De tillhör två olika klassifikationssystem. Den första tillhör ICD-10 (The International Classification of Diseases) och den sistnämnda DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Alla diagnoser inom psykiatri i Sverige ställs enligt ICD-10. I denna studie kommer begreppet EIPS användas. EIPS är en personlighetsstörning som huvudsakligen kännetecknas av ett mönster av instabila och intensiva interpersonella förhållanden, affektlabilitet - inklusive intensiv ilska, dålig impulskontroll och ibland självskadehandlingar (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013) - samt störningar i identitet och självbild (Bender & Skodol, 2007). EIPS är den vanligaste personlighetsstörning som återfinns i kliniska sammanhang och finns i många olika kulturer runt om i världen (American Psychiatric Association, 2000). Patienter med EIPS är storkonsumenter av hälsovård, socialtjänst och - framför allt - psykiatrisk vård och akut sjukhusvård vilket resulterar i stora kostnader för samhället (Betan m.fl., 2005; Chiesa m.fl., 2002). Patienter med EIPS har visat sig ha en nedsatt funktionsförmåga i arbetslivet, i sociala relationer och i fritidsaktiviteter jämfört med patienter som är diagnostiserade med egentlig depressiv episod (Betan m.fl., 2005). En samhällsbaserad epidemiologisk studie, i ett stickprov av 859 psykiatriska öppenvårdsmottagningar i USA, fann man att 9,3 procent hade diagnosen EIPS (Zimmerman m.fl., 2005). I en svensk prevalensstudie fann man medianvärdet av prevalensen av EIPS på 5,4 procent av EIPS (Ekselius m.fl., 2001) utifrån ett representativt urval av normalbefolkningen, medan en norsk studie visade prevalens på 0,7 procent (Torgersen m.fl., 2001). Medianvärdet av prevalensen av EIPS i den allmänna befolkningen i USA är 1,6 procent (Betan m.fl., 2005). Patienter med EIPS är kända för stora fluktuationer i sin kliniska presentation. Beteendet hos patienter med EIPS (inklusive manipulation, självskada, aggressivt beteende och dålig följsamhet) kan utmana den terapeutiska relationen. Dessa beteenden kan förhindra klinikerns ansträngningar och skapa känslor av frustration och ilska hos vårdpersonal som försöker förstå, förutse och förebygga det destruktiva beteendet och de emotionella utbrotten hos denna patientgrupp. Kronisk suicidalitet är ett kännetecken för patienter med EIPS. Omkring 10

procent av patienter med borderline personlighetsstörning avlider till följd av självmord (Lieb m.fl., 2004). Cirka 75 procent av patienterna skadar sig själv medan 60–70 procent av patienterna gör flertal självmordsförsök (Gunderson m.fl., 2007). Oplanerade eller långvariga sjukhusvistelser, bland patienter på en allmänpsykiatrisk vårdavdelning, har emellertid visat sig ha begränsad effekt och ha negativa konsekvenser. Regression, återkommande inläggningar och en icke-återhämtning från kroniska självmordstankar är vid utskrivningen ofta fallet (Betan m.fl., 2005). Enligt den psykodynamiska teorin väcks hos patienten, i mötet med klinikern, dolda mönster av patientens mentala organisation, som kan vara fixerade på omogna nivåer som refererar till verkliga händelser eller fantasier i patientens egna upplevelser (Sadock m.fl., 2017). Dessa mönster kan aktiveras både i relationen med klinikern samt utanför behandlingssituationen i relationen med andra personer. Detta fenomen kallas för överföring. I överföringsmodellen tillförs klinikern gradvis känslor som vanligtvis förknippas med signifikanta personer (objekt) i patientens förflutna. Patienten förskjuter eller projicerar känslor som ursprungligen var riktade mot dessa tidigare objekt på klinikern, som sedan uppfattas växelvis som en vän eller fiende, en som är trevlig eller frustrerar behov och bestraffar, en som är älskad eller hatad, som det ursprungliga personen/objektet älskade eller hatade. Detta överföringsobjekt fungerar som en lins genom vilken patienten ser klinikern i bilden av en överföringsrepresentation (Sadock m.fl., 2017). Klinikerns omedvetna reaktioner som svar på patientens överföring är det ”klassiska” begreppet av motöverföringen som tenderar att se neurotiska konflikter hos kliniker som det huvudsakliga ursprunget till MÖ. Detta gäller för användningen av termen som först föreslagits av Freud (1910) och hans rekommendation var att klinikern övervinner sin motöverföring (Freud, 1912). Det samtida tillvägagångssättet kallades av Kernberg (1975) för det ”totalistiska”; här ses MÖ som klinikerns totala emotionella reaktioner på patienten i behandlingssituationen. Den sistnämnda skolbildningen menar att dessa reaktioner är kopplade till patienten som verklig person och patientens överföring i behandlingssituationen, samt på klinikerns verkliga behov i mötet med patienten och klinikerns egna neurotiska behov på individnivå (Kernberg, 1975). Detta andra tillvägagångssätt innebär också att dessa känslomässiga reaktioner hos klinikern är intimt sammansmälta, och att även om MÖ verkligen bör övervinnas, är den ett användbart verktyg för att få mer förståelse för patientens inre värld. Detta tillvägagångssätt använder en bredare definition av MÖ och förespråkar en mer aktiv teknisk användning av den. Motöverföringsreaktionerna kan vara intensiva och vara inom klinikerns medvetna uppfattning. De kan också vara subtila eller maskerade uttryck för affekter som ligger utanför klinikerns medvetenhet (Gabbard, 1999). Enligt Gabbard (1999) är MÖ en förväntad naturlig händelse i arbetet med patienter. Några av dessa är de automatiska mänskliga reaktionerna som framkallas av fientliga, farliga eller tragiska händelser; andra är reaktioner på patientens psykopatologi eller personlighet; och ytterligare andra är produkter av klinikerns egen personliga historia. Var och en av dessa (motöverföringsreaktioner) kan också utgöra ett problem (för klinikern) när patientens mönster uppfattas som särskilt komplicerat för klinikern, såsom framkallande av skuld eller hotande (Gabbard, 1999). Enligt denna utvidgade uppfattning, strävar patienten omedvetet att tvinga terapeuten in i en upprepning

av ett interpersonellt schema/mönster (Heimann, 1950; Kernberg, 1975). Enligt Kernberg (1975) är det inte bara patientens överföring utan även patienten som en verklig person som kan framkalla starka känslomässiga reaktioner hos klinikern. Enligt Heimann (1950), är det som skiljer detta förhållande från andra inte närvaron av känslor hos patienten och frånvaro av dem hos terapeuten, utan snarare graden av känslor som upplevs och hur terapeuten använder dem. Racker (1948) menade att när patienten mobiliserar klinikerns MÖ kallas den för direkt. När objektet som mobiliserar klinikerns MÖ inte är patienten själv utan en annan person, kallas MÖ för indirekt (Etchegoyen, 2005, s. 293). Exempelvis när en terapeut som är under utbildning är bekymrad över vad utbildningsledningen eller handledaren kommer tycka om terapeutens professionella prestation kring handläggningen av patienter samt eventuella konsekvenser som kan tillkomma. Enligt Etchegoyen (2005, s. 293), påverkas klinikerns indirekta MÖ när, av någon anledning, andra personer är inblandade i patientens problematik, exempelvis patientens anhöriga, klinikerns kollegor eller samhället i stort. Winnicott (1949) påpekar att det finns en "objektiv motöverföring", det vill säga klinikerns naturliga reaktioner på vissa av patientens beteenden i den kliniska situationen. Objektiv motöverföring uppstår när patienten väcker känslor som de flesta skulle uppvisa i mötet med patienten. Motöverföringen har conceptualiserats i relation till psykoterapiens specifika miljö. Redan 1957, använde Balint sig av motöverföringsbegreppet för att undersöka patient-läkarrelationen och märkte att läkare fick reaktioner mot patienten från det allra första mötet. Dessa reaktioner har observerats även bland sjuksköterskor och annan vårdpersonal (O'Kelly, 1998). När dessa reaktioner har observerats i akuta kliniska situationer har de kallats för "omedelbar motöverföring" (instant countertransference) (Moukaddam m.fl., 2016), definierad som en "omedelbar, spontan uppsättning av känslor som bildas i förhållande till patienter, även i den kortaste av kliniska interaktioner". Dessa reaktioner är baserade på vårdgivarens "förföreställningar och tidigare erfarenheter". De kan vara medvetna eller omedvetna, positiva eller negativa. För en vårdgivare är hanteringen av omedelbar MÖ av yttersta vikt, särskilt på en akutmottagning, där viktiga beslut fattas (ex utskrivning eller sjukhusinläggning). Ferenczi (1926) var den första psykoanalytikern som insåg vikten av MÖ i det terapeutiska förhållandet och menade att läkning kommer från detta förhållande. Enligt Gabbard & Wilkinson (1994) bör motöverföringsreaktionerna betraktas som en gemensam skapelse, där både terapeutens tidigare konflikter och patientens projicerade aspekter skapar specifika interaktionsmönster inom den terapeutiska processen. Ett centralt inslag i terapeutens roll är faktiskt att engagera sig i en introspektiv process som syftar till att skilja sina egna bidrag från patientens (Gabbard & Wilkinson, 1994); Kernberg m.fl., 1989). Bollas (1987) menar att vi för att hitta patienten, måste leta efter honom inom oss själva. Denna process pekar oundvikligen på det faktumet att det finns "två patienter" i rummet. Menninger (1959) säger att även om motöverföringens manifestationer kan vara medvetna kan de intrapsykiska tillstånd som resulterar i dess utseende vara omedvetna. Genom en bättre förståelse av motöverföringen kan klinikern avgränsa deltagandet av sitt eget förflutna. Klinikern måste, enligt Coen (2009) bibehålla både ett intrapsykiskt fokus och ett interpersonellt fokus i ett försök att reda ut vad som händer inom patienten och bära det inom sig själv.



Trots att den teoretiska litteraturen om MÖ är utbredd, är motsvarande forskning begränsad (Betan m.fl., 2005). Den mest studerade av alla personlighetsstörningar är EIPS. Huvudfokus för forskningen kring EIPS har dock varit ämnen såsom patientens avhopp från behandling (Meares m.fl., 1999; Gunderson, 2001); självmords- och självskadebeteende (Gunderson m.fl., 2007); återhämtning efter behandling (Leichsenring och Leibing, 2003); eller effektiviteten av de olika formerna av psykoterapeutiska ingrepp, särskilt dialektisk beteendeterapi (DBT) (Linehan m.fl., 1991), för både inläggande (Desperles, 2010) och öppenvårdspatienter (Giesen-Bloo m.fl., 2006). Medan de flesta studier om EIPS har varit kvantitativa, finns det nu ett ökande antal kvalitativa studier med semistrukturerade intervjuer, och några av dem som kombinerar både kvalitativa och kvantitativa metoder (Chiesa m.fl., 2000). De flesta kvalitativa studier har haft fokus på EIPS-patientens upplevelse av sjukdomen (Holm, 2009) och av att få behandling med DBT (Hodgetts m.fl., 2007; Hummelen m.fl., 2007) och andra typer av psykoterapi. Enligt Perry m.fl. (1999); det finns ingen känd definitiv behandling av personlighetsstörningar. Enligt Krawitz m.fl. (2004) är en kortare inläggning det huvudsakliga kortsiktiga målet medan främjandet av patientens ansvar och egenmakt (empowerment) är det långsiktiga målet. Patienterna måste ges möjlighet att lära sig tolerera sina tankar och känslor under en kris. Enligt Bateman & Krawitz (2013) finns det många skäl att undvika sjukhusinläggning. Enligt expertis, som inte alltid är tillförlitlig men i det här fallet matchar den bästa tillgängliga evidensen, är akut slutenvård ofta suboptimal för behandling av personer med EIPS. I bästa fall är det neutralt för patientens långsiktiga förlopp; i värsta fall är det skadligt. Ändå kan det naturligtvis också vara livräddande på kort sikt när det används rimligt. Enligt Krawitz (2004) bör psykiatripersonal acceptera den kortsiktiga risken för självskada och självmord hos patienter med EIPS i större utsträckning.

**Sökord:** physician, trainee, resident, psychiatrist, therapist, countertransference, emotions, borderline personality disorder, emotionally unstable personality disorder, emergency department/room. Databassökning gjordes under perioden år 1990–2021 på PubMed, PsycINFO, PEP, Diva och Google Scholar. Det fanns inte några studier som fokuserade på läkarnas motöverföringsreaktioner i mötet med EIPS-patienter på PSAM. Därför forskningen som blev relevant som bakgrund för min studie var forskning om terapeuters/vårdpersonals motöverföringsreaktioner i mötet med EIPS-patienter på akutmottagningar.

### 3 Syfte och frågeställningar

Syftet med föreliggande arbete är att undersöka läkarens motöverföringsreaktioner i akuta kliniska situationer med patienter som är diagnostiserade med EIPS. I den här studien används den utvidgade uppfattningen om MÖ (Gabbard & Wilkinson, 1994; Kernberg, 1975) som anses vara allestädes närvarande och oundviklig (Goldstein & Goldberg, 2004) och terapeuten anses vara en mänsklig, subjektiv och sårbar varelse precis som patienten (Goldstein & Goldberg, 2004).

### ***Vetenskapliga frågeställningar:***

1. Vilka motöverföringsreaktioner uppstår inom läkaren i svåra kliniska situationer och specifikt vid genomförandet av suicidriskbedömningar hos patienter med en omfattande självdestruktivitet och en kroniskt förhöjd suicidrisk?
2. På vilket sätt kan läkarens egna motöverföringsreaktioner påverka dennes beslutsfattande vid en akut psykiatrisk situation?

## **4 Metod**

### **4.1 Undersökningsdeltagare**

I studien ingår fem stycken ST-läkare inom psykiatri, som är anställda på Psykiatri Affektiva, på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Urvalet gjordes efter att den planerade studien presenterades på ett ST-läkarmöte. Urvalet fastställdes genom att de första fem ST-läkare som önskade delta i studien anmälde sitt intresse via mejl. Information om studien gavs muntligt. Läkare som inkluderades i studien hade träffat en patient (inom 2 månader) som sökt vård och behandling på psykiatrisk akutmottagning (kallas här efter för PSAM) med EIPS och hade ställt läkaren inför svåra överväganden. På grund av att ST-läkarna ingår i en mindre grupp anges inte information om ST-läkarnas kön och arbetslängd i studien för att undvika att ST-läkarna identifieras.

### **4.2 Datainsamlingsmetoder**

Fem ST-läkare deltog i studien och med hjälp av en frågeguide genomfördes semistrukturerade intervjuer (se bilaga). Frågeguiden utgick ifrån två övergripande frågeställningar som dels handlade om beslutsfattande, konflikter till följd av beslutsfattande, och dels motöverföringsreaktioner till följd av mötet med patient samt motöverföringsreaktioner i efterhand. Frågeguiden inspirerades av artikeln "Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation" (Betan m.fl., 2005). Artikeln hjälpte till att ringa in viktiga frågeområden. För att läkaren (fortsättningsvis kallad informant) skulle få tillgång till sina känslomässiga reaktioner ombads informanten inledningsvis att berätta om mötet med en patient på psykiatrisk akutmottagning där informanten ställts inför svåra överväganden. Samtliga intervjuer varade i ungefär 45-60 minuter och spelades in på ljudfil. Intervjuaren ställde även öppna följdfrågor som var fokuserade på studiens frågeställningar men som ändå följde informanternas individuella sätt att svara på frågorna. Frågorna hade till syfte att undersöka informanternas subjektiva upplevelser i relation till patienten samt andra aktörer (kollegor, anhöriga, övrig vårdpersonal, mm). Följdfrågorna var en viktig del av intervjun eftersom avsikten var att kunna få en del av undertexten i en mer manifest text utan att intervjuaren själv skulle påverka eller tolka informanternas svar. Fördjupande icke-ledande frågor som syftade till både medvetna och mindre medvetna aspekter, författarens nyfikenhet samt ett tillåtande och avspänt förhållningssätt var bland de viktigaste delarna av intervjun. Detta för att skapa grund för en tillitsfull relation som kunde resultera i att informanten vågade

berätta om bland annat svåra upplevelser. Ljudfilerna transkriberades därefter till text.

### 4.3 Bearbetningsmetoder

Det insamlade materialet bearbetades utifrån en tematisk analys (Braun & Clarke, 2006). Intervjuerna syftade till att beskriva läkarnas motöverföringsreaktioner. Innehållet i intervjuerna transkriberades (totalt 58 A-4 sidor text, 9–14 sidor per intervju) och studerades noggrant och aktivt flera gånger. Efter att författaren skapat sig en första övergripande bild av materialet skapades koder utifrån de mest grundläggande elementen i datan av värde för forskningsfrågan. Materialet från varje enskild intervju granskades och det gjordes en jämförelse av materialet mellan intervjuerna. Koderna analyserades sedan och bildade grunden för mer övergripande, preliminära teman och underteman. På ett systematiskt sätt gick analysen fram och tillbaka mellan de grundläggande koderna och de framväxande temana som befann sig på en högre nivå av tolkning, för att kontrollera att mönstren återfanns i data. Under databearbetningen identifierades och analyserades tjugotre koder, i datan. Dessa koder grupperades i tre preliminära huvudteman *Medvetna*, *Omedvetna känslor* eller *Attityder och nio subteman*. Hela materialet lästes om utifrån de sistnämnda teman och subteman vilket resulterade i två huvudteman om *Intrapsykiska* och *Interpersonella aspekter*, det bedömdes dock att dessa två huvudteman inte delade koderna i tydliga huvudteman. Till slut tolkades materialet utifrån tidigare teori och valdes två andrahuvudteman som benämndes för *Omedelbar Motöverföring* och *Indirekt Motöverföring*, sex underteman skapades dessutom. Varje tema fångade något viktigt hos datan i relation till forskningsfrågan samt representerade ett meningsfullt mönster inom hela datan. För att belysa varje tema valdes citat som redovisades under resultatrubriken. Små förändringar i form av korrigeringar med avseende på grammatik eller vid upprepningar av ord, alternativt förändringar för att skydda informantens, eller patientens anonymitet fördes in. Författarens förkunskap i ämnet bidrog till en djupare förståelse och en sökning efter generella mönster gjordes, delvis av det som intervjudeltagarna delade, delvis individuella fynd av värde. Ambitionen med denna analysmetod var att den på ett strukturerat och lyhört sätt skulle lyfta fram läkarperspektivet. För att kunna ha ett mer objektiv förhållningssätt har datan diskuterats med en mer erfaren kollega från en annan klinik.

### 4.4 Genomförande

Information om studien gavs muntligt under ett ST-läkarmöte av författaren. Författaren deltog mötet via Skype-för-företag. De första fyra intervjuerna genomfördes mellan november 2020 till februari 2021 och den sista intervjun genomfördes i augusti 2021. Samtliga intervjuerna ljudinspelades med mobiltelefon. Med hjälp av handledaren och vetenskapliga verktyg eftersträvade författaren att sätta sin förförståelse av MÖ och sina egna motöverföringsreaktioner i mötet med sina patienter inom parentes för att kunna distansera sig och analysera materialet (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2017). Det vetenskapliga verktyget är metoden som används, dvs tematisk analys.

## 5 Forskningsetiska frågeställningar

Studien har genomförts i enlighet med ”Lag om etikprövning av forskning som avser människor” (SFS 2203:460). Enda möjliga negativitet för informanter att delta i studien var att de behövde avsätta tid i samband med intervjun. Detta bedömdes dock övervägas av att informanten sannolikt uppfattade det som positivt att forskning bedrevs inom aktuell läkargrupp. Eftersom läkargruppen utgör en mindre arbetsgrupp, var det också särskilt viktigt att poängtera att alla data kommer att publiceras på gruppnivå. Enskilda informanter som deltog i studien var inte identifierbara. Det framgick att deltagandet i studien var frivillig och att man när som helst under intervjun kunde avbryta deltagandet (Langemar, 2008). Informanterna erbjöds även att ta del av färdigställd uppsats. De transkriberade intervjuerna förvarades inlåsta i ett arkivskåp som endast intervjuaren hade tillgång till. De digitala inspelningarna destruerades efter transkribering. För att det skulle vara ett så fritt samtal som möjligt var intervjupersonerna inte i någon beroendeställning till intervjuaren, dvs relationen var inte ST-läkare och handledare/mentor (Langemar, 2008).

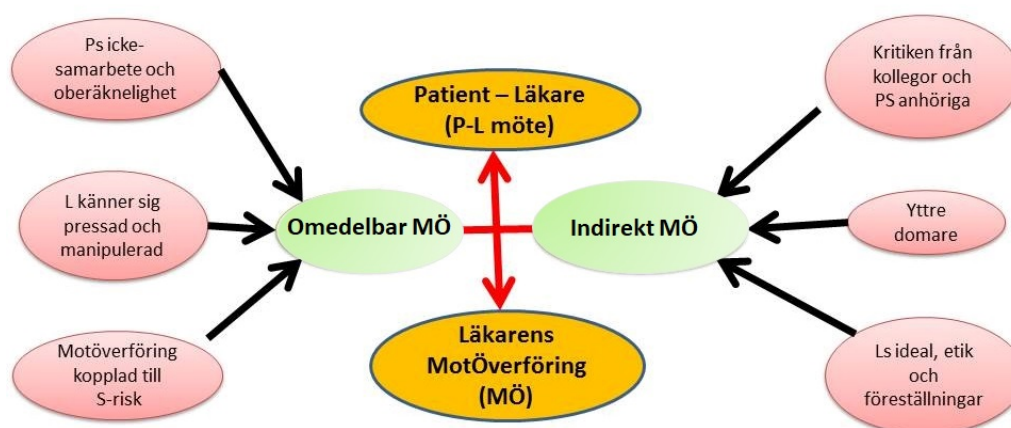
När studien presenterades, av intervjuaren för intervjupersonen hade det framgått att intervjuaren själv haft erfarenhet av mötet med patienter som hade lett fram till olika slags reaktioner och att denna erfarenhet visade på att det inte var givet på förhand hur man skulle reagera och agera i mötet med svåra patienter. För att kunna påverka den egna förförståelsen ställde intervjuaren öppna frågor till informanterna och försökte ha ett såpass neutralt och nyfiket förhållningssätt som möjligt när datan granskades.

## 6 Resultat

Analys av data fastställde två huvudteman, som beskriver informanternas upplevda erfarenheter av att arbeta med människor som har EIPS. Huvudteman och underteman presenteras nedan i tabell 1. De presenterar informanternas erfarenheter av att arbeta som ST-läkare inom psykiatri och möta denna patientgrupp på psykiatrisk akutmottagning i samband med bedömning.

Tabell 1

Subteman	Huvudteman
<p><i>6.1.1 Att handskas med patientens icke-samarbete och oberäknelighet</i></p> <p><i>6.1.2 Att känna sig pressad och manipulerad</i></p> <p><i>6.1.3 Motöverföringsreaktioner kopplade till suicidrisk</i></p>	<p><i>6.1 Omedelbar motöverföring</i></p>
<p><i>6.2.1 Kritiken från andra (kollegor och patientens anhöriga)</i></p> <p><i>6.2.2 Yttre domare</i></p> <p><i>6.2.3 Läkarens ideal, etik och föreställningar</i></p>	<p><i>6.2 Indirekt motöverföring</i></p>



## 6.1 Omedelbar motöverföring

### 6.1.1 Att handskas med patientens icke-samarbete och oberäknlighet

Patientens icke-samarbetsvilja under samtalet med informanterna väckte flera motöverföringsreaktioner. De observerade beteenden som patienterna uppvisade var att inte svara på frågor om suicidalitet, vara helt tysta, otydliga, ironiska, ifrågasättande, nedvärderande och negativt inställda till informanternas förslag för planering och behandling. Detta ledde till att informanterna upplevde känslor av frustration, irritation, ångest, otillräcklighet, försiktighet, kontrollförlust, obehag och rädsla:

*”Lite tvivel på hur man skall göra. Oro. Ibland lite irritation för att man känner att man blir satt i en sådan situation som är jobbig och att man känner att man inte riktigt får med sig, att man inte kan samarbeta. Detta kan skapa lite irritation och frustration som är lite samma sak. Så man får ofta samma känslor, i upprepade situationer, man blir lite frustrerad och det blir aldrig blir riktigt bra.”*

En av informanterna beskrev även kroppsliga motöverföringsreaktioner:

*”Jag kan få svåra känslor som kan handla om patienten själv. Jag kan bli provocerad av patienten. En frustration men att jag kan känna mig illa berörd och känna en slags känsla att vilja gå därifrån, speciellt när det blir skarpa uttalanden om min egen person och hela psykiatrin men det allra värsta när de uttrycker att de inte längre vill leva. Jag känner mig illamående när jag känner att jag måste hantera detta och patienten skriker låt mig dö.”*

Samtliga informanter beskrev att de kände sig rädda för patienternas reaktion:

*”Man kan bli rädd för patientens reaktion om bakjouren ger negativt besked”*

Flera informanter beskrev att de fick motöverföringsreaktioner i form av självtvivel:

*”Så kanske det finns en frustration över att inte veta. Kanske att man känner sig otillräcklig. Det är svårt för mig att göra bättre”*

### 6.1.2 Att känna sig pressad och manipulerad

Flera informanter talade om att de under bedömningen av patienter med EIPS kände att patienterna försökte manipulera deras bedömning. En informant uttryckte följande: *”Det är en irritation eller till och med frustration. Upplever man att man blir manipulerad kan det väcka en irritation.”*

Detta utlöste känslor av frustration hos informanterna som påpekade att det kändes som om patienten försökte manipulera dem att fatta beslut som de annars inte hade tagit. En av informanterna uttryckte detta på följande sätt:

*”Det väcker min irritation, en frustration för att jag inte känner jag kan säga till någon att du hittar på. Det är hela överenskommelsen mellan oss att vi är uppriktiga mot varandra. Exempelvis vill de bli inlagda men samtidigt ljuger om det. Det är provocerande såklart. Jag tänker att de inte ljuger medvetet. Det har mer att göra med deras emotionella instabilitet.”*

I de värsta fall ledde detta fram till beslut om tvångsåtgärder och inläggning på en slutenvårdsavdelning enligt LPT (Lag om psykiatrisk tvångsvård [LPT], SFS 1991:1128). Flera informanter uttryckte motöverföringsreaktioner i form av skuld,

skam, irritation, sorg, medlidande och även frustration när de kände sig pressade och manipulerade av patienten att ordinera tvångsåtgärder som gick emot deras initiala bedömning. Samtliga informanter upplevde att det kändes lättare att fatta beslut om tvångsvård vad gäller en patient med psykos, mani eller svår depression jämfört med en patient med EIPS.

*”Det är väldigt otillfredsställande, man känner att man inte gör ett bra jobb. Kanske skuld och skam. Har jag gjort något fel? Har jag inte hanterat det på ett bra sätt? Och en irritation om jag upplever att patienten har manipulerat till det. Och sorg och medlidande.”*

### **6.1.3 Motöverföringsreaktioner kopplade till suicidrisk**

Patienter med en kronisk förhöjd suicidrisk är både impulsiva och kraftigt utagerande. I samband med bedömningen av suicidrisken på Psykiatrisk Akutottagning (PSAM) är detta en svår uppgift som väcker både oro och rädsla hos informanterna. Ofta måste bedömningen göras i samband med att patienten är påverkad av alkohol eller droger, utagerande och/eller aggressiv. Som läkare ska bedömningen gå ut på att ta reda ut om patienten har en allvarlig psykisk störning i lagens mening, dvs. en djup depression, psykos eller mani. Detta i syfte att bedöma om patienten skall vårdas frivilligt eller enligt tvångsvård:

*“Så jag trodde också att det kunde finnas en akut förbjud risk, men där var jag väldigt tydlig med att det här inte kommer bli bra, hur jag än gör. Det kommer att bli tvångsvård och tvångsåtgärder. Det kommer att bli utagerande och inte bli någon bra inläggning, men om patienten går hem så kommer jag att vara jätteorolig för att suicidrisken är hög, just det dygnet.”*

När informanterna inte fattade beslut om tvångsvård kunde de känna sig oroliga över att patienten allvarligt skulle komma att skada sig eller begå självmord. Känslor av att ha gjort fel och självtvivel beskrevs av alla informanter både när de fattade beslutet om inläggning och/eller tvångsvård, alternativt om utskrivning till hemmet beslutats:

*“Inte förutsättningar för vårdintyg och släppt hem men varit orolig efteråt. Jag är rädd att patienten av- eller oavsiktligt skall ta sitt liv och jag var den sista personen som träffade patienten. Hela omgivningen kommer reagera och jag kommer känna skuld som inte är lätt att bära. Det blir jättejobbigt. Jag har varit med om några enstaka fall och jag tyckte det var jättejobbigt.”*

Samtliga informanterna beskrev att de kände känslor av oro, självtvivel/skam, sorg och rädsla när de gjorde bedömning av patienternas suicidrisk:

*“En känsla av tvivel. Gjorde jag rätt? Har jag gjort rätt? Tvivel. Också lite sorg, om en människa skulle dö, det är aldrig roligt. Tror det är de primära känslorna. Gjorde jag rätt och det är ledsamt om en människa skulle dö. Och om det skulle visa sig att jag har gjort fel skulle det kännas väldigt hemskt. Därifrån kommer rädsla. Man har inte lust att vara den som [sist] träffade patienten vid livet. Det blir svårt, svårt att släppa.”*

## **6.2 Indirekt motöverföring**

### **6.2.1 Kritiken från andra (kollegor och patientens anhöriga)**

Majoriteten av informanterna uttryckte känslor av ilska mot personalen på PSAM vilka systematiskt påpekade att patienter med EIPS absolut inte bör läggas in, utan

bli utskrivna. En informant uttryckte sig enligt följande: *En irritation med personalen på akutmottagningen som kan komma med förutfattade.... "det är bara att skicka hem."*

Dessa påpekanden kunde delges innan ens informanten hade träffat patienten: *"Jag kan känna mig arg mot personalen på akuten som kan också vara på. Vill man ringa bakjouren kan personalen börja sucka lite. Och även när man sitter med en patient och det tar jättelång tid och man börjar fundera på vad andra tänker om mig."*

Tre av informanterna beskrev att de kunde känna sig fega och okunniga vid bedömning om inläggning. Informanterna menade att personalen på PSAM hade träffat patienterna enbart för triageundersökning men att de var snabba med att påpeka om utskrivning av patienten trots att informanten själv var ansvarig för bedömningen av patientens suicidrisk.

*"Och ibland kan personalen säga att hon bara kan gå hem, hon är alltid så. Och jag måste stå för min bedömning. Och det är min bedömning som gäller. Jag kan känna att jag är feg, undfallande."*

Bakjouren är en mer erfaren kollega som ansvarar för inläggningen på slutenvården. Fyra av informanterna poängterade känslor av både otillräcklighet och självtvivel när de ringde bakjouren för att rådgöra kring patienten. *"Det är lätt att sitta hemma". Man blir arg och obekväm. Man kan bli arg mot en person som har makt och inte verkar förstå."*

Gemensamt för alla informanter var att de fick känslor av både frustration och ilska när bakjouren inte godkände inläggningen av en patient med EIPS, trots informantens bedömning. Tre av informanterna beskrev även känslan av skam när de ringde bakjouren under nattetid för att få diskutera ett patientärende hos en patient med EIPS:

*"Nu har jag den här borderlinepatienten, vågar jag ta det här beslutet? Ska jag skicka patienten utan att ha ringt eller ska jag ringa och tänka att någon annan kommer tänka att jag är osjälvständig?"*

När informanterna själva beslutade att lägga in en EIPS-patient på avdelning beskrev de känslor av skam, otillräcklighet och självtvivel. Detta eftersom patienter med EIPS kunde uppvisa ett kraftigt utagerande beteende, självskadebeteende och även aggressivitet på avdelningen:

*"Kanske skam, för att alla vet att det inte kommer bli bättre. I de allra flesta fall en bakjour godkänner en inläggning men det blir en sorts skam om vad den personen kommer tänka om mig. Och samma mot slutenvården, har man inte varit på en avdelning där man inte sa...igen? kolla att de la in den här igen!"*

Samtliga informanter påpekade att de tidigare vid upprepade tillfällen varit med om när andra kollegor, specialistläkare och/eller personal på slutenvårdsavdelningen kritiserade inläggningen av en EIPS patient.

*"Och sedan tänker man om vad överläkaren kommer tänka dagen därpå: "hur kunde de lägga in den här patienten?" Jag kan känna mig som en dålig läkare. En känsla av otillräcklighet. Och den känslan är svårare att bli av med."*



När flera informanterna fattade beslut om inläggning kände informanterna känslor av skam och ansvarskänsla över risken att patienten kunde uppvisa ett oberäkneligt beteende på avdelningen:

*“Skam eller oro för att jag kommer att känna skam för att det alltid kan gå fel. Det kan bli fel för att det blir tvångsvård och tvångsåtgärder och att det kan bli elände och utagerande på avdelningen”*

En kroniskt förhöjd suicidrisk leder ofta till känslor av hopplöshet, skam, skuld, rädsla, oro och förtvivlan hos patienternas anhöriga. Inte sällan uttrycker anhöriga ett missnöje och uppvisar kritiska reflektioner över den vård som psykiatrien erbjuder dessa patienter:

*“Och sedan är det anhöriga och deras förväntningar. Exempelvis när anhöriga berättar att patienten har varit på tågspåret och man försöker förklara för anhöriga att vi inte tycker patienten skall läggas in.”*

Samtliga informanter talade om att de upplevde skuld- och ansvarskänsla gentemot anhöriga. Dessa känslor fanns tillsammans med en rädsla att informanten var/skulle vara den sista personen som patienten träffade innan patienten avslutade sitt liv. Följande citat belyser detta:

*“Gentemot anhöriga blir det stressigt eftersom jag skulle få skuld-känslor och skam ifall patienten skadar sig allvarligt eller dör”*

### **6.2.2 Yttre domare**

Flera informanter beskrev att de kunde uppleva motöverföringsreaktioner som var kopplade till patientens suicidrisk och utredningen som tar vid efter att en patient begått suicid. Utredningen genomförs först på kliniken (alla inblandade kliniker och anhöriga intervjuas). Sedan görs bedömning av chefsöverläkare och därefter går möjligen utredningen vidare till IVO (Inspektionen för Vård och Omsorg). Samtliga informanter upplevde att bedömningen av en suicidal patient som informanterna inte tidigare träffat blev ett svårt beslut. Känslomässigt kände de sig drabbade med känslor av rädsla, oro, och skuld-känslor. De talade om svårigheten att bedöma om det fanns en akut förhöjd suicidrisk hos en patient med en kroniskt förhöjd suicidrisk:

*“Det blir en björntjänst om man lägger in dem. De är svåra att bedöma och det finns en förhöjd suicidrisk hela tiden och man vill göra det bästa som möjligt för patienten i stunden. Och det kan bli rörigt och gapigt. De kan säga saker som man vet inte hur man ska hantera.”*

Tre informanter beskrev att de kände sig oroliga för Socialstyrelsens och IVO-granskning efter patientmötet avseende patientansvaret. Informanterna var oroliga om de hade gjort tillräckligt bra anteckningar i samband med bedömningen av patienter med EIPS eftersom de upplevde att det kan få konsekvenser ifall patienten skulle ta livet av sig:

*“Rädd för patienten att inte ta livet av sig. Rädsla att man inte dokumentera tillräckligt och man ska gå igenom dokumentationen och granska ordentligt och om det händer någonting det vanliga är att man bli arga på sjukvården och det kan finnas konsekvenser. Det enda man utgår efter en suicid är vem den sista läkare som patienten träffade var.”*

En av informanterna beskrev att han/hon vid inläggning av en EIPS patient ville vara tydlig i sin anteckning med att det fanns en förändring i patientens tillstånd vilket utgjorde en akut och allvarlig suicidrisk. Detta gjordes enligt informanten eftersom beslutet om inläggning av patienten ledde till känslor av otillräcklighet: *“Så det blir väl gärna så att man vill gå i försvarsställning när man gör en anteckning och kanske vill trycka på, verkligen, att man tycker att det är för hög risk just nu, att detta har hänt och att det är en skör period för patienten”*

En informant beskrev inga känslor av oro eller rädsla för konsekvenser från IVO: *“Det är en bedömning, man kan aldrig veta ifall patienten kommer ta livet av sig och vi behöver leva med den risken. IVO brukar aldrig straffa läkarna om man, så klart, inte har gjort ett jättestort fel”*

### **6.2.3 Läkarens ideal, etik och föreställningar**

Läkaren har en plikt - att hjälpa och inte skada. Samtliga informanterna beskrev att de hade negativa tankar om sin egen kompetens och kände känslor av otillräcklighet, skam och självtvivel när de fattade beslut om tvångsåtgärder och/eller inläggning av patient på en slutenvårdsavdelning enligt tvångsvård. Dessa känslor kom tillsammans med andra såsom irritation och frustration i samband med patienternas kraftiga utagerande beteende under läkarbedömningen, trots informanternas försök till kommunikation och hantering av patientens utagerande genom samtal eller avslappningsmetoder:

*“Men oftare i denna patientgrupp, jämfört med andra patientgrupper, är känslan av otillräcklighet stor. Det är svårt att hjälpa dem på akuten på ett bra sätt, tycker jag. Det är nog för att denna grupp är svår, jag tror att detta väcks hos många, men om man skall ta det mer personligt, så är det en viss skam över att inte kunna göra något som man tycker är tillräckligt bra för dem. Det känns jättejobbigt när man skall lägga patienten i bältet och ordinera tvångsmedicinering. Jag vet inte, men jag funderar ofta på hur andra skulle ha hanterat situationen, om någon annan hade kunnat göra det på ett bättre sätt. Vilket ju säkert är sant ibland och inte sant andra gånger.”*

Fyra informanter beskrev att de kände sig pressade och fångade av patienten att fatta beslut om tvångsåtgärder, trots att de ville lösa situationen på ett annat sätt. Två av informanterna undrade om någon annan hade kunnat hantera situationen på ett annat/bättre sätt:

*“När jag ville bli läkare, så var det ofta för att hjälpa, men många gånger så känner man att man bara försöker att inte stjälpa och göra situationen sämre. Det är nog också den här frustrationen att man vill, att man har valt det här för att man vill vara duktig på det och hjälpa till och så.”*

Den konfliktfyllda situationen som informanter upplevde under och efter patientmötet var redan närvarande innan det verkliga mötet med patienten. Samtliga informanter beskrev att de hade förföreställningar om att patienter med EIPS är svåra att hantera på PSAM (psykiatrisk akutmottagning) eftersom de brukar vara manipulativa, oberäkneliga, impulsiva och inte fullt ut samarbetsvilliga. En av de informanterna beskrev detta på följande sätt: *“Redan innan man träffar dem finns det en osäkerhet och en oro om hur det här kommer att gå.”*

Bedömningen av dessa patienter skapar oro och ångest hos informanterna. Dessa känslor var kopplade till känslor av bland annat frustration, osäkerhet, rädsla och kontrollförlust.

*“Möjligtvis ibland någon form av missnöje att patienten kommer och tar din tid. Det är en grupp som har en suicidal kommunikation som kan ha vissa manipulativa tendenser och man vet att det inte kommer bli någon förbättring efter ett inläggande vårdtillfälle. Så kanske det finns en frustration.”*

## **7 Diskussion**

### **7.1 Metoddiskussion**

Studien har undersökt informanternas upplevelser och resultaten gör inga anspråk på att kunna generaliseras. Frågeställningarna var anpassade efter den kvalitativa metoden. Användningen av semistrukturerade intervjuer har resulterat i önskvärda, mångfacetterade och nyanserade svar. Informanterna fick en del följdfrågor eftersom undersökningens huvudsyfte var att undersöka omedvetna processer. Intervjuerna anpassades till respektive informants sätt att berätta. Kvantitativ forskning anses inte kunna producera denna typ av kunskap.

Informanternas reflektioner under intervjun kan dock ha påverkats av de olika teman och frågornas formulering. Den förutbestämda tiden som intervjun varade kan också ha påverkat informanternas reflektioner. Brist på erfarenhet för öppna kvalitativa intervjuer och kvalitativa studier hos författaren samt att en av intervjuerna genomfördes digitalt via ”Skype för företag” kan ha påverkat studiens resultat. Resterande intervjutillfällen genomfördes fysiskt på en sjukhustomt. De fyra första intervjuerna gjordes efter varandra medan den femte intervjun genomfördes fyra månader efter intervjun nummer fyra vilket kan ha påverkat studiens resultat. Sist, men inte minst, är det svårt att helt värdera hur mycket en intervju kan beskriva informanternas upplevelser av ett fenomen och hur väl transkriberingen av intervjuerna återspeglar vad informanterna tänkte säga (Kvale, 1996).

Informanterna bestod av en homogen grupp. Urvalet för studien var ST-läkare inom psykiatri och antalet möjliga informanter var begränsat. Detaljer och fakta som kunde härledas till person och organisation har utelämnats i resultat. Detta i syfte att göra materialet ospecifikt och begränsat gällande särskilda detaljer. Fördelen med urvalet av informanterna är att man kan få ett perspektiv av hur det fungerar för en mindre grupp i ett större sammanhang, där de har en gemensam nämnare i deras psykiatriska arbetssätt.

Genomförandet av en kvalitativ studie gjorde det möjligt för informanterna att dela sina upplevda erfarenheter med författaren och förse författaren med fördjupad och rik information om informanternas upplevelser. Även om alla informanter kunde uttrycka upplevelser som befann sig inom de flesta teman, beskrevs vissa teman inte av samtliga. Således är det möjligt att vissa informanter inte upplevde alla fenomen, vilket andra informanter gjorde. Alternativt kan informanterna ha upplevt liknande eller samma motöverföringsreaktioner, men

dessa upplevelser hade inte lika stor betydelse för dem och benämndes därför inte under intervjuerna. Även om det fanns tydliga likheter mellan informanternas berättelser, har dessa upplevelser individuella betydelser för var och en av dem. En informant anses inte ha upplevt samma fenomen exakt på samma sätt, även om det ibland fanns tydliga likheter mellan informanternas berättelser. Man kan dra en slutsats att medan varje informants individuella upplevelse var unik och speciell, fanns det några som delades samt allmänna aspekter av den (Marozsan, 2012).

En del av etiska frågeställningar och överväganden framkom under intervjuerna med informanterna avseende deras psykiatriska arbeten. Detta kan ha gjort att informanterna har svarat försiktigare i dessa frågor. Även om författaren inte längre tillhör gruppen med ST-läkarna sedan november 2018 kan informanternas svar ha påverkats av faktumet att författaren också är anställd inom samma klinik. Författaren har försökt vara empatisk mot informanterna under intervjuerna med tanke på att informanterna, under intervjun, beskrev situationer som de kände sig sårbara i och talade om upplevelser som de upplevde kunde vara utmanande för dem. Detta kan ha påverkat informanternas svar fast det ansågs nödvändigt av författaren att visa empati med tanke på att informanterna blev placerade i en känslig situation. Informanterna fick dock möjlighet att inte svara på frågor som skulle vara för känsliga för dem. För att kunna påverka den egna förförståelsen hade författaren bätt andra kollegor, både från den egna kliniken som författaren arbetar på, och även från två andra kliniker i Sverige, att läsa intervjuguiden innan intervjuerna genomfördes och även studien i sin helhet efterhand.

Följdfrågorna som anpassades beroende på informanternas initiala svar på frågorna har varit ett viktigt verktyg för datainsamlingen. Denna studie har försökt illustrera hur ett idiografiskt förhållningssätt belyser psykiatri ST-läkarnas motöverföringsreaktioner av att arbeta med EIPS patienter. Förståelsen av detta fenomen är viktig för att förbättra arbetet med denna patientgrupp och förbättra vården för dessa individer. Tematisk analys som metod är ett värdefullt bidrag till kvalitativ forskning, som underlättar en fördjupad förståelse och en detaljerad analys av individens subjektiva upplevelse. Som diskuterats ovan har få eller inga tidigare studier inom detta område undersökt detta hittills. Det faktum att informanterna i denna studie avslöjade mycket liknande erfarenheter som mina i arbetet med EIPS-patienter, utan att jag delade erfarenheter med dem, gjorde det lättare för mig att hålla tillbaka mina egna föreställningar och förutfattade meningar under intervjuerna och analysen av data (Marozsan, 2012).

## 7.2 Resultatdiskussion

Studiens syfte var att åskådliggöra motöverföringsreaktionerna som uppstår hos en ST-läkare vid genomförandet av suicidriskbedömningar hos patienter med EIPS på PSAM och på vilket sätt läkarens egna motöverföringsreaktioner kan påverka beslutsfattandet.

Informanterna i denna studie beskrev mycket frekventa negativa motöverföringsreaktioner i deras arbete med EIPS patienter på PSAM. Dessa

beskrivningar var i enlighet med en växande mängd litteratur om psykiatripersonals svårigheter att arbeta med och möta EIPS-patienter (Aviram m.fl., 2006; Betan m.fl. 2005). Det verkar dock finnas mycket lite kvalitativ forskning om psykiatrivårdspersonalens erfarenheter av att arbeta med EIPS-patienter (Marozsan, 2012). Författaren till denna uppsats hittade inte några andra kvalitativa studier som undersökte läkarnas motöverföringsreaktioner av att arbeta med EIPS-patienter på PSAM. Tidigare studier förlitade sig på kvantitativa undersökningsmetoder. Jämförelser av studiens fynd med tidigare resultat av liknande forskning har därför varit begränsad. Det har dock gjorts ett försök att beskriva varje framväxande tema med tillhörande befintliga publikationer om EIPS i forskningslitteraturen som är gjord med annan psykiatripersonal/psykoterapeuter och att jämföra resultaten med tidigare forskningsresultat där det var möjligt eller jämföra resultaten med befintlig teoretisk bakgrund.

I enlighet med tidigare studier, och empiri som har undersökt motöverföringen i andra sammanhang, visar även denna studie att läkarens situation vid bedömningen av en EIPS-patient på PSAM är multidimensionell. ST-läkaren blir påverkad av motöverföringsreaktioner som väcks i det interpersonella mötet med patienten på PSAM. Studien bekräftar tidigare teorier om den indirekta motöverföringen som är kopplad till indirekta faktorer som på olika sätt är knutna till organisationen, krav från andra medarbetare och anhöriga, etiska föreställningar, och läkarens ideal (Racker, 1948; Etchegoyen, 2005, s. 293). Dessa fenomen har inte beskrivits i tidigare studier. Dessa yttre faktorer verkar vara närvarande i läkarnas indirekta MÖ i större utsträckning än det som beskrivits i andra studier där fokus oftast varit på den interpersonella aspekten i patient-klinikermötet (Betan m.fl., 2005) eller så kallad omedelbar MÖ (Moukaddam m.fl., 2016). En förklaring till detta kan vara att studien undersöker en specifik situation, dvs att en läkare måste bedöma suicidrisken och ta ansvar för en patient i en akut situation där det föreligger en överhängande suicidrisk. De flesta studier inom detta fält har undersökt motöverföringsfenomen bland psykoterapeuter som har haft kontakt med patienter under en lång tid alternativt vårdpersonal som inte har huvudansvaret i bedömningen av patientens suicidrisk.

Informanternas förföreställningar avseende svårigheten att arbeta med EIPS patienter som presenterades i denna studie stämmer överens med tidigare forskning (Betan m.fl., 2005). Studiens resultat visar dock att informanterna delvis talade om patientens tendens att provocera fram motöverföringsreaktioner hos informanterna (omedelbar MÖ) och även om motöverföringsreaktioner som inte provoceras direkt av patienten utan var kopplade till externa faktorer (indirekt MÖ) (Racker, 1948; Etchegoyen, 2005). Dessa resultat stämmer överens med den breda eller totalistiska synen på motöverföring som verkar vara mer användbar med EIPS-patienter (Gabbard & Wilkinson, 1994) än den snäva freudianska föreställningen om MÖ. Gabbard & Wilkinson (1994) menar att huruvida en projektion ”tar” eller inte, också är relaterat till om den passar bra med terapeutens redan existerande inre objektvärld. Därför måste MÖ alltid ses som en gemensam skapelse, där både terapeutens tidigare konflikter och patientens

projicerade aspekter skapar specifika interaktionsmönster inom den terapeutiska processen (Gabbard, 1994).

Särskilt framträdande bland informanterna motöverföringsreaktioner var oro och rädsla, ilska och frustration, självtvivel och skam, hjälplöshet, värdelöshet, skuldkänslor, och överträdelser av läkarens yrkesgränser. Detta är i linje med tidigare forskning (Betan m.fl., 2005) och teori (Gabbard, 1994). Precis som EIPS-diagnosen återfinns längs ett spektrum, speglar även terapeutens MÖ också ett kontinuum av reaktioner (Gabbard, 1994). Även om motöverföringsreaktionerna som EIPS-patienter framkallar hos kliniker är omfattande, är dessa motöverföringsreaktioner enligt studiens resultat särskilt besvärliga när patienterna hotar med att, eller försöker begå självmord. Informanterna beskrev dessutom att de kände sig rädda för patienternas reaktioner och att de därför blev försiktiga med att berätta om sina tankar om behandlingen för patienterna eftersom de var rädda att patienten skulle reagera väldigt starkt eller självskada (Colli m.fl., 2014).

Informanterna beskrev motöverföringsreaktioner i form av att de kände sig pressade och manipulerade att fatta ett beslut som de egentligen inte ville. Dessa fynd är i enlighet med begreppet rollresponsivitet (role-responsiveness) som introducerades av Sandler (1976), där terapeuten agerar på ett sätt som är kongruent med ett internaliserat relationsmönster som patienten omedvetet försöker återskapa. Informanterna beskrev kraftigare och svårare motöverföringsreaktioner vid beslutfattandet av tvångsåtgärder för en EIPS-patient jämfört med patienter som är psykotiska eller maniska. Anledningen till detta fenomen var förmodligen att EIPS-patienter anses ha mer kontroll över sina beteenden, deras psykiska sårbarhet ofta är mer förtäckt och deras psykopatologi är mer oklar (Gabbard, 1999).

Studiens resultat påminner om Winnicotts (1949) användbara begrepp av en "objektiv motöverföring", vilket tyder på att terapeutens MÖ ibland kan vara en naturlig reaktion på patientens personlighet och extrema beteenden. Motöverföringsreaktionerna förekommer i sammanhängande och förutsägbara mönster vid informanternas kontakt med EIPS-patienter. Resultaten ger stöd för idén att patienter med EIPS framkallar en "genomsnittlig förväntad motöverföring" (average expectable countertransference) (Betan m.fl., 2005) som sannolikt liknar ett relationellt mönster som patienten har haft med andra viktiga personer i patientens liv, liknande begreppet "objektiv motöverföring". En samtida, intersubjektiv syn på psykoterapi, eller två-personspsykologi, skulle dock avlägsna begreppet objektiv motöverföring som en naturlig reaktion på patientens beteende eftersom MÖ aldrig anses vara möjlig utan klinikerns subjektivitet. Studiens resultat ger stöd för Gabbards (1994) syn på MÖ som "gemensamt skapande" ("joint creation").

Under intervjuerna hade informanterna lättare att uttrycka motöverföringsreaktioner såsom känslor av oro, rädsla och ilska medan känslor av skam, skuldkänslor, och hjälplöshet inte uttrycktes direkt utan efter att intervjuaren ställde följdfrågor. Det finns åtminstone två sätt att se på detta.

Antingen att motöverföringsreaktioner av oro, rädsla och ilska är närmare informanternas medvetenhet och anses vara utlösta av patientens extrema beteenden medan motöverföringsreaktioner av skam, skuld och hjälplöshet var svårare för informanterna att uttrycka eftersom de anses vara kopplade till informanternas egen sårbarhet och är mer eller mindre omedvetna. Alternativt kan intervjuarens förförståelse av dessa fenomen ha påverkat informanternas svar genom de följdfrågor som ställdes. Författaren har dock aktivt under intervjuerna ställt öppna frågor, i stället för ledande frågor, just för att inte påverka informanternas svar. I en tidigare studie rapporterade de flesta terapeuter känslor av hopplöshet och otillräcklighet i MÖ till följd av deras rädsla för att deras patienter kanske inte blev hjälpta av terapeuterna (Schwartz & McIntyre, 1998).

Studiens resultat visar att informanternas rädsla av en möjlig förlust av en patient till följd av självmord är kopplad till skuldkänslor om att göra sig skyldig till att ha bidragit till patientens död eller åtminstone att vårdslöst tillåtit en onödig död (Gabbard, 1999). Dessutom faktumet att det efter varje suicid påbörjas en utredning för att undersöka om det har funnits några systemfel i hanteringen av patienten bidrar, enligt Gabbard (1999), att den sörjande klinikerns skuldkänslor, som sist träffade patienten innan självmordet, ökar.

Patienter med EIPS är en patientgrupp som är stigmatiserad och är svår att behandla och bemöta. Denna studie har även lyft fram andra aspekter som gör att läkaren känner sig ännu mer sårbar i patient-läkarmötet vilket resulterar i att bedömningen av dessa patienter blir en svår process. En fråga som naturligt uppkommer hos författaren efter utförandet av denna studie är: Finns det fler faktorer som påverkar, och om så, i vilken utsträckning påverkar dessa läkarens beslutfattande?

Efter intervjuerna talade flera informanter om att det var skönt och viktigt för deras arbete att sätta ord på deras inre upplevelser. Även om informanterna förmedlade att de under intervjuens gång uttryckte djupare lager av inre känslomässiga upplevelser som delvis varit omedvetna för dem, finns det så klart begränsningar i studien. En av dessa begränsningar är att djupare omedvetna känslomässiga processer, kopplade till klinikernas respektive historia inte har undersökts, vilket också låg utanför studiens syfte (Michaud m.fl, 2020). Gabbard (1999) påpekar att psykiatriker behöver känna till sina egna personliga reaktioner på patientens särskilda beteenden som har potential att utlösa oönskade för alliansen med patienten konsekvenser. En slutsats som man kan dra utifrån studiens resultat är att ST-läkarna behöver hjälp i förhållande till bedömningen av patienter med EIPS på PSAM. Detta skulle kunna nås, enligt Bateman och Krawitz (2013), genom att ge kontinuerlig handledning och utbildning, egenerapi, diskussion med äldre kollegor/specialister som har intresse att dela med sig erfarenheter och kunskap och diskussion/debriefing tillsammans med personalen på PSAM, bakjouren och slutenvården. Att identifiera, acceptera och diskutera motöverföringsreaktionerna kan hjälpa läkaren att härbärgera de negativa motöverföringsreaktionerna hellre än att agera ut dem. Att värdera och acceptera uttryck för känslor från andra anställdas sida kan befrämja samarbetet och

kontinuitet mellan läkarna och personal på PSAM. Det kan vara oerhört viktigt att hela personalgruppen (dvs läkaren och övrig personal) har ett gemensamt synsätt på svåra patienter som patienterna med EIPS. Ett bättre samarbete mellan PSAM, HDV (heldygnsvården) och ÖV (öppenvården) skulle kunna leda att EIPS-patienter inte lika ofta behöver söka till PSAM. Ett bättre omhändertagande av dessa patienter är av stor betydelse även för samhället med tanke på denna patientgrupps höga vårdkonsumtion.

Läkarens möte med patienten är ett mellanmänniskt möte som sker i en psykiatrisk kontext som styrs av riktlinjer och rutiner där olika aktörer från psykiatrin möts tillsammans med anhöriga.

### 7.3 Förslag till fortsatt forskning

Det verkar finnas en kunskapslucka avseende läkarnas motöverföringsreaktioner på psykiatriska akutmottagningar. Det skulle vara intressant om framtida forskare skulle utvidga studiepopulationen för att utvärdera läkarnas motöverföring mer extensivt. Denna studie har fokuserat på undersökningen av den negativa motöverföringen. Det kan vara värdefullt att undersöka även den positiva motöverföringens påverkan hos läkarna som jobbar på PSAM. Exempelvis när patienter är alldeles för tillmötesgående eller idealiserar läkaren. Dessutom verkar det finnas behov att göra nya studier avseende läkarnas motöverföring i mötet med andra patientgrupper i akuta kliniska situationer. I framtida studier kan man undersöka ifall det finns skillnader beroende på ST-läkarens kön (och även etnicitet) med tanke på att patienterna med EIPS oftast är kvinnor (American Psychiatric Association, 2000).

### Referensförteckning

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). Arlington, VA.: American Psychiatric Association.

Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). *Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications*. *Harvard review of psychiatry*, 14(5), 249–256.  
<https://doi.org/10.1080/10673220600975121>

Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*. International Universities Press.

Bateman, A. & Krawitz, R. (2013). *Borderline personality disorder: an evidence-based guide for generalist mental health professionals*. Oxford: Oxford University Press.

Bender, D. S., Skodol, A. E. (2007). *Borderline personality as a self-other representational disturbance*. *Journal of personality disorders*, 21(5), 500–517.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.500>



- Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C., Westen, D. (2005). *Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation*. The American journal of psychiatry, 162(5), 890–898.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.890>
- Bland, A. R., Tudor, G., Mc Neil Whitehouse, D. (2007). *Nursing Care of Inpatients with Borderline Personality Disorder*. Perspectives in psychiatric care, 43(4), 204–212.  
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2007.00135.x>
- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. New York: Columbia University Press.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1191/1478088706qp063oa>
- Chiesa, M., Drahorad, C. and Longo, S. (2000). *Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital: Quantitative and qualitative study*. The British journal of Psychiatry : the journal of mental science, 177, 107–111.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.107>
- Chiesa, M., Fonagy, P., Holmes, J., Drahorad, C., & Harrison-Hall, A. (2002). *Health service use costs by personality disorder following specialist and nonspecialist treatment: a comparative study*. Journal of personality disorders, 16(2), 160–173.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.16.2.160.22552>
- Coen, S. J. (1992). *The misuse of persons: Analyzing pathological dependency*. Analytic Press, Inc.
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingiardi, V. (2014). *Patient personality and therapist response: an empirical investigation*. The American journal of psychiatry, 171(1), 102–108. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13020224>
- Desperles, D. (2010). *Exploring Inpatient Experiences of Dialectical Behaviour Therapy for Borderline Personality Disorder*. Counselling and Psychotherapy Research, 7(3), 172–177. <https://doi.org/10.1111/bjc.12123>
- Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T., & Fredrikson, M. (2001). *Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile*. Personality and Individual Differences, 30(2), 311–320.  
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00048-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00048-9)
- Etchegoyen, R. H. (2005). *The fundamentals of psychoanalytic technique*. (Rev. ed., paperback ed.) London: Karnac books

- Ferenczi, S. (1926). *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis*. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1910). *The future prospects of psychoanalytic therapy*. Standard Edition. 11, 139–151. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1912). *Recommendations for physicians on the psycho-analytic method of treatment*. Standard Edition, 12, 109–120. London: Hogarth Press, 1958.
- Gabbard, G. O. (1986). *The treatment of the "special" patient in a Psychoanalytic Hospital*. International Review of Psycho-Analysis, 13(3), 333–347.
- Gabbard, G. O. (Red.). (1999). *Countertransference issues in psychiatric treatment*. American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O., Wilkinson, S.M. (1994). *Management of countertransference with borderline patients / Glen O. Gabbard and Sallye M. Wilkinson*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1994.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). *Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy*. Archives of general psychiatry, 63(6), 649–658.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
- Goldstein, W. N., Goldberg, S. T. (2004) *Using the transference in psychotherapy*, Rowman & Littlefield Group, Inc.
- Grotstein, J. S., Solomon, M. F. & Lang, J. A. (Red.) (1987). *The borderline patient: emerging concepts in diagnosis, psychodynamics, and treatment. Vol. 1*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Gunderson, J. G. (2001). *Borderline personality Disorder: A clinical guide*. Washington D.C.: American Psychiatric publishing.
- Gunderson, J. G., Bateman, A. & Kernberg, O. (2007). *Alternative perspectives on psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder: the case of "Ellen"*. The American journal of psychiatry, 164(9), 1333–1339.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07050727>
- Heimann, P. (1950). *On countertransference*. International Journal of Psycho-Analysis, 31, 81–84.
- Hodgetts, A., Wright, J., & Gough, A. (2007). *Clients with borderline personality disorder: Exploring their experiences of dialectical behaviour therapy*. Counselling & Psychotherapy Research, 7(3), 172–177.  
<https://doi.org/10.1080/14733140701575036>

Holm, A. L. (2009). *The Meaning of Emotional Pain. Analytic Interpretative Research on Women's Experiences of Mental Health Problems*. Doctoral Thesis, the Department of Health Studies, Faculty of Social Sciences, University of Stavanger, Stavanger.

Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, S. (2007). *Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy*. *International journal of group psychotherapy*, 57(1), 67–91. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2007.57.1.67>

Kernberg, O. F. (1975) *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (Red.) (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books.

Krawitz, R., Jackson, W., Allen, R., Connell, A., Argyle, N., Bensemam, C., & Mileskin, C. (2004). *Professionally indicated short-term risk-taking in the treatment of borderline personality disorder*. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 12(1), 11–17. <https://doi.org/10.1046/j.1039-8562.2003.02052.x>

Kvale, S. (1996). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: SAGE.

Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi: att låta en värld öppna sig*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). *The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis*. *The American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223–1232. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1223>

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). *Borderline personality disorder*. *The Lancet*, 364(9432), 453–461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). *Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients*. *Archives of general psychiatry*, 48(12), 1060–1064. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>

Little, M. (1958). *On Delusional Transference (Transference Psychosis)*. *International Journal of Psychoanalysis*, 39(2–4), 134–138.

Marozsan, I. T. (2012). *Psychodynamic psychotherapists' lived experience of working with patients with borderline personality disorder. An interpretative phenomenological analysis* [Doctoral Thesis, Department of Psychology. University of Roehampton].

[https://pure.roehampton.ac.uk/ws/portalfiles/portal/443986/Isabel\\_Marozsan\\_Final\\_Pdf.pdf](https://pure.roehampton.ac.uk/ws/portalfiles/portal/443986/Isabel_Marozsan_Final_Pdf.pdf)

Mearns, R., Stevenson, J. & Comerford A. (1999). *Psychotherapy with borderline patients: I. A comparison between treated and untreated cohorts*. The Australian and New Zealand journal of psychiatry, 33(4), 467–481.

<https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.1999.00594.x>

Menninger, K. A. (1959). *Theory of psychoanalytic technique*. New York: Basic Books.

Michaud, L., Ligier, F., Bourquin, C., Corbeil, S., Saraga, M., Stiefel, F., Séguin, M., Turecki, G., & Richard-Devantoy, S. (2020). *Differences and similarities in instant countertransference towards patients with suicidal ideation and personality disorders*. Journal of affective disorders, 265, 669–678. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.115>

Moukaddam, N., Tucci, V., Galwankar, S., & Shah, A. (2016). *In the blink of an eye: Instant countertransference and its application in modern healthcare*. Journal of Emergencies, Trauma, and Shock, 9(3), 95–96. <https://doi.org/10.4103/0974-2700.185279>

O'Kelly, G. (1998). *Countertransference in the nurse-patient relationship: a review of the literature*. Journal of advanced nursing, 28(2), 391–397.

<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00638.x>

Perry J. C., Banon E., Ianni F.: *Effectiveness of psychotherapy for personality disorders*. The American journal of psychiatry, 156(9), 1312–1321.

<https://doi.org/10.1176/ajp.156.9.1312>

Racker, H. (1948). *A contribution to the problem of counter-transference*. International journal of Psycho-Analysis, 34(4), 313–324.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (Red.). (2017). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (Tenth edition)*. Wolters Kluwer.

Sandler, J. (1976). *Countertransference and Role-Responsiveness*. International Review of Psycho-Analysis, 3(1), 43–47.

SBU. (2017) *Utvärdering av metoder i hälso-och sjukvården och insatser i socialtjänsten*.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Hämtad från

[https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok\\_kapitel08.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf)  
den 2020-08-15.

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet.

Hämtad från. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard\\_sfs-1991-1128](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128)

Schwartz, R. C. (1999). *Countertransference in psychotherapy: differential reactions to specific client populations*. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 6–8.  
<https://doi.org/10.2466/pr0.2003.92.2.651>

Sveriges Riksdag. *Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad ur: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)

Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). *The prevalence of personality disorders in a community sample*. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590–596.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>

Winnicott, D. W. (1949). *Hate in the Countertransference*. *The International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69–74.

Zimmerman, M., Rothschild, L., Chelminski, I. (2005). *The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients*. *The American journal of psychiatry*, 162(10), 1911–1918. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1911>

## Bilaga 1

### Intervjuguide

*Efter att ha presenterat uppmanar jag informanten fundera på en svår klinisk situation med en patient med emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS) på psykiatriska akutmottagningen.*

1. Hur påverkas du känslomässigt som läkare under och efter mötet med en patient med EIPS som har en kroniskt förhöjd suicidalitet när du måste fatta beslut om inläggning av patienten. Berätta gärna mer hur du menar... Vad är det för känsla du känner mot...
2. Hur påverkas du känslomässigt som läkare under och efter ett möte med en kroniskt suicidal patient med EIPS på den psykiatriska akutmottagningen när du måste fatta ett beslut om icke-inläggning? Berätta gärna mer hur du menar... Vad är det för känsla du känner mot...
3. Hur påverkas du känslomässigt som läkare under och efter ett möte med en kroniskt suicidal patient med EIPS på den psykiatriska akutmottagningen när du fattar beslut om tvångsåtgärder?

## Bilaga 2

### Samtycke till att delta i studien: Läkarens motöverföringsreaktioner i akuta kliniska situationer med suicidala patienter

Informerat samtycke

Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag kan avbryta mitt deltagande i studien och utan att ange något skäl.

Jag har fått muntlig information om studien och samtycker till att delta.

Min underskrift nedan betyder att jag väljer att delta i studien.

.....

Underskrift

.....

Namnförtydligande

.....

Ort och datum

Mina kontakt uppgifter är:

Georgios Vyrinis tel: xxxx-xxxxxx

mejladress: [xxxx.yyy@vgregion.se](mailto:xxxx.yyy@vgregion.se)

Med vänliga hälsningar

Georgios Vyrinis