

**Master of Science  
Gestalt Psychotherapy**

**GLASVÄGGEN**

**EN STUDIE AV GESTALTPSYKOTERAPI MED PAR DÄR ENA PARTEN HAR EN  
LIVSHOTANDE SJUKDOM**

av  
**Kristina Lindberg, T34/MA4**

Research dissertation, Independent studies in Gestalt  
Januari 2005

Huvudhandledare: Sari Scheinberg, PhD in Psychologi

Bihandledare: Ulf Tiddefelt, professor i Medicin



## **ABSTRACT**

*It is possible to break through the wall of glass that stands between a couple when one of them has a life-threatening disease.*

The purpose of this *phenomenological study* was to examine the experience of the *quality of the contact* within a couple, when one of them had a life-threatening disease. Four couples completed the study. They participated in eight Gestalt therapy sessions. After each session the couple and the Gestalt psychotherapist completed a short questionnaire to reflect on their experience during the session. There were three main questions in focus:

1. How did each person experience the quality of contact with themselves
2. How did they experience the quality of contact with their partner
3. How did they experience the interventions by the psychotherapist?

*Three theories* applied in this study are Gestalt theory, theory about life-threatening disease and theory about psychotherapeutic relationship for pairs.

*The pairs in the study emphasized* that the quality of contact between them was positively developed when:

1. The therapist goes on asking and forces them to go further.
2. The therapist makes them talk about death, sexuality, the difficult things and the “things” they avoid.

*The couples experienced* that:

1. The disease and death is always around.
2. They don't dare to get close these topics
3. They start to build a wall of glass between them.

During Gestalt therapy sessions when the couples experienced *I – Thou meetings* and a *genuine dialogue* the *wall of glass* was pushed aside and they reached contact. This phenomenon is in accordance with the theory about “*the Paradoxical Theory of Change*”.

In conclusion, the study shows that the professional dialogue has influence on the contact between a couple where one of them has a life threatening disease.

## FÖRORD

Nu är Mastern ett faktum tack vare *alla fyra par* som har låtit sig intervjuas och deltagit i gestaltpsykoterapisessioner. Ni har gjort ett stort arbete under och efter varje session. Ni har varit öppna och delat med er av era personliga dilemman och glädjeämnen. Många fina och jobbiga stunder har vi haft. Det är ni som lär mig. *Tack ska ni ha!*

*Tack Sari:* för din handledning, kreativitet, din kunnighet och entusiasm i våra personliga möten.

*Tack Ulf:* för allt stöd! För inspiration genom roliga samtal, stimulerande diskussioner, bra reflektioner och för att du visar intresse för mitt arbete.

*Tack Mats:* för att du gett mig möjligheten att gå den här fantastiska utbildningen som nu avslutas med en Master of Science.

*Tack all personal på avd 82 och mottagning 2:* för att ni finns och gör min arbetsdag trevlig.

*Ett varmt tack till mamma:* för din omvårdnad, lugn och två veckors mat, så jag kunde koncentrera mig på skrivandet och för genomgång av det svenska språket.

*Tack till min syster Ulrika:* för att du hjälpte mig ut ur ”kom- ingenstans - träsket”!

*Tack till min kärlek Jan:* som har funnits kvar hela tiden och lagat mat och lagat mat och...

*Tack till mina kära barn Magnus, Staffan och Rebecka och min själsliga, syster Ulla:* som stått ut med mig och givit stöd på *alla* sätt under hela utbildningstiden.

ÖREBRO, januari 2005

Kristina Lindberg

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1. BAKGRUND</b>	<b>sid 1</b>
1.1 INLEDNING	sid 1
1.2 INTRODUKTION AV ÄMNET	sid 1
1.3 FENOMENET "GLASVÄGGEN"	sid 2
1.4 MÅLET MED STUDIEN	sid 2
<b>2. TEORI</b>	<b>sid 3</b>
2.1 INTRODUKTION	sid 3
2.2 GESTALTTEORI OCH GESTALTTERAPI	sid 3
2.2.1 Gestaltterapins rötter	sid 3
2.2.1.1 <i>Psykoanalysen</i>	<i>sid 4</i>
2.2.1.2 <i>Existentialismen</i>	<i>sid 4</i>
2.2.1.3 <i>"Jag och Du"</i>	<i>sid 5</i>
2.2.1.4 <i>Gestaltpsykologin, fältteorin</i>	<i>sid 7</i>
2.2.1.5 <i>Fenomenologin</i>	<i>sid 9</i>
2.2.1.6 <i>Österländskt tänkande</i>	<i>sid 10</i>
2.2.2 Gestaltteori	sid 10
2.2.3 Gestaltterapi metod	sid 16
2.3 PSYKOTERAPEUTISK RELATION	sid 17
2.3.1 Parterapi	sid 18
2.4 LEVA MED LIVSHOTANDE SJUKDOM	sid 19
<b>3. TIDIGARE FORSKNING</b>	<b>sid 23</b>
3.1 ALLIANSEN MELLAN TERAPEUT OCH PAR	sid 23
3.2 LIVSHOTANDE SJUKDOM	sid 23
3.3 GESTALTTERAPIFORSKNING	sid 25
3.4 PSYKOTERAPIFORSKNING	sid 26
<b>4. PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>sid 27</b>
4.1 FORSKNINGSSYFTE	sid 27
4.2 UNDERFRÅGOR	sid 27
4.3 HUR FÅR JAG SVAR PÅ MINA FRÅGOR	sid 27
4.4 GRUNDANTAGANDE	sid 28

<b>5. METOD</b>	<b>sid 29</b>
5.1 FORSKNINGSFÄLTET	sid 29
5.2 URVAL	sid 29
5.3 HUR JAG HAR SAMLAT MATERIALET	sid 31
5.4 GENOMFÖRANDE STEG FÖR STEG	sid 32
5.5 FORSKNINGSTRATEGIER	sid 33
5.6 BEGRÄNSNINGAR I STUDIEN	sid 35
5.7 FORSKNINGSETISKA ASPEKTER	sid 37
<b>6. ANALYS OCH RESULTAT</b>	<b>sid 39</b>
6.1 ANALYS AV PARETS ENKÄTER	sid 39
6.2 RESULTAT AV DISKUSSION	sid 44
6.2.1 Kontakt	sid 44
6.2.2 Interventioner	sid 49
<b>7. SLUTDISKUSSION</b>	<b>sid 53</b>
7.1 HUVUDRESULTAT	sid 53
7.2 BIDRAG TILL TEORI	sid 58
7.3 RÅD TILL VÅRDGIVARE OCH PAR	sid 59
7.4 FRAMTIDA FORSKNING	sid 60
7.5 VAD JAG HAR LÄRT MIG	sid 60
<b>8. AVSLUTNING</b>	<b>sid 62</b>
<b>FIGUR- OCH TABELLFÖRTECKNING</b>	<b>sid 63</b>
<b>LITTERATUR OCH REFERENSER</b>	<b>sid 64</b>

## **BILAGOR**

Bilaga 1 Motstånd
Bilaga 2 Forskningsetikkommittén
Bilaga 3 Utvidgning av studie
Bilaga 4 Skriftligt information
Bilaga 5 Samtycke
Bilaga 6 Intervjuguide
Bilaga 7 "Eftervarjesamtal"
Bilaga 8 "Frågortillmigeftervarjesamtal"
Bilaga 9 Sökning

Bilaga 10 Samtliga Citat

Bilaga 11 Tematabell

Bilaga 12 KMS-KMP-Kontakt-Intervention tabell

Bilaga 13 Analys Tematabell

Bilaga 14 Vidare analys

## **1.1. BAKGRUND**

### **1.1 INLEDNING**

Mastersuppsatsen har tillkommit på grund av mitt intresse för arbete med friska, sjuka och döende människor. Intresset grundar sig på egna erfarenheter av plötslig död och livshotande sjukdom. Jag förstår vilka skador det kan föra med sig att inte få hjälp i sådana situationer. När jag i vuxen ålder kom i kontakt med gestaltpsykoterapi arbetade jag med mina oavslutade situationer och en oförlöst sorg och upptäckte livet.

Att vara nära döden är att vara nära livet. Liv och död är ju polariteter och den ena finns inte utan den andra. Genuin kontakt, som uppstår när jag själv är närvarande och den jag möter också är det, är viktigt för mig.

År 1999 började jag på Gestaltakademin i Skandinavien/University of Derbys 5-åriga Mastersutbildning i Gestaltpsykoterapi. Mastersuppsatsen innebär att jag i en studie djupare kan fördjupa min kunskap om människors upplevelse av att leva med en livshotande sjukdom, kontakt med livspartner och om att gå i gestaltpsykoterapi med fokus på här och nu.

### **1.2. INTRODUKTION AV ÄMNET**

I tretton år har jag arbetat som kurator på sektionen för hematologi, medicinkliniken, Universitetssjukhuset i Örebro. Uppdraget innebär samtal med familjer där någon får en elakartad blodsjukdom. Alla i familjen drabbas och kontakten mellan familjemedlemmarna förändras. Familjen pendlar mellan hopp och förtvivlan under lång tid. Tankar på döden finns i regel hos dem alla.

Min erfarenhet som sorgterapeut i en sorgbehandlingsgrupp för människor med oförlösta sorger är att många sörjande uttrycker skuldkänslor över det som de *inte* talade om eller *inte* gjorde. Sorgarbetet verkar försvåras om relationen och kontakten mellan familjemedlemmarna varit bristfällig.

### **1.3. FENOMENET "GLASVÄGGEN"**

Studier (se avsnitt forskning) visar att cancersjukdom skadar den familj som från början upplever att de har bra relationer. Cancer kan man dö av och jag tror att tankar på döden finns hos både patient och anhöriga.

Positivt tänkande blandar många ihop med att ständigt vara glad.

Patienter har jag hört säga: - "bara jag är positiv och glad kommer allt att ordna sig". Anhöriga: - "nu måste jag vara stark". Hur viktigt är det att samtala om de tankar på döden som finns hos familjen? Vad behövs för att nå fram till varandra?

Min tanke är att man i kontakten och relationen fjärrar sig från varandra när man inte törs tala om det man verkligen går och oroar sig för.

Detta fenomen, att bygga upp som en mur mellan sig, ett hinder för ett genuint möte, vill jag hädanefter i texten kalla för "glasvägg". Går det att skjuta undan "glasväggen"? I så fall, vad är det som gör att "glasväggen" skjuts undan?

### **1.4. MÅLET MED STUDIEN**

Målet är att få en ökad kunskap om vad som händer i kontakten mellan makar där en av dem har en livshotande sjukdom, samt hur kontakten upplevs av dem när de befinner sig hos mig för gestaltpsykoterapi.

Studien är begränsad till att gälla maka/make som lever tillsammans och där den ena har en blodsjukdom eller annan cancer. Vad är viktigt för makarna när någon av dem har en livshotande sjukdom? Vad är i fokus för den anhörige och vad är i fokus för den sjuke? Vad befrämjar och vad hindrar deras kontakt?



## **2. TEORI**

### **2.1 INTRODUKTION**

Det finns flera teorier och koncept som är relaterade med det jag ska studera: att förstå kontakten mellan makar där någon av dem har en livshotande sjukdom och som i den situationen erhåller ett antal gestaltpsykoterapeutiska sessioner.

Jag beskriver gestaltteori, teorier om att leva med livshotande sjukdom samt något om psykoterapeutisk relation med fokus på parterapi.

Gestaltteorin beskriver olika former av kontakt, Jag –Du möten m.m. Det är viktiga begrepp för att kunna förstå det jag beskriver om kontakten mellan makarna. Teorier om livshotande sjukdom ger kunskap om hur parens relationer kan påverkas när någon har en livshotande sjukdom och avsnitten om parterapi ger en inblick i hur man kan arbeta med par.

### **2.2 GESTALTTEORI OCH GESTALTTERAPI**

Avsnittet är indelat i tre sektioner. 1. gestaltterapiens rötter 2. teoretiska begrepp inom gestaltteorin 3. gestaltterapiens metoder

#### **2.2.1 GESTALTTERAPIENS RÖTTER**

Frederick Perls (1893-1970) föddes i Tyskland och utbildade sig till psykiatriker och psykoanalytiker. Han grundade gestaltterapi på 1950-talet i USA. Tillsammans med sin fru gestaltpsykologen Laura Perls och Paul Goodman (1911 – 1972) skapade han The New York Institute för Gestalt Therapy 1951 (Mannerstråle 1995). Perls fick influenser från flera håll. Nedan beskrivs de influenser som har närmast anknytning till det fenomen jag studerar.

### **2.2.1.1. Psykoanalysen**

Perls influerades av Freud under sin utbildning. Sigmund Freuds (1856-1939) psykoanalys var Perls teoretiska grund.

Perls frångick Freuds beskrivning av personligheten med det undermedvetna, det medvetna och det förmedvetna. Perls talade i stället om "awareness" och försvarsmekanismer / motstånd som projektion, introjektion, retrofleksion, konfluens. Han inspirerades av Freuds modell för spänningsreduktion och utvecklade sin idé om "The Cycle of Gestalt Formation" som är användbar för att förstå motstånden (Rosner 1987, s 132). Se kontaktcykeln sidan 14 och bilaga 1.

Till skillnad från Freud arbetade Perls med "vad är" och i "här och nu". Förklaringar och beskrivningar var ointressanta för honom. Han vände sig mot Freuds psykoterapeutiska metoder men inte mot alla hans teorier (Rosner 1987).

Under utbildningstiden gick Perls i analys hos Wilhelm Reich (1897-1957), psykoanalytiker som arbetade med kroppens betydelse för psyket. Gestaltterapi har influerats mycket av Reichs kroppsorientering. Kropp och psyke är en organism, ett system. Båda betonade balansen mellan stöd och konfrontation i terapi (Mannerstråle 1995).

### **2.2.1.2 Existentialismen**

Existentialismen är en av gestaltteorins hörnstenar. Den har vuxit fram genom många filosofers tankegångar. Här nämns några.

Kirkegaard (1833-55) anses vara existentialismens fader. Han ansåg att människan inte kan stå utanför och vara åskådare i sitt eget liv.

Människan måste ta ansvar och göra sina val i livet. Den franske filosofen och existentialisten Sartre (1905-1980) uttryckte det så att "människan är dömd att vara fri". Heidegger (1889-1976), Nietzsche (1844-1900) och

Sartre anser att den moderna människan inte är autentisk utan att hon har förlorat kontakten med att "vara" (Rosner 1987).

Att människan har en frihet att göra sina val i livet är centralt i existentialismen. När en människa får besked om en livshotande sjukdom skapas i regel ångest, den existentiella ångesten. Det uppstår en medvetenhet på djupet om att man kan dö. Att leva fullt ut innebär att ha kontakt med den existentiella ångesten. Jag lever här och nu, *just nu*. Livet får livskraft i kontrast till döden. Döden är att upphöra att existera. Den existentiella ångesten innebär att människan förstår att var och en är för evigt ensam.

Tankar över livets mening blir naturligt när livet hotas. Den existentiella ångesten är något vi ska leva med. Den finns där när vi vågar se oss själva. Det är ingen psykisk sjukdom som ska behandlas. Den sjukliga ångesten handlar mer om rädsla för att möta sig själv, att vara ansvarig för den jag är och rädsla för att välja. När människan har existentiell ångest har hon förstått att hon har frihet att välja. (Hostrup 2002).

### **2.2.1.3 "Jag och du"**

Martin Buber (1878-1965) är *mycket* betydelsefull för gestaltterapi. Han beskriver kontakten i relationen och vad som uppstår "in the between" mellan två personer och är därför särskilt intressant utifrån mitt studerade fenomen. Buber var en tysk existentiell filosof och utvecklade tankar om Jag - Du relationen. Buber beskriver tre sfärer där det uppstår relationer.

1. livet med naturen
2. livet med människorna
3. livet med den andliga världen. (Buber 2001 sid 11).

Fokus här är "livet med människorna". Buber talar om två olika slags relationer. En Jag - Du relation och en Jag - Det relation. Jag - Det relationen menar Buber är en subjekt - objekt relation medan Jag - Du

relationen är en subjekt – subjekt relation. Jag blir till i relationen. Buber menar att relation är ömsesidighet och att det verkliga mötet och livet sker i nuet. Jag – Du mötet är en slags sammansmältning, medan Jag – Det innebär att Jaget avskiljer sig. Det är genom Duet som människan blir till ett Jag. (Buber 2001).

*”Människan som individ framträder genom att avgränsa sig från andra individer. Människan som person framträder genom att träda i relation till andra personer.....Personen säger: ’Jag är’, individen: ’sådan är jag’ (Buber 2001 s. 84 resp s. 86).*

Jaget blir alltmer överkligt ju mer människan behärskas av individen enligt ovan (Buber 2001).

Buber (2000) beskriver förutsättningarna för ett äkta samtal, ett Jag - Du möte. Vid samtalet finns även med det som försiggår i den ena och i den andres själ. Vad som sker vid lyssnandet och när man förbereder sig att tala. Detta psykiska förlopp är bara något som ledsagar samtalet. Det finns inte vare sig ”i” endera partnern eller i båda tagna tillsammans, utan i deras levande samspel, det som är verklighet ”mellan” dem. Det ska inte smyga sig in något fördärvligt ”sken”/spöke mellan de båda samtalande eller i relationen. Det blir då inte ett äkta samtal, vars kriterier är att acceptera den andre som en partner i ett äkta samtal. Man behöver inte gilla den andre men bejaka honom som person. Var och en ska bidra med sig själv, ge sin ”andes” bidrag oavkortat och utan uppskov. Det ska vara en atmosfär av äkta tillitsfullhet. Man ska inte hålla tillbaka eller undanhålla något. Det innebär inte bara att prata på helt aningslöst. Det är inte lätt att vinna erkännande för den man är och då är det lätt att ta till ”skenet”. Att motstå det kräver mod (Buber 2000).

”Inclusion”, omfattning, är ett begrepp som skapats av Buber (2001). Inclusion är att uppleva vad motparten upplever, att gå över till den andres sida men samtidigt behålla sin egen existens.

En Jag - Du relation förutsätter en ömsesidighet (mutuality) som t ex i mötet mellan två vänner. Ett ömsesidigt, äkta möte i stunden. Det kallar han "mutually inclusion". "One-sided inclusion" som han anser råder mellan terapeut och klient uppnår inte helt denna ömsesidighet (Buber 2001).

Jag – Du ögonblick eller "mutually inclusion" är ofta korta stunder av äkta, vibrerande kontakt som inte sällan är ordlös och tidlös och som känns som något utöver det vanliga. Möten vid psykoterapeutiska relationer finns att läsa under det avsnittet.

#### **2.2.1.4 Gestaltpsykologi och Fältteorin**

Perls var starkt influerad av gestaltpsykologin som talar om en ofullbordad gestalt och att den ska bli fullständig, fullbordad. De ser på det som träder fram tydligt, "what is". De betonar *vad* och *hur* istället för att fråga varför. Gestaltpsykologerna studerade hur människor uppfattar fenomen och finner att vi ofta uppfattar helheter i stället för små isolerade företeelser. Se figur 1, 2 och 3.



Figur 1 "Figur och grund" (Perls 1972, Rosner 1987)

Bilden ovan är bra när figur/grund begreppet ska förtydligas. I bilden kan vi välja att se den vita vasen som figur eller när vi fokuserar på det svarta träder två ansikten fram i förgrunden (figur) och det vita finns i

bakgrunden (grund). Figur/grund är ett mycket viktigt begrepp i gestaltterapi och kommer från gestaltpsykologerna. De säger att helheten är större än summan av delarna. Om vi bryter ner helheten i små delar så förloras meningen. Se figur 2 och figur 3.



Figur 2 "Man"



Figur 3 "Häst och ryttare"

Det är fältet som organiseras i figur och grund. Hur det görs och vad som styr det har gestaltpsykologerna teorier omkring. Gestaltterapi använder figur/grund i terapisituationen. Vad träder fram i terapistunden? Vad är figur? "Vad är?" (Rosner 1987).

Kurt Lewin (1890-1947) utvecklade utifrån gestaltpsykologin en teori han kallar fältteorin. Han står för en

*"ekologisk helhetssyn där sociala, kulturella och psykologiska fenomen är dynamiska krafter som arbetar tillsammans i organiserande av helheter"* (Hostrup 2002 s 92).

Gestaltterapi är starkt influerad av gestaltpsykologernas tankegångar. Hur människan organiserar sina upplevelser och bildar gestalter och helheter. Hur man organiserar sig visar sig bl a i vad man upplever och hur man handlar. Fältteorin har sin betydelse i organiserandet. Jag och Du, i ett möte, befinner oss i ett fält där vår bakgrund och historia finns. Det som finns i oss, mellan oss, själva mötet, rummet, samhället, världen etc. är fältet.

### **2.2.1.5 Fenomenologin**

Fenomenologins grundare var Husserl (1859-1938). Fenomenologin är både en filosofisk och vetenskaplig metod. Som filosofi menar Husserl att det är själva upplevelsen som är "sanningen". Det väsentliga finns i fenomenet som vi upplever det med våra sinnen (Hostrup 2002).

I fenomenologin, som vetenskaplig metod, undersöks upplevelsen som den är. Man tolkar inte eller försöker hitta orsaker till upplevelsen utan försöker beskriva den. Öppenhet är viktigt, så medan upplevelsen studeras får man försöka utelägna sina fördomar och värderingar, "sätta dem inom parentes". För att kunna göra det behöver man först bli medveten om dem. Nya verkligheter träder fram efter hand och det är en process som egentligen aldrig upphör (Hostrup 2002).

I gestaltterapi, som har ett fenomenologiskt förhållningssätt, är det viktigaste klientens egen upplevelse här och nu, inte terapeutens tolkning av klienten. Gestaltterapeutens metod är att vara nyfiken och öppen för att kunna hjälpa personen att utforska sig själv med betoning på *hur* man gör istället för varför (Joyce&Sills 2001).

Ovanstående tankegångar stämmer väl in på existentialismens "att vara" och gestaltpsykologins "vad är". Gestaltterapi är en existentiell terapi på fenomenologisk grund. I terapi utforskas den existentiella ångesten istället för att fråga sig "varför har jag ångest"?

### **2.2.1.6 Österländskt tänkande**

Perls influens från den österländska filosofin är bl a vikten av fullständig medvetenhet i nuet samt fokusering. Utveckling sker genom att man blir mer av det man redan är, att följa den naturliga processen. Perls skapade ett uttryck "don't push the river" (Mannerstråle 1995 s 32). Det är en *paradox att det sker en förändring genom att vara, stanna kvar i det som är istället för att försöka ändra det som är* (Rosner 1987, Mannerstråle 1995).

### 2.2.2. GESTALTTEORI.

I detta avsnitt beskrivs kort några *viktiga teoretiska begrepp* som är relevanta för det undersökta fenomenet. En teori är ett sätt att se på verkligheten. Verkligheten är som den är enligt tanken "what is".

Hostrup (2000) menar att gestaltterapiens psykologiska teori är gestaltpsykologin.

*"Gestaltterapiens förutsättningar – den existentiella livssynen, den gestaltpsykologiska teorin och den fenomenologiska metoden – är bakgrunden till hypoteser om hur man kan förstå och påverka personlighetsdaning, utveckling, psykisk hälsa och psykisk sjukdom. Dessa antaganden grundas således på en sammanfattning och vidareutveckling av det föregående och bildar därmed en ny gestalt – en teori om terapin. Den är en förutsättning för att gestaltterapeuterna ska kunna orientera sig i den terapeutiska processen" (Hostrup 2002 s 109).*

*Här och nu:* Hur känns det just nu när du pratar om det som hände för 10 år sedan? Att inte fastna i att berätta *om* utan vara *i* nuet. "Här och nu" betyder detta "nu", inte för tjugo sekunder sedan utan exakt just "nu" (Perls 1972).



*Awareness och Zoner:* Gestaltterapiens "awareness" är svår att översätta till ett svenskt ord. Det svenska ordet medvetenhet täcker inte helt begreppet. Hostrups definition:

*"Med awareness menas att organismen befinner sig i ett tillstånd av ofokuserad 'vakenhet' som gör individen i stånd till att 'ställa in skärpan' på ett fenomen eller ett fenomenkomplex, när så är nödvändigt för överlevnaden."* (Hostrup 2002 s. 109).

En hel, öppen vakenhet i kroppen, känslan och tanken samtidigt. En "närvaro" i nuet.

Enligt gestaltterapiens idé finns det tre *zoner* där man kan ha en "awareness": *innerzonen, ytterzonen och mellanzonen* (Hostrup 2002, Rosner 1987). Innerzonen och ytterzonen finns i nuet, mellanzonen mest i "då" och "sedan".

*Innerzonen* – det som finns innanför huden som t ex känslor, pirr i magen, tryck i bröstet.

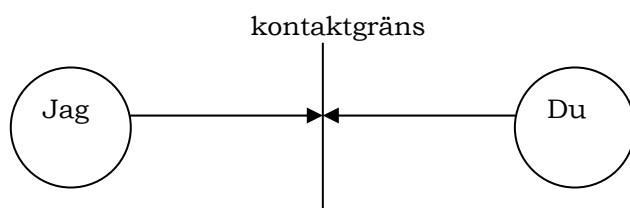
*Ytterzonen* – det som finns utanför huden och som registreras med de fem sinnena: lukt, smak, syn, hörsel och känsel.

*Mellanzonen* – det som finns i huvudet. Den mentala zonen som innehåller tankar, fantasier, drömmar, moral, etik (Hostrup 2002).

*Kontakt:* metafor: om ett vägguttag ska fungera behöver den fungera *i sig* innan det är någon mening att föra in en stickkontakt för att få elektricitet. När stickkontakten stoppas in i vägguttaget blir det ett "möte" här och nu. Elektricitet, energi och kontakt har skapats.

Kontakt är ett ömsesidigt förhållande mellan organismen och omvärlden. Detta innebär tre faktorer 1. förkontakt 2. full kontakt 3. efterkontakt (se kontaktcykeln s. 14) (Hostrup 2002 s. 129).

*Kontaktgräns:* Jag är jag och du är du. Jag har min gräns och du har din. Vi finns tillsammans i fältet. Vår kontakt sker vid kontaktgränsen. Mina upplevelser "ordnas" i en process och det är det som är en del av min personlighet, Jaget (se figur 4). Om gränsen mellan Jag och Du är ogenomtränglig eller för genomsläpplig skapar det bekymmer. Personligheten utvecklas vid kontaktgränsen och där visar det sig hur jag eller du förhåller oss till andra människor (Hostrup 2002).



figur 4 "Kontaktgräns" (modifierad efter Hostrup 2002 s 111)

*Kontaktavbrott:* Det blir ett avbrott i kontakten. Var sker avbrottet? Hur ser kontaktavbrottet ut? Metaforen: sladden till stickkontakten klipps av eller strömmen stängs av. För att hjälpa till vid kontaktavbrott behöver man identifiera var avbrottet skett. Det är inte meningsfullt att byta säkring i proppskåpet om sladden klippts av. Kontaktavbrott har att göra med det som gestaltterapi kallar motstånd.

*Kontaktstilar och motstånd:* Här talar gestaltteorin om motstånd istället för "försvar". Enligt Rosner (1987) och Hostrup (2002) utarbetade Perls och Goodman motstånden introjektion, projektion, retrofleksion, konfluens. Enligt Hostrup (2002) lade Polster och Polster (1974) till motståndet deflektion. Författarna Joyce&Sills (2001) menar att Perls beskrev även motstånden desensitisation och egotism (se bilaga 1).

Motstånden är naturliga och ett "försvar", de kan också vara ett hinder i kontakten. När det fungerar rör man sig flexibelt mellan de olika motstånden, mellan att helt undvika kontakt och att ha full kontakt och däremellan beroende på aktuell situation. Man kan också fastna i något av motstånden och utveckla en t ex retroflekterande kontaktstil i alla lägen (Hostrup 2002).

I terapin kan man upptäcka typiska kontaktmönster med omgivningen och sig själv och kanske upptäcka hur man avbryter kontakten (Fleming Crocker, 1999).

Kontaktstilen utvecklas under åren från barn till vuxen och ofta är det logiskt att man fungerar som man gör. Men det som var logiskt vid 11 års ålder beroende på en viss situation behöver inte vara logiskt idag. Då kommer vi in på "unfinished business" detsamma som oavslutade situationer.

*Oavslutade situationer – "unfinished business"*: psykoterapi innebär bl.a. att motivera patienten att gå tillbaka till "unfinished business", tillbaka till en situation (se figur 5 nedan) som man tidigare flydde ifrån därför att det var för smärtsamt. Det är naturligt att fly när det känns obehagligt. När man återgår till den situationen kommer smärtan igen. Det är oundvikligt och nödvändigt. Den oavslutade situationen ska arbetas igenom och integreras (Perls, Hefferlin, Goodman 1972).

Situationen "då" fick inte ett naturligt avslut och energi går i "nuet" åt till att hålla den "oavslutade situationen" utanför "awareness".

Posttraumatiskt stressyndrom är ett ex på detta fenomen. I vissa fall är det mycket tydligt vad som är den "oavslutade situationen". Den kan visa sig som en kronisk spänning eller depression utan tydlig orsak (Joyce&Sills, 2001 s 130).

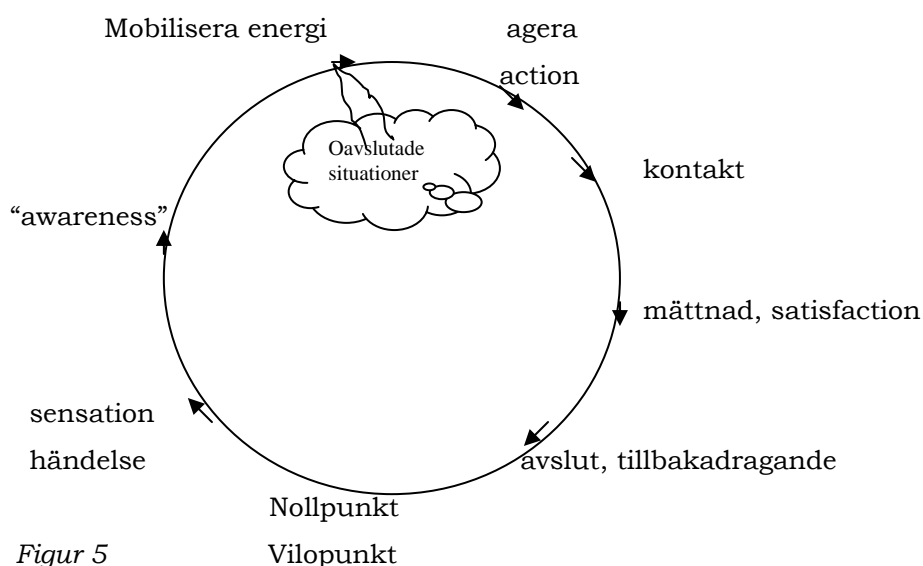
En oavslutad situation kan vara en obearbetad kris eller sorg eller en annan situation som man har svårt att släppa.

Dessa situationer kan man arbeta med i terapin och har då möjlighet att göra ett avslut för att komma vidare.

*Jag – Du:* Hänvisar till det avsnittet s. 5.

*Figur-grund:* Vad är figur just nu t ex bekymmer, glädjeämnen, behov och vad bildar grund t ex familjesituation, arbete. Hänvisar till avsnittet gestaltpsykologi s. 7.

*Kontaktcykeln:* kontaktcykeln beskriver en "awarenessprocess" och hur vi möter våra behov, kontakt och tillbakadragande. Hur man formar en hel gestalt. Den illustrerar i en cirkel när man upplever en *sensation* (torr i munnen), blir medveten, *awareness* (tänker inte på annat, känner törsten) beslutar hur man ska svara an, *mobiliserar energi* (känner behov av vatten), *agerar* (går ut i köket och håller upp ett glas vatten), vara helt i *kontakt* (dricker vattnet och känner det rinna ner i strupen) fullfölja och *avsluta* (behovet är tillfredsställt. Du slappnar av och fortsätter med det du höll på med). Du har kommit till en nollpunkt och är redo för nästa cykel. Cykeln är användbar när man ska beskriva kontaktavbrott och oavslutade situationer (Rosner 1987, Joyce&Sills 2001). Se figur 5:



*Figur 5*  
*Kontaktcykel (modifierad efter Hostrup 2002, Joyce&Sills 2001)*

*Polariteter:* Vi har alla samtliga polariteter inom oss – glädje/sorg, passivitet/aktivitet, bestämd/obestämd, trevlig/otrevlig, snäll/elak etc. I terapin kan man utforska dessa och få kontakt med polariteter, sidor, som tidigare varit omedvetna eller inte så framträdande.

En person som har kontakt med många av sina polariteter är en medveten människa och har lättare att hålla ordning på vem som är Du och vem som är Jag. Det finns mindre risk för projiceringar. Därför är det i en behandlingssituation viktigt att behandlaren själv har utforskat sina egna polariteter.

Zinker skriver om polariteter (1978). Om vi tar polariteten

glädje  $\longleftrightarrow$  sorg t ex. Tänjer du ut polariteten sorg, så tänjs också polariteten glädje ut åt sitt håll och du får ett större register på glädje/sorg, mer levande. Någon kanske har en kort linje, någon annan har en lång linje och det skiljer sig från olika polaritetspar. Du kan ha en kort linje för snäll  $\longleftrightarrow$  elak. Du har inte så stor medvetenhet om din snälla eller elaka sida. Zinker säger att om du inte kan tillåta dig att vara elak kan du heller aldrig vara genuint snäll (Zinker 1978, s 202).

*Paradoxical theory of change:* Det handlar om att stanna kvar i det som är och inte försöka ändra på "what is". Tänk det du tänker och känn det du känner och stanna i "awareness". Då sker en förändring.

Har du ångest må du gå in i ångestens rum för att kunna tapetsera om. Gå in i "döden" för att kunna möta livet. Det här är ytterst viktigt och har stor betydelse för det fenomen jag studerar. Tänka det man tänker och känna det man känner och våga det fullt ut inför varandra t ex vid en livshotande sjukdom.

Rosner (1987) skriver att:

*"The paradoxical theory of change means that change occurs only when you allow yourself to be what you are, instead of trying to be what you would like to be"* (Rosner 1987, s 97).

### 2.2.3. GESTALTTERAPI METOD

Ovan finns beskrivet ett antal aspekter av gestaltteorin som är viktiga för att förstå fenomenet "glasväggen". Den metod gestaltterapi använder är den fenomenologiska metoden (Hostrup 2002 s 95). Det fenomen som studeras i Mastern handlar om kontakt mellan makarna och förhållningssättet när de kommit på sessionerna baseras på "dialogical encounter". Det har också varit ett utforskande genom experiment och andra tekniker. Därför presenteras här ett antal gestaltterapeutiska metoder och tekniker.

*Dialogical encounter (dialogiskt möte):* Det dialogiska mötet innebär både ett Jag – Du möte och ett Jag – Det möte. Jag – Det och Jag – Du bildar figur till varandra och det sker en omväxling mellan dessa möten. Meningen i dialogen sker "in the between", inte hos var och en i mötet och inte hos båda tillsammans utan i deras dialog i sig. Där finns livet i mötet och det är det som kan vara läkande. Det sker inte med viljan utan det sker när det sker. Buber säger att all dialog är kontakt men all kontakt är inte dialog (Buber 2000, Hycner, Jacobs 1995). Terapeuten ska ha intentionen att vara närvarande, bekräftande, ha "inclusion" och en vilja för öppenhet i kommunikationen (Joyce&Sills 2001 s 44).

*Experiment:* kan bland annat användas för att utforska "figuren", det som står fram och finns *här och nu* i terapisituationen. Mannen i ett av paren sa under en session att "jag känner mig instängd i ett hörn". Jag frågar om han vill utforska detta närmare i ett experiment. Mannen väljer ett hörn i rummet, han ställer sig där och visar med kroppen hur han känner sig just nu där han står. Att bara märka hur det är. Inte ändra på känslan eller tanken.

Experiment kan vara att måla en bild, använda "tomma stolen", stanna kvar i känslan m m.

*"Empty Chair" (Tomma stolen):* Det är att möta en betydelsefull person i "tomma stolen". Klienten får tänka sig in i att den person man ska möta sitter i en tom stol. Klienten har en dialog där man riktar sig direkt i "du" form till personen. Det finns två sätt att arbeta med stolen. 1. Klienten sitter kvar på sin egen stol hela tiden och talar direkt till den tänkta personen. Att få möjlighet att uttrycka något viktigt t ex till en närstående som är död. I nuet få kontakt med känslor inuti och vilka tankar man bär på inför denna person 2. klienten får byta plats och vara t ex sin döda syster och svara som henne. En dialog startar där gestaltterapeuten är med och vägleder och hjälper till med byte av roller. Det är en "awareness" i nuet med tanke, känsla och kropp. Det är ett experiment och sker inte i verkligheten och det är viktigt att betona för klienten. Återigen utforskar vi tillsammans.

Tomma stolen eller "empty chair" är också ett bra sätt att arbeta med en sida av sig själv, en polaritet. Det är bra vid projektioner och introjektioner. En hjälp att bli tydlig.

*Fenomenologiskt förhållningssätt:* Fråga *hur* istället för *varför* t ex märker du hur du gör med din röst nu? Se på dina händer? Vad gör de? Vad vill de? Vad upplevs och hur upplever du det? Terapeuten tolkar inte klientens upplevelse utan utforskar den nyfikat här och nu. Det är klientens upplevelse som är det viktiga.

### **2.3. PSYKOTERAPEUTISK RELATION**

En terapeutisk relation har inte en "mutually inclusion", en total "ömsesidighet". Klienten befinner sig i en beroendeställning. Där talar (Buber 2001) om "one-sided inclusion" i motsats till "mutually inclusion".

"One-sided inclusion" betyder ungefär att jag som terapeut med hela mig, med hela min intensitet och liv känner klientens varande i livet. Detta för att försöka utforska vad klienten upplever från sin sida av dialogen. Det

sker bara korta ögonblick då det är svårt att vara i ett sådant tillstånd en längre tid. Men kan försöka göra det så ofta som möjligt. Under "one-sided inclusion" behåller terapeuten samtidigt sin egen centrering. Det är terapeutens ansvar att möta klienten och inte klientens ansvar att möta terapeuten (Buber 2001).

Det är en beskrivning av professionellt förhållningssätt. Det är nödvändigt att jag som terapeut vet att jag utför ett arbete och att det arbetet innebär att skapa en god atmosfär som kan bilda en grund för ett "Jag –Du" möte trots att det inte är helt ömsesidigt.

### 2.3.1. PARTERAPI

Det finns många teorier omkring parterapi. Mitt fokus är gestaltterapi med par och jag begränsar mig till det.

När man går i parterapi utforskar man även sig själv. Vad hindrar ett genuint möte? Var har man fastnat? Finns det ett mönster i det? Hur gör de för att undvika kontakt? Hur kommunicerar de? (Carlgren&Övling i Mannerstråle 1995).

Paret söker behandling för att det inte fungerar dem emellan. Det blir kontaktavbrott och förhandlingen dem emellan är inte konstruktiv. Parterapi går ut på att klargöra detta förhållande. Energi ska läggas på att bli medveten om *hur* det är och *hur* man gör (Hostrup 2002).

Terapeutens uppgift är att bli medveten om parets mönster i kommunikationen, ge återkoppling som hjälper paret till insikt om hur de interagerar med varandra. "Hemläxor" kan ges för att prova nya sätt att kommunicera på (Crocker 1999). Vad står fram för terapeuten i mötet med paret, "what is", vad bildar figur *här och nu*. Familjen är ett system, en helhet som är mer än summan av delarna (Zinker 1998).



Terapeuten ska inte styra i en viss riktning. Terapeutens egen självinsikt och självutveckling finns påtaglig i fältet. När paren strider med varandra handlar det ofta om oavslutade situationer hos var och en. Det hör inte till själva partnerskapet. Det är nödvändigt att paret ser att deras behov inte kan tillfredsställas utifrån utan ska tillgodoses av dem själva. Tron att kärleken botar allt är ett missförstånd. Tomheten och brist på helhet som paren klagat på är ett resultat av ett *icke Jag – Du* möte (Beaumont i Wheeler 1994).

Parterapiens uppgift är att skapa och uppmuntra Jag – Du möten mellan parterna. Att få igång en process med dialogiska möten. Det är lätt hänt i parrelationer att man polariserar. Ju mer utåtriktad den ena partnern är desto mer passiv blir den andre. Vanliga polariteter är närhet/avstånd, skuldbelägga/känna skuld m fl. Det kan hända när vår egen överlevnadsstrategi kommer i konflikt med parrelationen. Man känner sig hotad av varandra. Var och en har ett motstånd mot den andres polaritet och förlitar sig samtidigt på att den andre har den (Curman, B&M i Wheeler 1994).

I parterapi kan man utforska olika sätt att förhålla sig, så att man sedan kan välja förhållningssätt i olika situationer. Hur ser vars och ens behov ut? Det *går inte ut på* att ”lappa ihop” förhållandet utan se ”what is”, ta ansvar och välja. I parterapi utforskas relationen mellan paret och var och en av dem som personer.

#### **2.4 LEVA MED LIVSHOTANDE SJUKDOM**

Den som får besked att sjukdomen inte går att bota och att det är döden som återstår, förnekar, blir arg, deprimerad men accepterar ofta till sist det som sker. Likadant reagerar anhöriga. Detta anser Elisabeth Kübler-Ross (1977) som arbetat med och intervjuat många döende människor. Hon delar in döendet i fem stadier 1. förnekande och isolering 2. Vrede 3. Köpsläende 4. Depression 5. Accepterande. Hon menar att stadierna följer på varandra eller ibland finns sida vid sida. Det som finns med under hela

tiden är hoppet om olika ting t ex hoppet om att allt det här måste ha en mening och att allt kommer att ordna sig på slutet. När patienten slutar uttrycka hopp är det ofta ett tecken på att döden närmar sig, de säger t ex ”nu orkar jag inte mer, nu vill jag dö”.

Kübler-Ross (1977) talar om familjens reaktioner. Hennes erfarenhet är att många änklingsor och änkor söker vård p g a psykosomatiska symtom. De kan inte ta sig igenom sorgen för att det funnits hinder i kontakten, bristande kommunikation mellan den som dog och den som överlevde. Hon säger att de hade behövt få hjälp att kommunicera öppet om döden och döendet. I stället för isolering och ensamhetskänslor hade de fått kontakt och en djup närhet och sorgen hade då varit lättare att bära. Hon anser att omgivningen behöver bli bättre på att stå ut med patienter och anhöriga.

*”Låt de anhöriga prata, gråta eller skrika om de vill. Låt dem delge och ventilera men håll er till hands. Den anhörige har en lång tids sorg framför sig när den dödes problem är lösta. Han behöver hjälp och bistånd ända från bekräftelsen på en så kallad dålig diagnos till månader efter en familjemedlems död” (Kübler-Ross 1977, s 153).*

De som kritiserar Kübler-Ross vänder sig mot hennes teori om de fem stadierna. Detta att man skulle gå igenom stadierna efter varandra, linjärt, fas efter fas. Det är mer ett exempel på en ”god död”. Kübler-Ross modell tar inte hänsyn till individuella skillnader utan ser döendet som en process ”i sig” istället för en del av individens livsprocess. Det har gått många år och utvecklingen har gått framåt. Det är nu ofta längre tid mellan diagnos och död. Många patienter är hemma mer än de är på sjukhus och risken att hospitaliseras är mindre. Nya modeller behöver ta hänsyn till att *ett* sätt att reagera inte är det enda sättet. Det är också nödvändigt att ta hänsyn till kulturella skillnader, klass, kön, familj – inte familj m m. Det vi vet är att det är en lång och osäker tid för den sjuke och familjen (Doka 1995).

Depression är inte någon självklar reaktion när man har en livshotande sjukdom även om det finns faktorer som kan bidra till det (Saunders 1995).

Vi skiljer inte tillräckligt mellan att leva och att överleva och på dödsångest och dödsinsikt. Det blir ett sorgarbete som ska göras när man får besked om en livshotande sjukdom. Sorgarbetet följer ett cirkulärt förlopp och delas inte in stegvis i faser. De fyra uppgifterna väver sig in i varandra: 1. Erkännande av förlusten 2. Förlösning av sorgens känslor 3. Tillägnande av nya färdigheter 4. Återinvestering av den känslomässiga energin (från det som var, till det som är). Dödsångesten blir stark när man "håller fast" i det som *var* innan sjukdomen. Det finns en stor rädsla för separation, separationsångest. Man behöver hjälp att komma till det som är *nu* för att undvika ångesten. När man släpper taget och inte "håller fast" hittar man hoppet (Davidsen-Nielsen 1995).

Ovan är en beskrivning av gestaltteorins begrepp "the paradoxical theory of change" (se teoridelen). När jag slutar att anstränga mig och vågar befinna mig i det som är – "what is" – händer något. Att sträva emot och försöka undvika det man egentligen hela tiden är medveten om är att "hålla fast".

Att sörja är något livgivande. Gråt och vrede som kommer till uttryck gör att kroppen slappnar av och ångesten lättar. Det är inte detsamma som att tänka negativt, det är att vara vid liv (Davidsen-Nielsen 1995). Det finns två olika slags gråt. Den tillkallande gråten, "ropet efter mamma", och "förtvivlansgråten". Förtvivlansgråten kommer ända nerifrån magen och är en läkande gråt (Davidsen-Nielsen 2001).

Min erfarenhet av familjearbete där någon får en livshotande sjukdom stämmer väl överens med Kübler-Ross och Davidsen-Nielsens erfarenheter. Båda har arbetat i många år med svårt sjuka och döende. De delar med sig av erfarenheter och har skapat varsin modell. Jag delar

Davidson-Nielsens tanke att man vandrar fram och åter mellan de fyra uppgifterna. Tänker man så med Kübler-Ross modell blir den mer användbar. Jag har också den erfarenheten att ingenting hjälper så bra mot ångest som förtvivlansgråt. Men man kan behöva hjälp att förlösa den.

Alla teoretiska modeller har svagheten att man försöker sätta verkligheten på pränt för att få struktur och förståelse. Känner man till det är inte risken så stor att man följer en modell slaviskt utan kan ha den som en ledtråd i sitt arbete.

### **3. TIDIGARE FORSKNING**

Det finns ingen studie som exakt studerar kombinationen livshotande sjukdom, par och gestaltpsykoterapi. Artiklar finns inom varje område för sig och t ex i kombination par/gestaltpsykoterapi eller livshotande sjukdom/par. Sökning har skett (se bilaga 9) på Medline, PsycInfo och Internet. Den tidigare forskning jag koncentrerat mig på är om att leva med livshotande sjukdom och gestaltpsykoterapi. Jag nämner kort psykoterapiforskning.

#### **3.1. ALLIANSEN MELLAN TERAPEUT OCH PAR VID PARTERAPI**

Studier som undersöker *alliansen mellan terapeut och par som går i parterapi* och vad den betyder för terapin är mycket ovanlig.

En studie som undersökt betydelse av allianser mellan terapeut och par i parterapi visar att om mannen i paret hade en starkare allians med terapeuten än vad kvinnan hade och när den alliansen varade över tid så var sambandet mellan allians och effekt av terapin starkare. Om båda parter hade en stark allians med terapeuten så ökade också chanserna till något positivt för paret (Symonds 2004).

#### **3.2. LIVSHOTANDE SJUKDOM**

Artiklar om att *leva med livshotande sjukdomar* visar att patienter och deras familjer får psykiska reaktioner under sjukdomstiden, behandlingen och lång tid efter avslutad behandling. Någon studie har särskilt tittat på depressioner medan andra artiklar har fokus på patientens upplevelse och patientens copingstrategier. "Coping" är en persons mentala strategi för att hantera en psykiskt påfrestande situation. Filipps (1990) anser inte definitionen vara tillräcklig. Vad ska "copas" med? Vad är "no-coping"? (Filipp 1990)

Liese and Larson (1995) visar i sin studie att drygt 40% av ca 600 patienter uppgivit rädsla och osäkerhet om framtiden som det värsta, 3% uppgav sociala relationer.

En studie betonar vikten av att även stödja den anhörige som lever med cancerpatienten. Patienten och den anhörige lever i ett starkt beroende av varandra i en komplex situation. Studien betonar att den anhörige löper en risk hälsomässigt (Grossman 1995).

Familjemedlemmar kan inte erbjuda stöd eftersom de själva är en sårbar grupp (Jones m fl 1994).

Penn (2001) säger att familjemedlemmar skyddar varandra från sina tankar och upplevelser och inte delar tankar och oro om livet och döden. Hon menar att upplevelsen av att "inte tala" med varandra är traumatiserande.

I Shields (2004) studie framkommer att makar hade svårt att tala om cancer. Detta undvikande att tala om upplevelsen av cancer störde parets kommunikation och kontakt. Paren saknade hjälp som införlivade den man levde tillsammans med.

Interventioner betonas som underlättar en öppen kommunikation mellan makarna. Det minskar stressen för båda parter. Fokus för interventionerna bör bli att möta rädsla för döden, stödja intimitet och möta känslomässig smärta eftersom det framkommit som signifikanta faktorer hos partners (Carlson, Bultz, Speca, St-Pierre 2000).

Depression, trötthet, smärta, stress och ångslan påverkar *sexualiteten*. Behandling och mediciner kan påverka hur personen svarar an sexuellt. Rädsla och brist på information om det är skadligt att ha sex eller inte. Utseendemässigt kan utseendet förändras för den sjuke, t ex tappa allt hår på hela kroppen. Klimakteriebesvär för yngre kvinnor p g a

cellgiftsbehandling och strålning. Det är viktigt att vårdpersonal tar upp frågor om sexualiteten och visar att det är tillåtet att prata om det och att det kan vara vanligt med sådana problem när man har cancer eller annan kronisk sjukdom (Nusbaum, 2003).

### **3.3. GESTALTTERAPIFORSKNING**

Gestaltforskning har under många år både undersökt effekt av terapi och känslomässiga processer i terapeutiska möten. Många frågor har fokuserat på hur intensiva stunder av kontakt, främst känslomässigt uttryck av inre konflikt, leder till konfliktlösning och minskar klientens lidande. (Strümpfel, Goldman, 2001).

Strümpfel och Goldman (2001) har gått igenom och beskrivit den gestaltforskning som har skett, bl a på "moment-by-moment" processer i terapi, beskrivit viktiga ögonblick i en terapeutisk dialog. När en spänning i den terapeutiska dialogen intensifieras leder det till viktiga ögonblick när terapeuten fokuserar på 1. ökat känslomässigt uttryck och 2. användandet av utmanande och konfronterande tolkningar på det sätt klienten interagerar med terapeuten. Existentiella ögonblick i terapin händer när terapin präglas av spontanitet och autentiskhet.

Leslie S. Greenberg med kollegor har bidragit till forskning på gestaltterapi och då särskilt på gestaltterapeutiska interventioner t ex "tomma stolen".

Flera uppföljande studier med stor population har gjorts: Schigl 1998, 2000 samt Mestel&Votsmeier-Röhr 2000. (Strümpfel, Goldman, 2001). Symtomgrupperna var depression eller sorg, konflikt i äktenskapet och problem med sexlivet. Förbättringen utgjordes av känslan att vara nöjd med sitt liv, självuppskattning, självrespekt och mer upplevd insikt i sina problem. De flesta upplevde att de lärt sig en strategi av gestaltterapi som de kunde använda om symtomen skulle återkomma. En kort behandling som varade 10 timmar visade på stor risk för återfall. Precis som processforskning har givit insikter i känslomässiga förändringsprocesser

är det också effektivt att producera modeller av kontaktprocess och dess avbrott (Strümpfel, Goldman 2001).

Det finns flera studier på "unfinished business". Tekniken med "tomma stolen" visar sig bra för att förändra synen på sig själv. Symtom och interpersonella problem minskade (McMain, Goldman, Greenberg 1995).

I en studie deltog klienter med oförlösta känslor relaterade till en betydelsefull närstående. "Tomma stolen" ingick som en intervention. Klienterna visade minskade symtom, minskade interpersonella bekymmer, kände sig mer bekväma och uppnådde en lösning på den oavslutade situationen (Pavio, Greenberg 1995).

Det som verkar bra är när terapeuten har en teori med tillhörande metod och att det är bra med någon form av intervention.

### **3.4. PSYKOTERAPIFORSKNING**

Psykoterafiorsknin g visar att det är relationen mellan klient och terapeut som är det viktiga oavsett vilken metod och teori man använder. Vilka inslag i terapirelationen har man då sett som betydelsefulla? Alliansen mellan klient och terapeut, empati samt samstämmighet om mål och samarbete har visat sig effektiva. Det finns det empiriskt stöd för. Effekten varierar mellan terapeuterna även om de har samma metod och teoriförankring. Framtida forskning kan ge ett bidrag genom att ta reda på klienters upplevelse av terapitimmar och ge återkoppling tillbaka till terapeuten (Larsson 2004).

Studien som redovisas här i Mastern är ingen effektstudie men det är intressant att se på den forskning som finns. De flesta är effektstudier där man ofta jämför med en kontrollgrupp som inte får någon behandling.



## **4. PROBLEMFORMULERING**

### **4.1 FORSKNINGSSYFTE**

Syftet är att utforska hur kontakten mellan makar upplevs, där någon av dem har en livshotande sjukdom och som i den situationen erhåller ett antal gestaltpsykoterapisessioner.

### **4.2 UNDERFRÅGOR**

Följande underfrågor är en vägledning för mig i utforskandet av kontakten mellan paret under terapiesessionerna:

- Upplever makarna "full kontakt" med varandra? Upplever de Jag – Du möten?
- Delar de sina tankar, känslor och kroppsupplevelse med varandra?
- När upplever de en närhet till varandra och när upplever de att det finns en känsla av avstånd? När upplever de mest kontakt och minst kontakt?
- Hur är vars och ens "awareness" om sig själv och om den andre när det gäller t ex glädje, ilska, sorg, sexualitet, rädsla och oro?
- Upplever makarna kontaktavbrott i relationen? Upplever de att de har en "glasvägg" mellan sig?
- Hur upplever makarna att terapeuten underlättar eller försvårar kontakten mellan dem?

### **4.3. HUR FÅR JAG SVAR PÅ MINA FRÅGOR?**

De fyra par som inkluderas i studien intervjuas var och en enskilt. Intervjun bildar bakgrund till de åtta gestaltpsykoterapisessioner som följer. Efter varje session fyller varje person i paret i en enkät om hur kontakten med partnern upplevdes under timmen. Jag fyller själv i en enkät samt skriver minnesanteckningar.

Enkäten med frågor till paren efter varje session, "Efter varje samtal" (se bilaga 7) är indelad i följande tre sektioner:

- "Frågor om dig själv." Frågor som berör innerzon (känsla), mellanzon (tanke) och ytterzon (sinnen).
- "Frågor om dig själv och din kvinna/man." Fokus på mest och minst kontakt med partnern under timmen. Bra och sämst med timmen. Skillnad i kontakt före/under/efter timmen. Behov. Motstånd.
- "Relationen till terapeuten." Med betoning om jag, terapeuten underlättat eller försvårat kontakten mellan dem.

Min egen enkät, "Frågor till mig efter varje session" (bil.8) ska besvara frågor om min "awareness" under sessionen. Efter att ha fyllt i enkäten skriver jag ned mina interventioner och vad vi gjort under sessionen, mina observationer, tankar och det som varit figur för mig – minnesanteckningar.

#### **4.4. GRUNDANTAGANDE**

Grundantagandet jag har är att om paret får en ökad "awareness" om vad de tänker och känner och delar det med varandra, så upplever de att kontakten mellan dem förbättras. Var och en upplever att välbefinnandet ökar hos den enskilda personen och för dem tillsammans. Den energi som går åt till att "skärpa sig" frigörs och gör att de upplever situationen mindre ansträngande.

## **5. METOD**

### **5.1. FORSKNINGSFÄLTET**

Studien utfördes på Universitetssjukhuset i Örebro, medicinkliniken, sektionen för hematologi. För att snabbare få par att inkludera bad jag onkologkliniken om hjälp. Studien utvidgades till att även omfatta denna klinik. På hematologen i Örebro vårdas patienter med elakartade blodsjukdomar som t ex leukemi. På onkologen vårdas patienter med olika typer av cancersjukdomar. Sektionen för hematologi och onkologkliniken har mottagningsverksamhet för öppenvårdspatienter och en avdelning för de patienter som behöver vara inneliggande för behandlingar av olika slag.

Terapisessionerna har skett på mitt samtalsrum som är beläget i sjukhuset. Ett par har delvis fått sessionerna i sitt eget hem.

Forskningsfältet är också rummet där vi sitter och det som finns ”in the between” mellan makarna och mellan mig och makarna.

### **5.2. URVAL**

Studien blev godkänd av Forskningsetikkommittén mars 2003 (bil. 2).

Godkändes för ”utvidgning av studie” att även gälla onkologen, maj 2003 (bil. 3). Fyra par inkluderades efterhand som de blev aktuella hos mig för kuratorsinsatser. De fick muntlig och skriftlig information (bil. 4).

Skriftligt samtycke inhämtades (bil. 5).

*Inkluderingskrav:*

1. patient som har en elakartad blodsjukdom eller annan cancersjukdom som vårdas på hematologen eller onkologen på Universitetssjukhuset i Örebro och dennes maka/make.
2. Par som lever i en fast och stadig relation.
3. Paret ska inte befinna sig i en akut kris eller chock (t ex vid diagnosbesked).
4. Paret ska själva söka hjälp genom att önska sig samtal p g a situationen med den livshotande sjukdomen eller att vi i vården anser att paret bör erbjudas samtalsbehandling. Samma kriterier som alltid gäller vid kuratorsinsatser på hematologen.
5. Par som är kända av mig sedan tidigare p g a krisbearbetning vid diagnosbesked eller helt för mig nya, okända par.



*Urval (se tabell 1)*

Makarna kallas för par 1, par 2, par 3 och par 4. Siffran åtföljs av bokstav

S=sjuk

A=frisk (anhörig)

kv=kvinna

m=man

	par 1		par 2		par 3		par 4		
	1S m	1A kv	2S kv	2A m	3S kv	3A m	4S kv	4A m	
ålder	58	54	35	36	41	41	39	39	
diagnos	Kronisk lymfatisk leukemi sept 2002 diabetes sept 2002		Kronisk myeloisk leukemi Juni 2003		Akut myeloisk leukemi Febr 2003		Storcelligt B-cells lymfom Febr. 2003		

	Oklar värk i kroppen								
barn	nej	nej	6 och 8 år	6 och 8 år	7 och 10 år	7 och 10 år	4 och 9 år	4 och 9 år	
kontakt- väg till mig	Remiss från läkare på mottagning. Individuell kontakt först.	Inbjuden senare i samband med studien	Krisbehand- ling vid diagnos- besked på avdelning	Samma som hustrun	Krisbehand- ling vid diagnosbesked på avdelning	Samma som hustrun	Hänvisad av onkolog- läkare till studien	Samma som hustrun	
Sessioner	2/10 – 4/12 2003		30/9 – 2/12 2003		7/10 – 5/12 2003		29/9 – 24/11 2003		

Tabell 1 "Urvalsöversikt"

Skriftlig information gavs vid två tillfällen därför att Forskningsetikkommittén ändrade kraven gällande all skriftlig information. Information om personuppgiftslagen (PUL) bifogades.

*Urvalet* består av fyra par. Tre kvinnor och en man har en cancerdiagnos. Tre par är mellan 35 –41 år, ett par över 54 år. Tre sjuka vårdas på hematologen, den fjärde på onkologen. Alla personerna är svenska.

*Bortfall:* Två tillfrågade patienter som erhöll samtalsbehandling kontinuerligt tillfrågades. De var båda fysiskt dåliga och orkade inte medverka i studien och fylla i enkäter. Ett par som tillfrågades, tackade nej för att de inte upplevde att de behövde samtal just då. I övrigt svarade alla ja.

### 5.3. HUR JAG HAR SAMLAT MATERIALET

Jag har samlat in en mängd material för att på djupet förstå kontakten mellan makarna. Intervjuer, enkäter och minnesanteckningar från terapitimmar enligt nedan:

- Halvstrukturerad kvalitativ djupintervju (Kvale 1997) med varje person enskilt – 8 st. Intervjuguide användes och intervjun spelades in på ljudband. (bil. 6). Guiden utarbetades tillsammans med handledare Sari Scheinberg.

- Skriftliga svar i en enkät med nio öppna frågor varav en skalfråga, enkäten fylldes i direkt efter varje session *av var och en i paret* – 64 st. (bil. 7). Enkäten utarbetade jag tillsammans med handledare Sari Scheinberg.
- Skriftliga svar i en enkät med nio öppna frågor varav en skalfråga, enkäten fylldes i direkt efter varje session *av mig* – 32 st. (bil. 8).
- Min nedskrivna berättelse ur minnet direkt efter enkätifyllandet, av vad vi gjorde, *hur* vi gjorde under sessionen, vad jag hörde och vad jag såg – 32 st. (ej bilaga p g a sekretess).

Syftet med studien är att utforska parets kontakt under sessionerna. Analysen kommer att fokuseras på enkäterna efter varje terapisession och på de frågor i enkäten som särskilt belyser parets kontakt. Intervjuerna var en utgångspunkt för att sedan påbörja sessionerna. Det var den första interventionen, att ställa frågor om hur de hade det med sig själva, vilka känslor, tankar och kroppssensationer de var medvetna om. Hur de tänkte och kände om kontakten med sin partner. Här visade det sig vad som bildade ”figur” och om någon av oss fick en känsla av om det fanns som en ”glasvägg” mellan dem. Vi fick en uppfattning och vägledning om fokus under kommande sessioner.

Min enkät och mina minnesanteckningar är material som för mig återskapar det som hände i terapirummet. Mycket sades och upplevdes som inte skrevs ner i enkäten.

#### **5.4. GENOMFÖRANDE STEG FÖR STEG**

Studien förankrades hos chefen på medicinkliniken samt klinikchefen på onkologen. Läkarna på båda klinikerna informerades om studien.

Överläkare, docent och professor Ulf Tidefelt, hematologisektionen och FOU – enheten på Universitetssjukhuset i Örebro är min bi-handledare och hjälpte mig med den skriftliga informationen och med ansökan till Forskningsetikommittén.

1. Forskningsetikkkommittén på Universitetssjukhuset i Örebro godkände studien 2003-03-03 (bil. 2).
2. Forskningsetikkkommittén, Universitetssjukhuset i Örebro, godkände utvidgning av studie 2003-06-06 (bil. 3).
3. Muntlig och skriftlig information till paren om studien (bil. 4).
4. Skriftligt samtycke erhöles av samtliga par mellan 12 augusti och 2 september 2003 (bil. 5).
5. Intervjuerna, med varje enskild person startade 26 augusti och pågick till 5 september. De skedde i mitt samtalsrum. Intervjuguide användes (bil. 6).
6. Intervjuerna spelades in på ljudband. De skrevs ut ord för ord och känslouttryck och tystnader noterades. Intervjun varade ca 1-2 timmar. Jag läste intervjuerna efterhand utan att bearbeta dem.
7. Sessionerna, med varje par för sig, startade 29 september, 2003 och pågick till 5 december, 2003. Varje session varade i ca 1,5 timme, en gång i veckan under åtta tillfällen. Schema finns med exakta datum för varje session.
8. Efter varje session fylldes enkäter i av både mig och paret var och en för sig. Vi satt tillsammans i mitt rum och fyllde i enkäterna under tystnad. Jag skrev också ned noteringar om vad vi gjort under sessionen (bil. 7 resp. bil. 8).
9. När paret hade gått läste jag enkäterna omgående. Innan de kom vid nästa tillfälle läste jag dem samt mina noteringar och pratade med paret om det som kommit fram och hur vi skulle gå vidare.
10. Efter de åtta sessionerna avslutades studien. Par 2 hade några uppföljningsbesök som inte ingick i själva studien, par 1, par 3 och par 4 har fortsatt *parterapi* med olika täthet vad gäller besöken. Alla enskilda personer har fått sin egen intervju utskriven. Alla har fått kopior på sina enkäter.

## **5.5. FORSKNINGSTRATEGIER**

Jag använder mig av fenomenologin som vetenskaplig metod och har ett fenomenologiskt förhållningssätt. Hur fenomen uppenbarar sig, försöka se

dem som de är med så få tolkningar som möjligt. Se helheten och försöka vinkla data utifrån flera olika perspektiv. Det är att beskriva upplevelser inte försöka förklara dem (Moustakas 1994).

Utifrån insamlat material ska jag utforska parets egna upplevelser av kontakten dem emellan med tonvikt på *hur* och *"what is"*. Den livshotande sjukdomen utgör basen för parterapi. Det är inte parterapi för *"vanliga"* par som upplever problem i sin relation. Sjukdomen betonas inte i enkätens frågor. Det intressanta är hur de själva benämner sjukdomen, hur mycket den finns med i kontakten mellan dem.

Min metod är gestaltpsykoterapi. Paret söker terapi i en arbetsam situation och vill ha hjälp. Jag är i högsta grad delaktig i forskningsprocessen. Vi gör ett arbete och en utforskning tillsammans. I en kvalitativ studie använder forskaren sig själv som instrument (Kvale 1997).

Jag har särskilt *inspirerats* av Participatory Action Research (PAR). I Wadsworth (1998) artikel beskrivs en cirkel som jag tycker påminner om gestaltterapiens kontaktcykel. Tänk detta som en cirkel: *stanna och reflektera på agerande – fråga väcks – planera att söka svar – intensivt sökande, fältarbete, stämma av och utmana – reflektera – tänka på nya sätt – nya handlingar o s v i nya cirklar hela tiden*. Artikelförfattaren menar att förändringar inte händer i slutet av forskningen, de händer hela tiden (Wadsworth 1998).

Aktionsforskning innebär oftast att fokusera på agerande. Där skiljer jag mig från det synsättet. Ett icke - agerande kan vara detsamma som "att stanna kvar" i en känsla och det tror jag är läkande, enligt gestaltteorins "paradoxical theory of change". Som forskningsmodell tycker jag den fungerar bra.



Min forskning liknar PAR genom att enkäten ligger till grund för nästa session. Enkäten är, inför oss tre, ett öppet instrument att utgå ifrån och gå vidare med. Vad var bra och vad var mindre lyckat. Processen följer cirkeln ovan. Det undersökta är kontakten mellan makarna och vi kommer tillsammans fram till olika förhållningssätt framförallt genom att träna på "paradoxical theory of change" – stanna i det som är, vara tysta, göra ingenting, experimentera, måla bilder, samtala, använda "tomma stolen", testa olika sätt att kommunicera, prova fysiskt kontakt istället för samtal, utforska känslan i kroppen m m. Öppen kommunikation och en tillåtande atmosfär har varit det viktiga.

Efter de åtta sessionerna har vi fortsatt arbetet där det har behövts. Ingen utvärdering har gjorts av effekten av terapin.

## **5.6. BEGRÄNSNINGAR I STUDIEN**

Det finns begränsningar i studien som kan ses utifrån validitet, reliabilitet och generaliserbarhet. Det är tre begrepp som hör ihop (Kvale 1987).

*Validitet* handlar om min metods förmåga att undersöka det som jag säger att jag ska undersöka. *Reliabiliteten* är om man kan lita på det material jag har inhämtat och om man kan göra likadant en gång till och få fram samma resultat. Är nu detta resultat *generaliserbart*?

*"En positivistisk uppfattning av forskningen enligt vilken föremålet för undersökningen är opåverkat av forskaren, och forskaren i sin tur är opåverkad av föremålet, är således ohållbar. Både forskaren och föremål för forskningen är involverade i en gemensam kontext.....(Alvesson, Sköldberg 1994, s 105).*

Enkät valdes så att makarna efter timmen hade möjlighet att reflektera för sig själva i lugn och ro. Hur frågorna är ställda avgör hur svaren blir. Det är svårt att veta om personerna uppfattat de ord jag använt på det sätt jag menat dem. Vissa svar kan tyda på att de inte tänkt som jag.

Vid intervju kan man enkelt förtydliga sin fråga vid behov. Fördelen jag haft är att vid ett tydligt missförstånd i enkäten har jag kunnat ta upp det vid nästa session. Att de förstod mina frågor kunde till stor del bekräftas i terapirummet. Jag upplever att paren varit seriösa och tagit sig tid med enkäten.

Under en och en halv timme arbetar vi intensivt i terapin. Efter den fylls enkäten i. Hur beskriver man alla känslor och tankar som uppfyllt en, under hela den tiden, med några ord i en enkät? Och dessutom fylla i den efteråt - inte här och nu i upplevelsen. Vilken förmåga har var och en att formulera sig skriftligt? Några har varit trötta, på sjukdomen eller att terapitimmen varit krävande. Då finns inte ork att fylla i alla frågor alla gånger.

Jag har förstått intentionen i min egen enkät efter varje session. Minnesanteckningar är minnesanteckningar och det är mina upplevelser av timmen och det jag kommer ihåg. Paren kanske skulle minnas helt andra saker.

Studien är inte generaliserbar med tanke på det lilla urvalet. Men om studien skulle upprepas av någon annan med ett större urval skulle det kunna vara så att de kommer fram till samma resultat. Stunden i terapirummet går inte att upprepa – det har varit just vi tre i mötet, vi har varit spontana och tänkt och känt i stunden. Vi har flutit med floden och samma vatten rinner inte på samma ställe två gånger.

Studien kan ge en förståelse av hur det har varit för dessa fyra par med den livshotande sjukdomen och kontakten i terapistunden. Jag har träffat dem en liten stund i veckan, en liten period av hela deras pågående liv. Det är en avgränsning och en begränsning.

## 5.7 FORSKNINGSETISKA ASPEKTER

Paren har haft en möjlighet att välja att vara med i studien eller avstå. De hade rätt att avbryta studien när de ville, men fortsätta med samtalen. Paren har sagt ja till studien. Kanske ville de hjälpa mig eller hade svårt att säga nej av andra skäl. Alla paren har läst igenom analys och resultatdel för att bekräfta att beskrivningen av deras upplevelser stämmer. Alla par har godkänt närvaron av alla citat.

Ett etiskt dilemma är att jag inkluderar patienter i studien som står i en beroendeställning till mig. Jag arbetar som kurator på den klinik jag ska utföra studien på och paren behöver mitt yrkeskunnande. Här handlar det även om forskning, där jag både är forskare och behandlare samtidigt. Som forskare är jag själv delaktig i det terapeutiska fältet. Det är nödvändigt för mig att vara mycket uppmärksam på det. Patienten och den anhörige är trötta och utmattade och det kan ta kraft att komma på terapisesioner regelbundet och skriva ner sina reflektioner efteråt.

Vad innebär det för integriteten att jag i terapisesionerna både behandlar och forskar. Jag dokumenterar det vi gör under timmen, de dokumenterar och materialet ska analyseras och presenteras. Finns det en risk att jag skadar dem? Ställer paren upp på studien därför att de tror att det innebär ytterligare hjälp i situationen. Paret från onkologen, där jag inte arbetar, erhöll min hjälp endast på grund av studien och vi bestämde därför att om de behövde fortsatt parterapi efter de åtta tillfällena skulle de få det.

Hur upplever mannen det att jag som samtalspartner är kvinna? I samtalsrummet är vi två kvinnor och en man. I ett av paren har vi lyft upp det öppnet i samtalen. Det kan bli en obalans. Kan mannen känna sig i underläge? Eller är det så att kvinnan anser att jag ger för stor uppmärksamhet till mannen?

En anledning till att paren varit positiva till studien kan vara att de uttrycker att det är bra att det skrivs om sjukdom och familjepåverkan. De

anser alla att omgivningen har oerhört svårt att förstå vad de går igenom. En av männen sa ungefär som så: ”vi har varit på en lång resa och ingen vet vad vi har varit med om”.

## **6. ANALYS OCH RESULTAT**

I analysarbetet har jag *inspirerats* av Colaizzis (Creswell 1998) sex steg i en modell för en fenomenologisk analys av materialet. De sex stegen är:

1. genomläsning av materialet
2. signifikanta uttalanden plockas fram
3. den underliggande meningen i respektive uttalande formuleras
4. dessa meningar grupperas i kluster av teman
5. kluster av teman integreras och man åstadkommer en beskrivning av fenomenet
6. resultatet valideras genom att fråga om beskrivningen stämmer med parets upplevelse.

Observera att mina analyssteg inte helt följer ovanstående. Modellen är en *inspirationskälla*. I min analys är jag noga med att bevara rena citat och inte skapa underliggande meningar för att minska risken för tolkningar av deras citat.

### **6.1. ANALYS AV PARETS ENKÄTER**

Efter varje terapisesion fyllde var och en i paret i en enkät (bil. 7). Det är samlade svar från alla åtta personer och åtta sessioner – 64 enkäter. Följande avsnitt beskriver min analys steg för steg och visar exempel på hur jag har gjort. Beskrivning av resultat och diskussion kommer i nästa avsnitt. Bilagor med alla tabeller för en person finns i appendix (bil. 10, 11,12) Bilagor på tabellerna i de olika stegen för samtliga personer bifogas inte p g a den stora omfattningen – fem flersidiga tabeller, för åtta personer, sammanlagt 40 tabeller. Jag har valt att ”klippa in” delar av tabeller i texten som exempel.

Analysen sker i följande steg

*Steg 1. Genomläsning:*

Direkt efter varje session och strax före nästa läste jag enkäterna.

Analysarbetets invigning var att återigen läsa enkäterna flera gånger.

*Steg 2. Samtliga citat i tabell:*

Jag gör en tabell för varje person, session för session, ett sätt att strukturera och få överblick över ett omfångsrikt material. Jag för in personens *samtliga* citat i "rubriker" som följer nedan:

- a) KMS=Kontakt Med sig Själv. Alla citat som handlar om hur man har det med sig själv känslomässigt, tankemässigt och i kroppen ("awareness" i zonerna). Svar på frågorna 1 a,b,c i enkäten.
- b) KMP=Kontakt Med Partnern. Alla citat som handlar om hur man har det med partnern känslomässigt, tankemässigt och i kroppen ("awareness" i zonerna). Svar på frågorna 2,3,5,6 i enkäten.
- c) Behov. Alla citat som handlar om personens eget behov under samtalet och vad personen behöver av sin partner. Svar på frågorna 1d, 4.
- d) Motstånd. Alla citat som handlar om upplevelsen av att "stoppa sig själv" eller ta initiativ till att säga eller göra något under timmen. Svar på frågan 1e.
- e) Interventioner. Alla citat som handlar om vad som upplevdes bäst och sämst med timmen samt hur personen upplevde att jag som terapeut underlättade eller försvårade kontakten mellan dem under timmen. Svar på frågorna 7,8,9.

*Se exempel för person 4A i tabell 2 nedan: (från de tre första sessionerna och ett citat som exempel)*

Person 4A	KMS 1a,b,c	KMP 2,3,5,6	Behov 1d,4	Motstånd 1e	Intervent. 7,8,9
Session 1 29/9	Beväm o lugn	Vi har blivit tydligare	Mer utrymme	Jag stoppade ingenting	För kort tid. Du frågade hur jag kände det.
Session 2 6/10	Min onda svanskota gjorde	I slutet när vi kramade om	Att få berätta om de måste och	Tog initiativ i början av	Du påtalade att vi skulle se på

	att jag inte kunde sitta still	varandra	krav – hjältestatus....	santalet	varandra
Session 3 13/10	Jag kände mig berörd, upprörd på ett positivt sätt	Varm och nöjd	Mitt behov blev aldrig uttalat	Jag stoppade tårar	Att få utrymme med mig själv

Tabell 2 "Samtliga citat"

*Steg 3. Skapar teman i tabell och markerar antal likalydande citat.*

Jag använder ovanstående "rubriker" och kallar dem här för teman, tema KMS, tema KMP, tema Behov och tema Interventioner. För in citaten från tabell 2 i en ny tabell, en för varje person utan att markera vilken session det gäller. Jag markerar i varje kolumn, efter varje citat, hur många gånger den ordalydelsen återkommer.

Se exempel i tabell 3 för person 4S nedan. Markering med 1 efter pirrig i tema KMS innebär att pirrig förekommer i enkäten en gång under alla åtta sessionerna. Orolig 1111 i tema KMS betyder att hon svarat orolig fyra tillfällen i enkäterna. Tabellen ser ut så här: ( några citat på varje tema).

Person 4S	Tema KMS	Tema KMP	Tema behov	Tema motstånd	Tema intervent.
	Spänd 1111 Pirrig 1 Upprymd 111 Orolig 1111 Arg 1 Jag tänkte mycket tankar på min egen död 1 Ledsen/sorgtyngd 111111	När han berättade att han varit rädd för att förlora mig 1 Jag blev berörd och samtidigt lättad 1 När vi kramades 1	Uttryckte mitt behov 11 Jag behöver fysisk närhet 1 Behov av att få lätta på oron kring nästa kontroll den 8/12 -03. Jag vill att han orkar med min reaktion när han pratar om sin oro och rädsla vad gäller hans sjuka mor 1	Stoppade mig själv 11 Tog initiativ 11111 Det var mer maken som pratade 1	Att ämnen som är känsliga berörs och ventileras 1 Att tiden gick så fort 1111 Du ger oss tid att prata och lyssnar färdigt 1 Hon fick oss att se på varandra och uttrycka vad vi känner och tänker 1

Tabell 3 "Tematabell"

Analysen framöver koncentreras på KMS, KMP, Kontakt och Intervention.

*Steg 4. Skapar tabeller med temana KMS och KMP.*

Jag vill närmare utforska hur varje person har det med sig själv och med sin partner. Jag gör nya tabeller för varje person. Utifrån tabell 3 analyserar jag temana KMS och KMP. Jag delar jag in KMS i de tre zonerna och KMP i de tre zonerna:

- a) innerzon = det som finns inuti kroppen, känslor.
- b) mellanzon= det som finns i huvudet, tankar, drömmar, idéer.
- c) ytterzon= det som finns utanför huden, sinnena

Även här markerar jag hur många gånger varje citat återkommer. Se några citat som *exempel* i tabell 4, person 2S, nedan.

PERSON 2S			KMP		
Innerzon	Mellanzon	Ytterzon	Innerzon	Mellanzon	ytterzon
Lugn 11111111 Trött 1 Glad 11 Ledsen/grät 1111	Komma förbi det tankespöket (döden) 1 Svårt svara på hänger ihop med känslorna 1	Spänd i kåkarna 1 Kändes inte helt avslappnat 1	Blev glad och varm 1 Skönt 1 När han läste - jag blev rörd för allt fint och härligt han skrev 1	Visste inte att hans rygg hade blivit sämre den senaste veckan - han har inte sagt ngt om det 1	Det var avslappnat (vid prat om begravningar) 1

Tabell 4 "KMS och KMP - Zoner"

*Steg 5. Skapar två nya tabeller, för varje person, med temana a) kontakt och b) intervention.*

Här koncentreras analysen på kontakten mellan makarna. Temat *Kontakt* utgår från tabell 3 och tabell 4 under temat KMP. Temat *Intervention* utgår från tabell 3 under temat Interventioner. Det är svaren på frågorna 3, 5a-b, 6a-b, 7,8 och 9 i enkäten.

a) Temat *kontakt* delas in i tre nya teman:

- Mest kontakt m maken/makan under samtalet
- Minst kontakt m maken/makan under samtalet
- Skillnad i kontakten före/under/efter samtalet

b) Temat *intervention* delades in i tre nya teman:

- Bra timme/upplevs positivt för kontakten mellan makarna
- Sämst med timmen/upplevs som jobbigt



- Om terapeuten

I två nya tabeller för varje person, tabell 5a "Kontakt" och tabell 5b "Intervention" placeras deras citat i följande nya teman nedan. En del citat kan förekomma i t ex både "bra med timmen" och "om terapeuten" därför att det som jag som terapeut gjorde var bra för deras kontakt och att de skrev det i enkäten. Antal 1 bakom citatet anger hur många gånger det citatet finns med i samtliga enkäter för den personen.

Se *exempel* på dessa två tabeller för person 2S nedan. Endast några citat som exempel.

PERSON 2S

Mest kontakt med maken under samtalet	Minst kontakt med maken under samtalet	Skillnad före/under/efter samtalet
När vi pratade om min död och vem som kommer att ta hand om honom när jag inte finns 1 Nära och kärleksfull kontakt under dödenpratet 1 När vi läste våra avskedsbrev 1	Ingen speciell stund 11111 När han tror att han kommer att klappa ihop efter att vi har flyttat 1	Relationen varit halvbra, bra fokusera på något annat 1 Relationen bra men blir hela tiden bättre 1 Inget speciellt under just det här samtalet men känner däremot att vår relation blir djupare under hela den här processen 1

Tabell 5a Kontakt "Mest – Minst – Skillnad"

PERSON 2S

Bra timme/upplevs positivt för kontakten mellan makarna	Brist med timmen/upplevs som jobbigt	Om terapeuten (underlättade eller försvårade)
Att vi har börjat prata om döden 1 Bra med pratet om vår sexuella relation 1 Bra att ha läst våra avskedsbrev – att ha gjort det en gång. Oj! 1	Vet inte 1 Att det kändes som en halvtimme 1 Jobbigt men bra att ha läst upp våra brev 1 Ett par tillfällen som varit jobbiga med mycket gråt 11	Bra att K. driver på och ställer frågorna – vem skulle annars göra det 1 K. lotsar oss igenom det jobbiga 1 Bra att K. tog upp frågan om vår sexrelation 1

Tabell 5b Interventioner "Bra – Jobbigt"

Steg 6. Genomgång av tabellerna 5a och 5b för samtliga par. Skapar nya teman. (bil. Analys tematabell 10 och Vidare analys 11). Jag studerar ett tema i taget för varje person i tabell 5a och 5b t ex *bra timme* och går sedan igenom alla tabell 5a och 5b ett flertal gånger. Finner här teman

som är gemensamma och tydliga för alla paren, hur många gånger varje tema förekommer och vilka personer som representerar varje tema (teman se resultatdelen).

*Ett exempel:* i temat *bra timme* finner jag nya teman som *berört svåra ämnen, stanna kvar i känslan* som återfinns hos alla par.

*Steg 7.* Alla par läser analysen och resultatdelen och bekräftar att det överensstämmer med deras upplevelse och godkänner citaten.

## **6.2. RESULTAT OCH DISKUSSION**

I följande avsnitt redovisar jag resultaten som handlar om makarnas upplevelse av kontakt mellan dem. Jag summerar de viktigaste resultaten av det som framkommit i analysen ovan och återkopplar till teoridelen i Mastersuppsatsen. Resultaten är organiserade i två huvudteman *1. Kontakt* och *2. Interventioner*, se nedan:

- 1. Kontakt* a) Kontakt Med sig Själv b) Kontakt Med Partner c) Mest kontakt och Minst kontakt d) Skillnad före/under/efter sessionen. (Se tabell 3 och 5a).
- 2. Interventioner* a) Bra med timmen b) Sämst med timmen c) Om terapeuten. (Se tabell 5b).

Jag har valt att inte redovisa resultaten för varje person eller par för sig, inte sjuk eller frisk. Det är ett litet urval och risken finns att de då skulle kännas igen och mista sin integritet. I varje avsnitt finns citat från alla åtta personernas enkäter för att ge en bild av deras upplevelse med deras egna ord. Alla citat är markerade med kursiv stil.

### **6.2.1. KONTAKT**

Kontakten hur var och en har det med sig själv påverkar förstås kontakten med partnern. Parens awareness på både intrapersonell och

interpersonell nivå är viktig. I gestaltterapi definieras kontakten bl a med awareness i zonerna. (Definition av awareness och zoner finns på sid 13.)

#### *a) Kontakt Med sig Själv (KMS)*

Med KMS menas här den awareness som var och en upplever i inner-, mellan-, och ytterzon. KMS under timmarna visar på stora variationer. Ett par av personerna har mest på innerzon, någon annan på mellanzon. Alla har minst på ytterzon. En person utmärker sig och har mer awareness i ytterzonen jämfört med vad de andra har i sin ytterzon. Några exempel på ett ytterzons citat från var och en:

*"känsla av att bita ihop tänderna. Frusen. Spänd i käkarna. Kort period av huvudvärk. Slut. Periodvis spänd i ben och armar. Avslappnad. Lyssnade".*

I innerzonen finns många polaritetspar, t ex ledsen – glad och man kan se hur många var och en har kontakt med under timmen. En av dem har många polariteter. En annan är till större delen tung, trött, ledsen men har inte motpolen glädje eller annan positiv känsla i KMS. Exempel på några citat:

*"Sorgsen. Ledsen. Kär. Rädd. Stundtals irriterad. Lite tappat mod. Orolig. Upprymd"*

I mellanzonen finns många tankar som var och en sitter med. Det bästa är att tydliggöra med exempel, ett citat från varje person:

*"Vad han pratar. Analyserande och fundersam. Svårt att svara på hänger ihop med känslorna. Hjälp hustrun. Vile ibland 'smita' men jag vet att jag måste ta tag i saker. Varför går det bra att prata och berätta saker här men inte hemma (undrar jag om min man). Jag tänkte på att jag är ensam i min egen oro och ensam i min rädsla. Jag tänkte mycket tankar på min egen död".*

Resultatet visar att awareness finns till övervägande del i känslor (innerzon) och tankar (mellanzon) och visar hur "aware" varje person är i känsla och tanke. Det finns stora skillnader i awareness.

#### *b) Kontakt Med Partner (KMP)*

Här beskrivs vilken awareness var och en har i zonerna i KMP. Vad man kände, tänkte eller hade det i kroppen under timmen, i mötet med

partnern. Här visar det sig att *alla har mest på innerzonen* och att det är till allra största delen *positiva känslor*. Även de som i KMS till övervägande delen beskriver tunga och jobbiga känslor som ledsenhet, ilska, sorg, ”låg”, beskriver i KMP mest positiva känslor. Det är en mycket tydlig skillnad som gäller för samtliga par. Även när de talar om sorgsna känslor t ex ”döden-prat” beskrivs det som något positivt känslomässigt (i innerzonen) på KMP. Citat som exempel från var och en:

*”Ömsint. Kärleksfullt, jag kände mig full av kärlek. Varmt. Kärleksfull kontakt som värmer i hjärtat under döden-pratet. När han läste – jag blev röd för allt fint och härligt han skrev. Svårt men skönt. Blev tröstad för tror jag första gången där jag kände en närhet. En hoppfullhet.”*

Att ha tillgång till sig själv innebär att ha en awareness i de tre zonerna och röra sig flexibelt mellan dessa. Ju mer man har denna awareness med sig själv desto mer möjlighet har man att vara nära sina partner. En ofokuserad vakenhet som Hostrup (2002) skriver som möjliggör en öppenhet i kontakten.

Sexualiteten är relevant för både KMS och KMP. Det har inneburit en svårighet för mig att placera den i zonerna. Sexualiteten är kanske ett eget tema. Jag väljer att beskriva den här under KMP. Den har dock med både KMS (hur man har det med sin egen sexualitet) och KMP (hur man har det sexuellt med partnern) att göra. Alla utom två personer har skrivit något om sexualiteten i enkäten. I minnesanteckningarna och i min enkät visar det sig att sexualiteten finns med som ett mycket tydligt tema i arbetet med alla paren. De flesta har fått uppgifter och hemläxor i det temat. Flera citat som exempel från sex personer:

*”När maken beskrev att han tagit initiativ till att kela och jag märker att han inte minns hur det gick till. Underlättat att vi kan röra vid varandra på ett sätt som vi inte törs idag. Vi får väl se när vi har gjort läxan... fniss! Bra att vi har pratat en hel del sex. K. lyfte fram sexfrågan, jag orkar inte dra det lasset själv. Att hon själv tog upp vår brist på fysisk kontakt och att hon så småningom vill jobba med den biten. När vi berättade om vår weekend. När vi berättade om helgens upplevelser.”*

Citaten om weekend och om helgens upplevelser handlar om när paret vågade närma sig varandra sexuellt igen. De var mycket glada över det.

Resultatet visar att det är de positiva känslorna (innerzonen) som bildar figur för makarna i KMP. Om var och en sitter med tunga känslor i sig själv och inte delar detta med partnern så innebär det att det finns en glasvägg där. Det som Buber (2000) kallar ett fördärvligt sken/spöke som hindrar ett äkta samtal. När vi under timmen berör det svåra, delar de med sig en stund av det som finns inuti dem. Det blir ett Jag - Du möte (Buber 2002) och ett äkta samtal. Det kan vara förklaringen till att alla par upplever positiva känslor i KMP. Det kan vara ett mått på att ett möte har skett.

### *c) Mest kontakt och Minst kontakt*

I detta avsnitt redovisas när makarna upplevde mest och minst kontakt med varandra och vad som gjorde att de upplevde mest och minst kontakt.

#### *Mest kontakt*

Resultatet visar att de flesta par upplevde mest kontakt med varandra när det blev känslomässigt starkt. Att någon av dem blev ledsen eller berörd. Vid det svåra arbetet – ”döden-prat”, som många av dem vill undvika, framkommer att paren upplevt nära kontakt.

De mest förekommande temana i mest kontakt är:

*när partnern gråter/ blir ledsen/ blir berörd  
arbete med döden*

Citat från alla åtta personerna som exempel på temana ovan:

*”Berörd av makens gråt. När vi berättade att vi hade haft ett härligt samtal häromkvällen om våra begravingar – hur vi ville att våra begravingar skulle vara. När hon blev berörd av mina känslouttryck. När maken var ledsen och efter det. När han berättade om att han varit rädd för att förlora mig. När jag grät och var ledsen då tog han min hand. När jag sa att jag är rädd för att förlora henne. Berörd av maken när jag ser att han är på väg att gråta.”*

Här finns det man kan kalla Jag – Du möten, ”mutually inclusion” och ett äkta samtal enligt Buber (2000). Det blev en stund av fullödig, vibrerande, ömsesidig kontakt (Buber 2002), mellan dem i rummet. De stannade kvar i det som var, paradoxical theory of change.

Det jag kallar glasväggen minskar eller försvinner helt i deras stunder av sådan kontakt *här och nu*.

### *Minst kontakt*

Det går inte att skönja något särskilt mönster i temat minst kontakt. Det skiljer sig mycket. En del har skrivit *ingen stund*, eller inte fyllt i alls. Citat som exempel från alla personerna:

*”När han läste avskedsbrev till barnen. När han pratade om egen upplevelse i barndomen. När jag pratar om vad jag känner av i kroppen t ex njurarna. Vid kallprat. När hon tog över och förklarade hur jag haft det. När vi pratade om praktiska saker såsom färg på kistan för att skriva något. När vi pratade sex. När han pratade om sin mamma.”*

Makarna har inte kunnat ha ett Jag – Du möte hela tiden under timmen. Det har skiftat. Ingen orkar med en fullödig kontakt hela tiden. Det finns Jag – Det möten också (Buber 2002). Men det tydliga är att det är så olika från person till person när man upplever minst kontakt. Det är ingen som säger t ex ”när vi inte pratar död” eller ”när vi inte gråter”.

### *d) Skillnad före/under/efter sessionen.*

Upplever makarna en skillnad i kontakten mellan dem före, under eller efter sessionen. Det kanske kan vara svårt att skriva att kontakten med maken upplevdes mycket sämre under och efter än före timmen. Återigen vill jag påminna om makarnas beroendeställning till mig som forskare och terapeut. De teman som framträdde hos alla par var följande:

*Kontakten har blivit tydligare*

*Ökad kontakt*

*Närmare kontakt/större närhet*

*Relationen har blivit djupare*

Ovanstående är deras egna ord. En skillnad har alla upplevt i kontakten mellan dem under timmen, men det framkommer att det mer är hela processen som medför en närmare kontakt. Alla timmar tillsammans, inte just den här timmen. Vad nämner paren mer som en skillnad utöver de ovan nämnda? Ett par citat från några personer:

*”Skillnaden är att vi stannar upp och ser varandra i ögonen. Kände att vissa knutar börjar släppa. En liten skillnad. Inget speciellt för just det här samtalet. Mer glädje mer lust mer förtroende. Skillnad/vi pratar om sådana saker som vi undviker att prata om hemma. Jag upplever att han får se och höra hur jag verkligen tänker och känner om det vi talar om.”*

Målet med parterapi är att paren ska få en ökad kontakt med varandra. De får en möjlighet att nå fram till varandra. Det som står fram här att skillnaden utgörs av att de t ex pratar om det undvikta, att de delar tankar och känslor.

#### 6.2.2. INTERVENTIONER

Jag beskriver här det som paren nämner är bra och mindre bra och hur de upplever vad terapeuten gör under timmen. Här redovisas resultatet av de nya teman som framträdde i kolumnerna i tabell 5 b under rubrikerna a) ”bra med timmen...”, b) ”brist med timmen...”, c) ”om terapeuten...”.

*a) Bra med timmen/upplevs positivt för kontakten mellan makarna.*

Frågan i enkäten är ”Vad var det bästa med den här timmen”? Alla personer har skrivit mycket i denna kolumn och det framträdde många teman. Resultatet visade att *alla par* har sju gemensamma teman, *tre par* har två gemensamma teman och *två par* har sex gemensamma teman.

*Gemensamma teman för:*

*Alla par*

*Utrymme för egna behov*

*Att båda parter får utrymme*

*Lyfta upp tankar/känslor/prata*

*Berört svåra ämnen*

*Stanna kvar i känslan*  
*Bekräftelse på deras relation*  
*Partner får tid*

*Tre par*  
*Stärkt relation/tydligare relation*  
*Inte någon stress utan lugn och ro*

*Två par*  
*Tala om det undvikta*  
*Fysisk beröring under timmen*  
*Fokus på skuld/dåligt samvete*  
*Experiment*  
*Frågor ställs av terapeut*  
*Förtroendefull atmosfär*

Det som paren genomgående uttrycker är att det som ingår i "berört svåra ämnen" och "talat om det undvikta" är bland annat samtal om döden, rädsla för att förlora varandra och sexualiteten. Det är det som kan upplevas som en glasvägg i kontakten eller ett kontaktavbrott, se figur 5 *kontaktcykeln* sid. 18 (Hostrup 2002). De har kanske kommit till awareness om "det undvikta" hos sig själv. Under terapitimmen har de möjlighet att fullfölja kontaktcykeln genom att möta det undvikta tillsammans i ett äkta samtal.

*b) Brist med timmen/upplevs som jobbigt*

Från början var det sagt att sessionen skulle vara i en timme och att vi sedan skulle fylla i enkäterna. Vi kom nästan omgående överens om att förlänga sessionen till en och en halv timme och därefter fylla i enkäter. I enkäten lyder frågan "Vad var det sämsta med den här timmen"?

Följande teman blev tydliga:

*För kort tid*  
*Trötthet*  
*Att se sin partner må dåligt under timmen*  
*Att gråta (jobbigt men bra)*



Alla personer utom en skriver på "det sämsta" med timmen "att tiden inte riktigt räcker till". Samtidigt skriver de flesta att de upplever lugn och ro den tid vi träffas. Trötthet "jag blev mycket trött. Jag var lite trött," representerades av tre par men bara av en av parterna i dessa par, två sjuka och en anhörig. Att se sin partner må dåligt under timmen "att höra att hustrun mår så dåligt" skrev två manliga anhöriga. Att gråta fast det också är bra "jobbigt att bli ledsen och gråta men samtidigt är det lättande" tyckte två av de sjuka. Det har inte svarats frekvent på denna fråga. Ovanstående är det som är gemensamt för minst två personer.

Många skriver att de inte kan skriva något sämst om timmen. Om man jämför med bra med timmen är det märkbart mindre skrivet här.

#### c) "Om terapeuten"

I temat "Om terapeuten" framkommer svar på frågan om jag som terapeut underlättat eller försvårat kontakten mellan makarna. Det är mycket skrivet på den här frågan och därför har jag valt de teman som förekommit allra mest.

#### *Underlättande för kontakten mellan makarna.*

Resultatet visar att det finns nio gemensamma teman som representeras av minst tre par. Se nedan:

*Frågandet*

*Driver på/tvingar*

*Bekräftar känslor*

*Bekräftar relationen*

*Förtroendefull atmosfär*

*Död – frågor om det svåra*

*Lugn/ingen stress*

*Ger båda utrymme*

*Underlättat fysisk beröring*

Mitt sätt att ställa frågor har alla par nämnt vara underlättande för deras kontakt. Några citat:

*”Du kan fråga oss om saker som vi har svårt att tala om själva p g a t. ex. frustration, rädsla för att såra. När vi nämnde något så frågade du hur jag kände det. Du frågar vidare vilket är viktigt. Genom att ställa frågor väckte du tankar och känslor som behöver pratas om”*

Att jag som terapeut *driver på* och *”tvingar”* vad betyder det? Har valt fler än ett citat från varje person här för att visa vad personerna menar med det:

*”Du kan pressa/locka fram saker hos hustrun som inte jag kan p g a vår relation. Bra att du driver på och ställer frågorna – vem skulle annars göra det - vi skulle ju aldrig ha pratat om döden på det här sättet på egen hand. Att du ”tvingar” mig vidare. Att få min man att se att han måste ta eget ansvar. Du påtalade att vi skulle se på varandra även när det kändes jobbigt. Bra att du tvingar, uppmuntrar mig att vara kvar i känslan och berätta mera. Du fick oss att kramas vilket var det bästa av allt. Du fick oss att se på varandra och uttrycka vad vi känner och tänker.”*

*Försvårande för kontakten mellan makarna.*

Det var svårt få fram något där jag hade *försvårat* kontakten. Det kan bero på att paren är tacksamma att få hjälp överhuvudtaget. Det innebär i sig ett underlättande. Det är svårt att kritisera i en beroendesituation och det kan finnas en möjlighet att de vill vara *”snälla”* mot mig. Det är ju jag som läser enkäterna. Inga gemensamma teman trädde fram. Citat:

*”Du varken försvårade eller underlättade. Försvårar eller gör att jag kan bli okoncentrerad är ’hur jobbar Kristina’ - jämför, ser skillnader - vad vill jag prova och inte prova på. Inget som kommer upp just nu. Vet inte vad jag ska skriva här idag. Du är jobbig när du ’pressar’ oss”.*

De vågar ändå skriva något här t ex *”du är jobbig när du ’pressar’ oss”*. Det ska finnas en balans mellan stöd och konfrontation i terapin (Perls 1972). Det gestaltpsykoterapeutiska förhållningssättet med här och nu och utforska *”what is”* kan kanske upplevas jobbigt, det går inte att smita. Samtidigt är det det som upplevs mest positivt för kontakten om man tittar på *mest kontakt* och *bra med timmen*. Det kan förstås bli för konfrontativt. I det här fallet är det glädjande att personen skriver det i enkäten och att det kan lyftas upp nästa session. Eftersom öppenheten finns där kan vi förhålla oss till det.

## 7. SLUTDISKUSSION

Syftet med studien är att: *utforska hur kontakten mellan makar upplevs, där någon av dem har en livshotande sjukdom och som i den situationen erhåller ett antal gestaltpsykoterapisessioner. Till min hjälp har jag en del underfrågor. För att få svar på dem har jag utgått från parens enkäter, min enkät och mina minnesnoteringar från terapisesionerna.*

### 7.1. HUVUDRESULTAT

*Upplever makarna "full kontakt" med varandra? Upplever de Jag – Du möten?*

Ja det gör de, se 6.2.1. "Kontakt" i resultatdelen och parets egna citat under "mest kontakt" och "bra med timmen". De beskriver flera Jag - Du (Buber 2002) möten i stunden och de kunde benämna dem efteråt, som t ex att stanna upp och se på varandra när det var som mest jobbigt. Stanna kvar i kontakten under samtal om det som var svårast för dem i relationen. Det var också stunder fyllda av uttryck av kärlek. När de skrev "farvälbrev" till varandra (som om de skulle dö) blev det som kärleksförklaringar som i stunden lästes upp. Det var starkt för dem som gjorde det. De blev berörda känslomässigt och det visar sig i enkäten att det var en källa till "mest kontakt". Flera av dem uttryckte också Jag – Du möten (Buber 2002) i form av fysisk kontakt och tystnad. Någon av dem kunde under timmen säga att hon eller han ville han en kram på frågan "vad behöver du just nu"? och partnern kunde ge det i stunden.

*Delar de sina tankar, känslor och kroppsupplevelse med varandra?*

Ja under terapitimmarna gör de det. Jag "driver på/tvingar", frågar vidare som paren skriver i enkäterna och ber dem stanna kvar i känslan för att utforska vad som sker. Det nämner paren som positivt för deras kontakt och relation. Genom frågandet kommer deras tankar, känslor och kroppssensationer fram i rummet. Sådant de undvikit p g a rädslor och missriktad omsorg. De flesta fick uppgifter att träna på hemma. T ex

skriva dagbok eller skapa stunder hemma för samtal där de kunde dela med sig till varandra. Kvinnan i ett av paren fick träna sig på att lyssna på sin man hemma när han talade om mamman, utan att säga så mycket. Hon fick i stället skriva ner sina reflektioner i en dagbok och vi kunde arbeta med det i terapin. Flera av paren fick uppgifter som gick ut på att de skulle närma sig varandra fysiskt och sexuellt, t ex ta sig tid med varandra, börja ta i varandra. Under timmen fanns det fysisk kontakt som kramar, ta varandra i handen som upplevdes positivt.

*När upplever de en närhet till varandra och när upplever de att det finns en känsla av avstånd? När upplever de mest kontakt och minst kontakt?*

De kan beskriva detta bra i enkäterna (se resultatdelen). Närheten till varandra var starkast när en av dem eller båda blev berörda av ledsenhet, glädje eller kärlek. Den fysiska kontakten var viktig för närheten t ex en kram. När vi berörde döden, det sexuella, det undvikta, glädjeämnen, skuld och dåligt samvete upplevde de mest kontakt. Det gick att tala om det allra svåraste eller säga bra saker som de inte tidigare delat med varandra. Just då blev närheten stark.

De upplevde avstånd, mindre kontakt till varandra ibland. Det handlade om många olika ämnen och det skiljde sig från par till par. Finns inget mönster här. Det kan handla om kallprat, sjukdomsprat, sexuella kontakten mm. *Exempel:* Kvinnan som inte vill prata om sin svärmor stänger av när mannen talar om sin sjuka mamma och upplever i den stunden inte kontakt.

Min upplevelse kan vara att när någon av dem helt är uppfylld med sig själv och talar till mig i timmen upplever de mindre kontakt med varandra. Ett *exempel på minst kontakt:* "när han pratade om egen upplevelse i barndomen". Det är individuell behandling i parterapi som kan gynna båda makarna. Det kanske är en oavslutad situation (se teoridelen) som kan påverka kontakten mellan dem. Det är att jobba i KMS för att kunna ha nytta av det i KMP.

*Hur är vars och ens "awareness" om sig själv och om partnern när det gäller t ex glädje, ilska, sorg, sexualitet, rädsla och oro?*

Det är ganska stora skillnader från person till person i KMS. Många har tunga känslor här. Några av personerna i studien har en stor awareness om sina känslor, andra har mindre awareness. I KMP visar det sig att det är övervägande positiva känslor i mötet med partnern under timmen och där finns en bra awareness om vad som glädjer dem. Det här redovisar jag i resultatdelen under KMS och KMP. Under terapitimmarna arbetar vi med att öka awareness med sig själv och med partnern. Min fråga "Hur känns det just nu" benämner ett par personer i enkäterna som en positiv fråga för dem. En hjälp att få kontakt med sina autentiska känslor och ge sig själv tillåtelse att känna dem. Alla beskriver en rädsla och en oro som de konkretiserar under terapistunden.

*Upplever makarna kontaktafbrott i relationen? Upplever de att de har en "glasvägg" mellan sig?*

Ja, alla paren upplever att de har upplevt en glasvägg mellan sig inom vissa områden, men det har sett olika ut. Sexualiteten och döden har alla par haft bekymmer med – vara på olika nivåer, inte kunna tala om den. Det framkommer i enkäterna och under terapitimmarna som beskrivs i min egen enkät och minnesnoteringar. Alla uppger att sjukdomen innebär en stor skillnad sexuellt, för somliga all skillnad. Under terapitimmarna framkommer att paren inte haft något sexuellt samliv alls efter insjuknandet. Flera av de sjuka som inte klarar sexuellt samliv upplever skuldkänslor. Partnern försöker tränga undan sin lust och tänker att det inte är möjligt just nu. Det viktigaste är att partnern överlever. Under terapisessionerna samtalar vi om det sexuella samlivet och några av paren har tagit upp samlivet igen. Hos ett av paren är sexualiteten ett stort bekymmer. Det nya för dem är att de kan samtala om det nu. Detta skrivs inte i enkäten men pratas om på timmen.

Två av paren har haft en glasvägg mellan sig som innehållit rädsla för döden och att förlora varandra. De har inte vågat tala om det. I terapin har vi arbetat konkret med döden hos dessa två par och de upplevde en lättnad att tala om det svåraste. Det finns också med i deras svar i enkäterna på "Mest kontakt" och "Bra med timmen". Glasväggen sköts undan och paren upplevde att de mötte varandra.

Ett av paren hade en god kontakt och relation innan hustrun blev sjuk. När hustrun insjuknade bestämde hon sig för att klara sjukdomen på egen hand och mannen skulle ta hand om "marktjänsten". När de i terapin skulle måla en bild av sin relation stod de långt ifrån varandra. Kvinnan stod närmare en god vän och mannen kände sig utanför. I den åttonde sessionen målar de en ny bild och den ser helt annorlunda ut. De står nära varandra. Familjen är en helhet och vännerna finns runt om dem båda.

Hos ett av paren har den sjuka hustruns kontakt med makens mamma, döende i hjärntumör, varit en mycket jobbig glasvägg. Kvinnan ville inte tala om sin svärmor och mannen kunde således ej nämna henne och inte sörja sin mammas sjukdom eller öppet visa sin oro över mammans förestående död. I terapin arbetade vi med det och kvinnan fick hjälp att konfronteras med rädsla för svärmors död som egentligen handlade om hennes egen död som hon inte ville tänka på. Den tänkte hon på hela tiden och hade ofta ångestattacker.

Ett par har en glasvägg p g a bristande kommunikation och att de är så olika enligt dem själva. Den ena partnern talar mycket och är uttrycksfull. Kvinnan är arg och besviken över mannen som hon inte tycker tar ansvar för sig själv och säger ifrån. De har haft en tendens att bry sig om alla andra runt omkring dem istället för att ge tid till sig själva.

Flera glasväggar tror jag kommer till därför att någon av dem eller båda parter håller tillbaka tankar och känslor, retroflektar. Man vill skydda

sin partner och sig själv i all välmening. Sen blir det en lättnad när man får uttrycka som det verkligen är och märka att inget farligt händer.

*Hur upplever makarna att terapeuten underlättar eller försvårar kontakten mellan dem?*

De beskriver till mycket stor del att jag som terapeut underlättar. Se resultatdelen 6.2.2. Interventioner under temat *Om terapeuten* och se även 6.2.1. Kontakt under temana *Bra med timmen* och *Jobbigt med timmen*. Paren upplever att terapeuten underlättar kontakten mellan dem genom att t ex fråga, driva på/tvinga, ge tid till båda m m. De får flera stunder av kontakt under timmarna och upplever att de kommer närmare varandra under processens gång genom att de får hjälp att inte "smita", utan stanna kvar i känslan och i kontakten. Enligt "the paradoxical theory of change", (att stanna kvar i det som är), upplever de *här och nu* en kontakt som i sin tur innebär en förändring i kontakten.

Hur terapeuten försvårar kontakten framgår ytterst lite. Se resultatdelen 6.2.2 under *Om terapeuten* om mina tankar här.

#### FORSKNINGSSYFTET

*Professionell samtalskontakt* tycks påverka glasväggen när ett par lever med en livshotande sjukdom. Tidigare forskning (Shields 2004, Penn 2001, Grossman 1995) bekräftar att både patient och partner båda behöver hjälp att samtala om sjukdomen. Det har visat sig att partnern till den som är sjuk är utsvulten på *eget utrymme*. Alla bryr sig om den som är sjuk och frågar inte hur den friske mår. Det bekräftas också i tidigare forskning. När par upplever att de har bekymmer med kontakten med sin partner kan en tredje person behövas för att aktivera processen mellan dem.

Paren i min studie betonar att det är bra när jag som terapeut *frågar och tvingar/driver på* så att de kommer längre än de själva har lyckats med. De betonar att det är bra för kontakten dem emellan att våga prata om

*döden, det sexuella, det svåra och det undvikta.* Paren beskriver att de på egen hand inte vågar lyfta upp eller beröra dessa frågor p g a att de vill skydda varandra. Sjukdomen och hot om döden finns ständigt närvarande. De bygger upp en *glasvägg* mellan sig som de egentligen inte vill ha. I terapeutunderna när de upplever *Jag – Du möten* och *äkta samtal* skjuts glasväggen undan och de når kontakt. Glasväggen skjuts undan när vi berör det mest undvikta. ”*The Paradoxical Theory of Change*”, att stanna kvar i känslan eller tanken eller i en kroppssensation, har alla par upplevt som bra med timmen. Detta att *inte* försöka ändra på jobbiga tankar eller arbetsam gråt eller ilska. En kvinna uttrycker att hon vill få kunna vara trött och nedstämd utan att mannen blir orolig.

## **7.2. BIDRAG TILL TEORI**

Min studie bekräftar tidigare forskning om att partnern till den cancersjuka behöver stöd. Den bekräftar studier som visar att kontakten makar emellan inte upplevs bra när man inte pratar med varandra om sjukdomen. Mitt viktigaste bidrag tror jag är hur betydelsefullt ”the Paradoxical Theory of Change” är för kontakten. Det är när vi utforskar det som har undvikits och stannar kvar i känslan som glasväggen skjuts undan.

För att skjuta undan glasväggen behövs en kraft, en insats. När makarna upplever att jag som terapeut *driver på/tvingar* så innebär det att vi tillsammans har börjat skjuta undan glasväggen. Det är förstås arbetsamt. Det går inte att utföra genom att sitta med armarna i kors och titta på. Arbete kräver energi.

Jag tycker att det gestaltterapeutiska förhållningssättet verkar fungera utifrån parens upplevelse enligt ovan.

En upptäckt var att sexualiteten var svår att placera i awareness i de olika zonerna i mina tabeller. Det var som om zonerna inte räckte till.



Min personliga idé är att en terapeut kan hjälpa paren genom att *fråga* och *driva på/ tvinga* dem att stanna i kontakten i det som är – "*what is*". Terapeuten kan hjälpa dem att stanna kvar i känslan när svåra ämnen berörs, vara lyhörd för det undvikta och arbeta där. Det undvikta är glasväggen och den kan skjutas undan genom detta arbete.

### **7.3. RÅD TILL VÅRDGIVARE OCH PAR**

Paren i studien har upplevt det som viktigt, att någon har ställt de svåra frågorna som de själva har *undviktit*, men som de *hela tiden* varit upptagna av. Att någon driver samtalen längre än de själva förmår. Utifrån ovan blir det viktigt att betona för vårdgivare att försöka upptäcka och se glasväggen och när man som vårdgivare blir medveten om en sådan erbjuda familjen hjälp.

I vården talas det mycket om att lyfta upp frågor om *död och sexualitet vid livshotande sjukdom* i vården. Det erbjuds utbildningar och konferenser i ämnet. I vardagen talas det lite om det. Det jag hört av patienter och anhöriga är att det är få inom vården som ställer frågor om ovan. Något tycks stoppa vårdpersonal att tala om död och sexualitet. Är det en glasvägg som *vi* har i kontakten med sjuka människor och deras familjer?

Till dem som lever med en livshotande sjukdom i familjen:

- a) be om samtalshjälp när ni befinner er i en situation med livshotande sjukdom och ni upplever svårigheter
- b) be om hjälp när någon av er känner att ni undviker kontakt med en familjemedlem för att du är rädd för att såra eller göra någon ledsen och när du märker att du eller din partner skärper er inför varandra.
- c) Tala om det som ni undviker. När en av er har dött vill du veta allt vad den andra har känt och tänkt.

#### **7.4. FRAMTIDA FORSKNING**

Enkäter efter varje session var bra. Det blev en konkret sammanfattning av timmen och vi fick mycket information som vi använde tillsammans. Det blev oerhört mycket material och det vore intressant att forska vidare på det material jag hittills inte analyserat.

Det skulle vara intressant att forska mer på "the paradoxical theory of change" och dess betydelse för Jag – Du möten i samband med livshotande sjukdom.

Finns det fler sätt att skjuta undan glasväggen? Skulle det kunna påverka enskilda människors glasväggar om hela sjukvården hade en annan inställning till döden och sexualiteten. Om man på canceravdelningar skulle ha en rutin att ta upp dessa frågor i ett tidigt skede. Paren har här upplevt en brist i sjukvården och i sin omgivning.

#### **7.5. VAD JAG HAR LÄRT MIG**

Det var en upptäckt att så många benämnde samma teman i *bra med timmen* och att de två genomgående temana i mest kontakt var *när partner gråter/blir ledsen/blir berörd* och *arbete med döden*. Det var inte något jag förväntat mig och jag upptäckte det först när tabellerna var gjorda och i analysarbetet.

Jag har lärt mig att det är spännande med analysarbete och se resultaten växa fram genom att strukturera material som först tycktes helt överskådligt. Svårigheten och vikten av att inte styras av förutfattade förväntningar har medfört träning i att vara öppen för det jag *inte* förväntat mig. Det är spännande och stämmer med den fenomenologiska vetenskapliga metoden som menar att när man studerar upplevelser får man försöka sätta sina fördomar och värderingar inom parentes.

I mitt jobb fortsättningsvis kommer jag att ha en större awareness och lyhördhet för det som undviks och då inte bara död och sexualitet. Jag kommer också att vara än mer medveten om att "stanna kvar i känslan" i det som är här och nu. Jag har fått stöd för att terapin bör ha en bra balans mellan stöd och konfrontation. Det är inte bara stöd som är bra. Konfrontation har visat sig underlätta kontakten mellan paret när de samtidigt får bekräftelse.

Jag har lärt mig att behovet av fysisk beröring förändras när någon blir sjuk. Det kan vara längtan efter mer beröring eller att man inte vill ha någon.

Min tanke om *glasväggen* visade sig gå hand i hand med Bubers (2000) idéer om det fördärvliga skenet som smyger sig in i kontakten mellan makarna och stör det äkta samtalet. När paret har tankar, känslor och rädslor som de undanhåller från sin livspartner har de inte en genuin kontakt. I terapisesessionerna är det främst detta vi har arbetat med. Jag upplever att när de kan föra ett äkta samtal med varandra skapas förutsättningar för en närmare och djupare relation till varandra.

## **8. AVSLUTNING**

När en sjuk människa blir frisk är det viktigt att den psykiska hälsan inte är så dålig att personen inte kan glädja sig åt sin friska kropp. När en sjuk människa dör går familjen "sönder". Man dör bara en gång. Det går aldrig att göra om. Människor blir sjuka. Människor dör. Människor överlever. Familjer påverkas.

FIGUR – OCH TABELLFÖRTECKNING	sidan
Figur 1. <i>"Figur och grund" (Perls 1972, Rosner 1987)</i>	9
Figur 2. <i>"Man" (Perls 1972, Rosner 1987)</i>	10
Figur 3. <i>"Häst och ryttare" (Perls 1972, Rosner 1987)</i>	10
Figur 4. <i>"Kontaktgräns" (modifierad efter Hostrup 2002)</i>	14
Figur 5. <i>"Kontaktcykeln" (modifierad efter Hostrup 2002, Joyce&amp;Sills 2001)</i>	17
Tabell 1 <i>"Urvalsöversikt"</i>	33
Tabell 2 <i>"Samtliga citat"</i>	43
Tabell 3 <i>"Tematabell"</i>	44
Tabell 4 <i>"KMS och KMP – Zoner"</i>	45
Tabell 5a <i>"Mest – Minst – Skillnad"</i>	46
Tabell 5b <i>"Bra – Jobbigt"</i>	46

## LITTERATUR OCH REFERENSER

Alvesson, Mats; Sköldberg, Kaj (1994) *Tolkning och reflektion – Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Studentlitteratur. Lund.

Beaumont, Hunter (1994) *Self-Organization and Dialogue*. I “On Intimate Ground”, Wheeler, Backman (Ed) m fl. Jossey-Bass Publishers. San Francisco.

Buber, Martin (2000) *Det mellanmännsliga*. Dualis Förlag AB, Ludvika 2000.

Buber, Martin (2002) *Jag och Du*. Dualis Förlag AB, Ludvika 2001.

Carlson, Linda; Bultz, Barry; Speca, Michael; St-Pierre, M (2000) “Partners of Cancer Patients: Part II. Current Psychosocial Interventions and Suggestions for Improvement. *Journal of Psychosocial Oncology*, Vol. 18(3) 2000. Haworth Press.

Creswell, John W (1998) *Qualitative Inquire and Research Design- Choosing Among Five Traditions*. Sage Publications, Inc.

Curman, Barbro (1995) *Individualterapi*. I “Gestaltterapi på svenska,” Mannerstråle m fl; Wahlstrand & Widstrand.

Curman, Barbro o Mikael (1994) *The Gestalt Couples Group*. I “On Intimate Ground”, Wheeler, Backman (Ed) m fl. Jossey-Bass Publishers. San Francisco.

Davidsen-Nielsen, Marianne (1995). *Bland lejon – Att leva med livshotande sjukdom*. Norstedts Förlag AB. Stockholm.

Davidsen-Nielsen, Marianne, Leick, Nini (2001). *Den nödvändige smerte*. 2:a upplagan, Nordisk Forlag A/S, Köpenhamn.

Doka, Kenneth J (1995). "Coping with Life-Threatening Illness: A Task Model. *Omega*, vol 32(2), s 111-122 1995-1996.

Filipp, S-H; Klauer, T; Ferring, D; Freudenberg, E (1990) *Coping With Life-Threatening Disease: Some Research Problems and Selected Findings*. I "Theoretical and applied aspects of health psychology", Schmidt, L (Ed); Schwenkmezger, P (Ed); et al. (pp. 385-398).

Grossman, Mary. (1995). "Received support and psychological adjustment in critically-injured patients and their family". *Journal of Neuroscience Nursing*. 27(1): 11-23, Feb.

Hostrup, Hanne (2002) *Gestaltterapi – en introduktion till grundbegreppen*. Hanne Hostrup och Bokförlaget Mareld.

Jones, C; Macmillan R R; Griffiths R D (1994) Providing psychological support for patients after critical illness. *Clinical Intensive Care*, Vol. 5 No 4 sid. 176-179.

Joyce, Phil & Sills, Charlotte (2001) *Skills in Gestalt Counselling & Psychotherapy*. Sage Publications.

Kübler-Ross, Elisabeth (1977) *Samtal inför döden*. Bonniers Grafiska Industrier AB. Stockholm.

Kvale, Steinar (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*.  
Studentlitteratur.

Larsson, Billy (2004) Psykoterapiskolor och Psykoterapiforskning. *Psykisk hälsa 4/04* s. 310 – 334.

Liese, B; Larson, M. (1995). Coping With Life-Threatening Illness: A Cognitive Therapy Perspective. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, Volume 9, Number 1*.

McMain, Shelley; Goldman, Rhonda; Greenberg, Leslie (1995) *Resolving Unfinished Business: A program of Study*. Chapter in “Research in Counselling and Psychotherapy” s. 211-232.

Moustakas, Clark E. (1994) *Phenomenological Research Methods*. Sage Publications

Nusbaum, M. (2003). Chronic illness and sexual functioning. *American Family Physician jan 15*.

Paivo, Sandra, C; Greenberg, Leslie, S (1995) Resolving “Unfinished Business”: Efficacy of Experiential Therapy Using Empty-Chair Dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 63, No. 3, s. 419-425*.

Penn, Peggy (2001) “Chronic Illness: Trauma, Language, and Writing: Breaking the Silence”. *Family Process 40:33-52*.

Perls, Frederick; Hefferline, Ralph; Goodman, Paul (1972) *Gestalt Therapy – Excitement and Growth in the Human Personality*. Souvenir Press Ltd. London.

Perls, Frederick (1992) “*Ego, Hunger and Agression*”. The Gestalt Journal Press, Inc.



Polster, Erving & Miriam (1974) *Gestalt Therapy Integrated*. Vintage Books.

Rosner, Jorge (1987). *Peeling the Onion*. Gestalt Institute of Toronto.

Saunders, P (1995). Depression in life-threatening illness and its treatment. *Nursing Times*. March 15, Vol. 91, no 11.

Shields, Cleveland G; Rousseau, Sally J (2004) A Pilot study of an intervention for breast cancer survivors and their spouses. *Family Process*. March 01, 2004.

Strümpfle, U; Goldman, Rhonda (2001). "Contacting Gestalt Therapy" in "Humanistic Psychotherapies-Handbook of Research and Practice". Cain, D J; Editor and Seeman, J; Associate Editor. American Psychological Association 2001, Washington DC.

Symonds, D.; Horvath, A.O. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process*, 43, s. 443-455.

Zinker, Joseph C. (1998) *In Search of Good Form – Gestalt Therapy with Couples and Families*. Gestalt Institute of Cleveland, GICPress.

Wadsworth, Yoland (1998). "What is Participatory Action". *Action research international*. Paper 2. A refereed on – line journal, publicerad på Internet. (<http://www.scu.edu.au/schools/gsm/ar/ari/p-ywadsworth98.html>)