

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Döden: det oundvikliga som ingen vill veta av

En kvalitativ studie om dödsångest och dödens närvaro i det terapeutiska rummet

Martina Wilson

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
PM 2519
Vårtermin 2017

Handledare: Per Magnus Johansson
Examinator: Petra Boström

Döden: det oundvikliga som ingen vill veta av

Martina Wilson

Dödsångest är rädslan som väcks vid tanken på döden eller av tanken på att upphöra att existera. Existentiella teorier tolkar dödsångest som en förutsättning för en meningsfull existens, samtidigt beskrivs förnekande av döden som ett vanligt fenomen. Syftet med studien var att undersöka psykologers erfarenhet av dödsångest och av samtal kring döden och livets ändlighet. Med utgångspunkt i tematisk analys genomfördes semistrukturerade intervjuer med åtta kliniskt verksamma psykologer. Tre huvudteman identifierades: *Döden är närvarande i det terapeutiska rummet*, *Förnekande av döden* samt *Nödvändigheten av dödsångest i terapi*. Studiens resultat indikerar att dödsångest kan ta sig både medvetna och omedvetna uttryck och att insikten om döden ofta är förnekad. Att lyfta frågan om livets ändlighet ansågs vara välgörande för patienten.

I en av sina anteckningsböcker hade den existentiella filosofen Albert Camus (1913-1960) skrivit i marginalen ”*Come to terms with death. Thereafter anything is possible*” (Sagi, 2002). Enligt Camus avslöjade dödsångest en inre längtan efter att leva livet, och enligt existentiella tankegångar ses dödsångest som en nödvändighet för en meningsfull existens (Carse, 1980). Vetskapen om livets ändlighet kan driva individen till att fullfölja mål och drömmar men samtidigt ses döden som ett hinder: dödens oundviklighet kan skapa rädsla och hindra individen från att leva fullt ut och omfamna livets möjligheter. Denna dualism eller dubbelhet avseende livet och döden har tagits upp av åtskilliga existentiella filosofer och idéhistoriker.

Begreppet dödsångest kan beskrivas som ”den fruktan, oro eller ångest som uppstår när individen grips av tanken på döden eller av att upphöra att existera” (Peters, 2013). Inom forskning kring dödsångest har tre typer identifierats: en medveten rädsla för att själv dö, en medveten rädsla för att andra ska dö, samt en omedveten dödsångest (Kastenbaum & Costa, 1997). Dödsångest har senare delats in av Langs (2004) i: en direkt fruktan för döden, i form av en ångest som uppstår genom rädslan att bli fysiskt skadad och som förknippas med individens ”fight och flight”-respons; en existentiell dödsångest som uppstår genom insikten om att existensen är tidsbegränsad, att livet inte kommer att vara för evigt; eller en dödsångest som innebär rädslan att fysiskt eller psykiskt skada en annan individ, som enligt psykoanalytikern Robert Langs kunde resultera i omedvetna skuld känslor (Langs, 2004).

Feifel (1959) som anses vara pionjär inom dödsforskning menade att dödsångest kan vara såväl medveten som omedveten men att den tar sig olika uttryck. Feifel (1959) menade vidare att människor använder olika coping-strategier för att hantera livshotande händelser jämfört med icke-livshotande situationer. Tanken om att en omedveten rädsla för döden existerar är ett resonemang som också återfinns i annan forskning (Becker, 1973; Hayslip, 2003; Greenberg et al., 2015).

Sambandet mellan dödsångest samt psykiska sjukdomar och ångeststörningar har undersökts i kliniska studier. Sådana studier har visat att det finns ett starkt samband mellan upplevd dödsångest och hälsoångest (Kellner et al., 1987). Kastenbaum (2000)

gav en översikt av dödsångest i normalpopulationen med ett antal konsistenta fynd: 16 % upplevde dödsångest och 3,3 % uttryckte extrem rädsla för döden. Kvinnor uttryckte en högre grad av dödsångest än män, medan äldre människor inte uttryckte signifikant högre dödsångest än yngre. Tidigare studier har däremot indikerat att äldre individer paradoxalt nog upplever en lägre nivå av dödsångest än yngre. Dödsångest ansågs uppstå i åldrarna 20-40 år och bli mest prevalent i åldrarna 40-64 år, för att sedan minska efter 65 års ålder (Kurlychek & Trenner, 1982). Äldre individer uttryckte högre dödsångest i form av rädslan för att närstående ska dö, medan yngre individer uttryckte en större rädsla för att själva dö (Kastenbaum, 2000).

God socioekonomisk status och högre utbildning var relaterat till något lägre dödsångest. God fysisk hälsa var kopplat till lägre dödsångest och det fanns ett positivt signifikant samband mellan psykisk ohälsa, psykiska sjukdomar och upplevd dödsångest (Kastenbaum, 2000). Flera studier har funnit samband mellan religiositet och lägre grad av upplevd dödsångest, men dessa fynd har varit icke-konsistenta, även där samma mätinstrument använts (Durlak & Kass, 1982). Forskning visade även att dödsångest är mer prevalent hos dem som är i nära parrelationer, och framför allt bland unga kvinnor (Beggs, 2000).

Teorier om dödsångest är framför allt förankrade i existentiell psykologi, psykoanalytisk teori, Beckers teori, The Terror Management theory samt ett kognitivt-behavioristiskt perspektiv.

Existentiella teorier

Enligt den existentiella filosofen Martin Heidegger (1889-1976) representerar döden hotet om icke-existens och i boken "Being and Time" menade Heidegger (1927/2008) att *Being* (Dasein) innebär frihet i förhållande till döden. Insikten om en framtida icke-existens sågs som en förutsättning för full förståelse för livet och dess innebörd, och även som ett krav för att kunna frigöra sig från sin dödsångest (Carse, 1980). Förnekande eller undvikande av dödsångest ledde enligt Heidegger (1927/2008) till ett icke-autentiskt liv. Det filosofiska begreppet "autenticitet" definieras som strävan efter äkthet; att leva livet fullt ut i enlighet med egna inre önskningar, snarare än att leva i enlighet med kraven från samhället och påverkan från andra människor. Man utgår ifrån att det finns en skillnad mellan äkta och icke-äkta önskningar; mellan sanna och falska föreställningar om vad den enskilde vill förverkliga (Carse, 1980). Med ett icke-autentiskt liv menade Heidegger utvecklandet av ett s.k. "they self"; ett själv som är influerat av andra människor snarare än självet egen potential. Heidegger (1927/2008) menade också att likgiltighet kring livet och döden kunde verka lugnande eftersom det hjälper individen att handskas med dödens oundviklighet. Dock ansågs acceptans av döden och därigenom även dödsångest krävas för att leva autentiskt, och att det är genom konfrontation med döden som individen kan bli fri från den ångest som döden ger upphov till. Enligt Heidegger innebar förnekandet av döden väckandet av en underliggande dödsångest som kommer att uppmuntra människan att leva icke-autentiskt (Craig, 2009).

En annan existentiell filosof som berörde temat dödsångest är Søren Kierkegaard (1813-1855). Kierkegaard beskrev medvetenhet kring den egna existensen som en möjlighet för både glädje och rädsla och såg dödsångest ur ett dualistiskt perspektiv; dödsmedvetenhet kan fungera som drivkraft och inge en upplyftande känsla av lycka,

men innebär samtidigt en vetskap om att allt gott kommer att få ett slut (Kierkegaard, 1849/2009). Denna dualism ansågs innebära en existentiell kris för individen då denne drivs till att förverkliga sig själv med den samtida insikten om att existensen inte är för evigt. Fullbordande av mål och önskningar inger känslan av glädje, men samtidigt kommer bedrifter och positiva erfarenheter att öka dödsmedvetenheten, vilket skapar rädsla, och därigenom dödsångest. Kierkegaard (1849/2009) upplevde dödsångest som två former av rädsla: den ena var relaterad till själva döden och den andra till att inte ta till vara på möjligheterna i livet. Frukten för döden innebär därför även rädslan att leva, och dödsångest kunde enligt Kierkegaard undvikas genom självförnekande, d.v.s. att självet bestjäls på fördelarna av att leva ett lyckligt liv. Slutsatsen av Kierkegaards tankegångar är att den som var ovillig att omfamna möjligheterna att leva ett lyckligt liv samt acceptera en medföljande dödsångest, inte heller har möjlighet att leva autentiskt. Liksom Heidegger menade Kierkegaard att ett autentiskt liv är eftersträvansvärt, och att dödsångest inbjuder möjligheten till autenticitet, men därigenom även möjligheten till ett icke-autentiskt liv, i de fall då dödsångest förnekas eller undviks (Kierkegaard, 1849/2009).

Medan Heidegger (1927) såg döden som grunden för insikten om frihet, menade den existentiella filosofen Jean-Paul Sartre (1905-1980) i sitt verk "Being and nothingness" att döden kan hindra individen från att inse livets möjligheter (Sartre, 1943/1956). Döden förminskar existensen till vad Sartre kallade "en värdelös passion", eller ingenting. Reflektion kring döden innebär enligt Sartres synsätt en reflektion kring livets meningslöshet. Liksom Heidegger och Kierkegaard menade Sartre (1943) att dödsmedvetenhet och dödsångest kan leda till självförnekande genom att individen väljer att begränsa sin förmåga till självförverkligande. Denna form av självbedrägeri kallade Sartre att "leva i ond tro". Enligt Sartres resonemang borde individens dödsångest öka ju mer denne tänker på döden. Den som däremot förstår meningen med livet skulle enligt Sartre uppleva minskad dödsångest (Sartre, 1943/1956).

Existentiellt-psykologiskt perspektiv. Det existentiella perspektivet har skapat ett senare ramverk för existentiell psykologi. Den existentiella psykiatrikern Irvid Yalom (2009) uppfattar dödsångest som en bakomliggande orsak till all psykopatologi och uppmanar psykologer till att öka sin förståelse om sambandet mellan döden och psykisk ohälsa då det upplevs relevant för kliniska interventioner. Yalom (2009) menar vidare att dödsångest först kan minska efter konfrontation med döden. Enligt Bowlby (1988) blev spädbarnets överlevnad beroende av vårdnadshavarens omhändertagandeförmåga och behovet av anknytning kopplades till dödsångest. Yalom (2009), vars tankegångar har inspirerats av Bowlbys teoribildning, menar att dödsångest uppkommer vid ung ålder. Dödsångest tolkas som ett nödvändigt steg i den utvecklingspsykologiska processen och Yalom (2009) menar att ungdomar som uppvisar riskfyllda beteenden gör detta för att hantera en underliggande dödsångest som de inte klarat av att hantera tidigare i livet. Denna olösta underliggande dödsångest har enligt Yalom uppstått p.g.a. vårdnadshavarnas välmenande försök att beskydda barnen från dödsinsikt, t.ex. genom undvikande av döden som samtalsämne. Denna form av undvikande som påbörjats i ung ålder fortlöper in i tonåren och vuxenåldern, och skapar ett dysfunktionellt undvikande av dödsångest. Yalom (2009) tror vidare att dödsångest i vuxen ålder därefter manifesteras genom relationella konflikter och dysfunktionella och självdestruktiva beteenden. När en individ som är oförmögen att handskas med tanken på döden konfronteras med livshotande händelser kommer denne att uppleva psykologiska och sociala problem. Denna teori undersöktes vidare av Port, Engdahl,

Frazier & Eberly (2004) i en studie med krigsfångar, och fann att acceptans kring döden var signifikant relaterat till färre PTSD-symptom efter traumatiska upplevelser. Utvecklandet av PTSD-symptom var även relaterat till dödsångest i högre grad än till förekomsten av tidigare negativa livshändelser. Det indikerade att konfrontation med en inre dödsångest är viktigare än de externa faktorerna i individens liv vid utvecklandet av PTSD, och kanske även vid utvecklandet av andra former av psykisk ohälsa. Enligt Yalom (2009) kan psykiska sjukdomar utan direkt koppling till dödsångest även tänkas härstamma från ett livslångt dysfunktionellt mönster av omedvetet undvikande av dödsångest. Yalom (2009) ser dödsångest eller dödsmedvetenhet som en huvudkomponent för emotionellt välbefinnande.

”The Denial of Death”

De flesta moderna teorier kring dödsångest är delvis baserade på Ernest Beckers litterära verk ”The Denial of Death”, där Becker (1973) skrev att alla människor aktivt förnekar sin fruktan för döden. Dödsångest beskrevs som en bakomliggande orsak till all ångestproblematik och psykopatologi, och till terrorism och andra extremitetsbeteenden. Becker menade vidare att människan omvandlar sin dödsångest till mindre rädslor som upplevs som mer hanterbara, och vardagliga rutiner beskrevs som ett försök att kontrollera och förneka denna underliggande ångest. Enligt Becker kunde dödsångest endast tillfälligt förnekas eller undvikas eftersom individen regelbundet blir påmind om döden. Av den anledningen behöver individen ta hjälp av samhällliga system som styrker dennes världsbild och trosuppfattningar (Becker, 1973). Enligt Becker hanterar människor sin dödsångest på huvudsakligen tre sätt; genom kärlek, religion och kreativitet. Kärlek kan fungera som förnekande genom illusionen om att sann kärlek varar för evigt och således lever kvar efter döden. Religion kan ge en övertygelse om att livet fortsätter efter döden, t.ex. genom tron på ett fortsatt liv i himlen. Kreativitet (kreativt skapande t.ex. inom konst, litteratur, musik, vetenskap eller framgång inom ett visst yrke) kopplas till önskan om att bli ihågkommen efter döden; att ens verk kommer att leva vidare. Becker (1973) menade att individer med psykiska sjukdomar har färre försvar mot dödsångest och att högfungerande individer har god psykologisk anpassning genom att de har förmåga att effektivt hantera sin dödsångest, t.ex. genom illusioner om odödlighet.

Symbolisk odödlighet. Beckers tankegångar om att kärlek, religion och kreativitet kan fungera som illusioner om odödlighet undersöktes vidare av senare forskare och har därefter benämnts med det vidare begreppet symbolisk odödlighet (Lifton, 1979/1996). Psykiatrikern Robert J. Lifton (1979) inkluderade i begreppet symbolisk odödlighet alla illusioner om kvarlevande efter döden, med betoning på religion, kreativitet och att skaffa egna barn, där önskan om att skaffa barn härleddes till en omedveten önskan om att minnet av den egna personen ska leva kvar i generationer efter döden. Enligt Lifton (1979) kommer individen att ägna sig åt fler beteenden som inger känslan av symbolisk odödlighet i samband med att dödsångest ökar.

Terror Management Theory

Terror Management Theory (TMT), utvecklad av psykologerna Greenberg, Solomon och Pyszczynski, är grundad i Ernest Beckers tankegångar om dödsångest som individens djupaste inre fruktan och drivkraften bakom allt mänskligt beteende. Enligt TMT uppstår dödsångest genom att individen har en önskan att leva med den samtida insikten om att döden är oundviklig. När människan blir påmind om döden ökar behovet av att finna mening och struktur i tillvaron och att fokusera på personliga eller kulturellt värderade mål (Greenberg et al., 2015). Inom TMT har två huvudsakliga hypoteser växt fram; dödsmedvetenhetshypotesen (mortality salience hypothesis) samt ångestlindringshypotesen (anxiety buffer hypothesis). Den första hypotesen innebär att kulturella världsbilder kan lindra dödsångest och att påminnelser om döden kommer att få människor att vilja styrka sin egen världsbild. Här exemplifieras hur strävan efter struktur i tillvaron samt favorisering av medlemmarna inom den egna gruppen (samt diskriminering av dem som inte tillhör gruppen) tenderar att öka i samband med ökad dödsångest. En underliggande dödsångest ses vidare som en förklaring till uppkomsten av rasism, nationalism eller globala konflikter. Även när det motsatta förhållandet råder, d.v.s. att individens världsbild ifrågasätts, ökar individens dödsångest (Schimel et al., 2007). Människan motiveras således att tro på sitt kulturella världssystem och söker aktivt efter kunskap som stärker denna tro. Dödsångest hanteras genom en positiv attityd till dem som delar samma världsbild, och en negativ attityd mot dem som ifrågasätter den.

Enligt ångestlindringshypotesen uppvisar individer med låg självkänsla högre grad av dödsångest (Greenberg et al., 2015). Enligt TMT tros dödsångest kunna lindras genom andra handlingar kopplade till förhöjande av den egna självkänslan, vilket kan förklara narcissistiska tendenser, fåfänga, kreativt fullbordande och önskan om att uppfylla mål. I likhet med Becker menar Greenberg, Solomon och Pyszczynski (2015) att individen huvudsakligen hanterar dödsångest genom förnekande, vilket kan ta sig uttryck genom religion men också upptagenhet av triviala problem och distraherande aktiviteter som kan vara allt från arbete, shopping eller tv-tittande. Till skillnad från döden, som tros inge känslan av total hjälplöshet, upplevs vardagliga problem som hanterbara genom att de distraherar individen från rädslan för döden. Distractioner tolkas dock som en tillfällig bortträngning av dödsångest (Greenberg et al., 2015).

Psykoanalytiskt perspektiv

Sigmund Freud (1856-1939) tolkade dödsångest som ett symptom på omedvetna inre konflikter. Freud (1915/1952) menade att individen inte drabbas av dödsångest eftersom döden aldrig har upplevts och Freud betvivlade vidare att människan fullt ut tror på sin egen död eller ens kan acceptera tanken på döden (Freud, 1915/1952). Orsaken till psykopatologi ansågs bestå i omedvetna konflikter och tidiga olösta barndomstrauman, och i dessa ingår inte döden eftersom döden aldrig upplevts. Dödsångest och dödsrelaterade rädslor såsom hälsoångest sågs istället som symptom på omedvetna konflikter, t.ex. separationsångest eller rädslan för att bli övergiven. Freud gjorde dock gällande att dödsångest kunde observeras hos vissa människor och Freud benämnde denna ångest thanatofobi. I och med att thanatofobi antogs bero på underliggande olösta konflikter ansågs inte dödsångest vara en konsekvens av dödsdriften: driften relaterad till självförstörelse. Thanatofobi tolkades istället som

uttryck för andra omedvetna konflikter och Freud (1856-1939) menade därför att dödsångest kan lindras genom psykoterapi.

I motsats till Sigmund Freud menade psykoanalytikern Melanie Klein (1882-1960) att dödsfruktan är den huvudsakliga källan till ångest (Blass, 2015). Baserat på denna tanke skapade Klein (1882-1960) begreppet den ”paranoid-schizoida positionen” som utvecklas under barnets första levnadsår men förblir ett tillstånd att återkomma till under resten av livet. Klein trodde att dödsångest uppstår p.g.a. tidigare trauman; första gången vid födseln och därefter genom senare trauman såsom hunger och frustrationer (Klein, 2002). Igra (2002) tog upp Kleins teori om den infantila omnipotensen som kan tolkas som ett försvar mot dödsångest. Enligt Klein var barnet ovilligt att överge sin föreställning om omnipotens och vid konfrontation med sin egen sårbarhet kommer barnet att försöka bevara föreställningen om omnipotensen genom att förlägga den hos föräldrarna, och senare i projicerad form genom gudsföreställningen (Igra, 2002).

Erik H. Eriksons (1902-1994) psykosociala utvecklingsteori kan härledas till upplevelsen av dödsångest i vuxenlivet. Individens ansågs gå igenom åtta olika utvecklingsfaser där varje fas kopplas till ett visst åldersspann med en ny utmaning som individen behöver ta sig an. Erikson kopplade den sista utvecklingsfasen, *Ego-integration/Förtvivlan* som inleds runt 60-årsåldern, till dödsångest. Enligt Erikson innebar en positiv lösning på den slutgiltiga utvecklingskrisen en upplevelse av livet som en meningsfull helhet, och därigenom låg dödsångest. En negativ lösning innebar däremot att se tillbaka på livet med ånger; upplevelsen av livet som meningslöst, bortkastat eller som levt på ett felaktigt vis, vilket inger en känsla av förtvivlan och en högre upplevd dödsångest (Erikson, 1986). En positiv lösning på *Ego-integration/Förtvivlan* ansågs även vara beroende av hanterandet av den föregående krisen *produktivitet/stagnation* som kopplades till upplevelsen av att ha bidragit till samhället i stort, t.ex. genom sina egna barn och barnbarn, eller genom kreativa eller karriärmässiga fullbordanden.

Senare teorier

Posttraumatic growth theory (PGT) menar att olika livskriser, framför allt döden eller förlust av en närstående, kan resultera i positiva livsförändringar såsom ökad livsglädje, en skiftning i prioriteringar (t.ex. strävan mot mål som styrs av inre snarare än yttre motivation), samt i förbättrade relationer (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Det kognitiva behavioristiska perspektivet ser dödsångest som normalt såvida det inte leder till försämrad funktion. Dödsångest anses uppstå genom kognitiva scheman samt dysfunktionella grundantaganden och tankestrukturer kring döden, vilket kan resultera i dödsångest (Robinson & Wood, 1984). Vid behandling av dödsångest är patientens hanterande av känslor och rädslor relaterat till döden huvudfokus (Furer & Walker, 2008). Väldigt lite forskning har utförts kring behandling av dödsångest, och den forskning som genomförts har enbart skett i samband med hälsoångest. Enligt kognitiv teori ses nämligen dödsångest som en konsekvens av hälsoångest och antas kunna behandlas med liknande interventioner (exponering med responsprevention, minskade säkerhetsbeteenden, kognitiv omstrukturering etc.) som används vid behandling av hälsoångest (Furer & Walker, 2008). Dödsångest antas vara symptom på andra hälsorelaterade problem snarare än en bakomliggande orsak till psykopatologi.

Två-faktor-modellen kring dödsångest menar att dödsångest huvudsakligen prediceras av två faktorer; individens psykiska hälsa samt tidigare erfarenheter relaterade till döden, t.ex. bortgång av närstående. Direkt fruktan för döden härleds främst till tidigare erfarenheter enligt Gilliland & Templer (1986).

I teorin om positiva illusioner anses illusioner som inger upplevelsen av kontroll över den egna tillvaron och på livet ha en lindrande effekt på dödsångest (Taylor & Brown 1988). Vid livshotande sjukdomar och andra påminnelser om döden har bl.a. en viss nivå av förnekande kopplats till mer positiv psykologisk anpassning. Där har positiva illusioner om t.ex. osårbarhet visat sig vara adaptivt. Forskning om positiva illusioner menar att illusioner relaterade till "intern locus of control" korrelerar med låg dödsångest och att "extern locus of control" innebär högre dödsångest. Positiva illusioner kring döden tros minska upplevelsen av dödsångest; ett resonemang som motsäger tidigare filosofiska teorier kring dödsångest.

Enligt självdiskrepansteorin tolkas självet utifrån tre olika scheman; faktiskt själv, ideal-själv samt borde-själv. Det faktiska självet beskrivs som en mental representation av egenskaper man faktiskt har, ideal-självet representerar egenskaper som man önskar att man har, och borde-självet egenskaper som man upplever att man borde ha (Higgins, 1987). Enligt Higgins et al. (1989) innebär en diskrepans mellan de olika självrepresentationerna obehag. Enligt självdiskrepansteorin förmodas de tre självrepresentationerna kunna appliceras såväl i nutiden som i framtiden, d.v.s. även i relation till "självet som död". Enligt detta resonemang menar Marshall (1980) att attityder kring döden såväl som dödsångest blir beroende av individens självrepresentation som "dött själv". Enligt dessa tankegångar är det upplevelsen av förväntade framtida uppfyllandet av förpliktelser som predicerar dödsångest. Särskilt för yngre individer, där en låg diskrepans mellan självrepresentationerna antas resultera i lägre dödsångest.

Psykologerna Catlett & Firestone (2009) ser, i likhet med TMT och Beckers teori, dödsångest som en bakomliggande orsak till psykopatologi. Dödsångest hanteras genom olika former av förnekande men förnekandet förmodas samtidigt leda till bristfällig anpassning och minskad livsglädje. Enligt Catlett & Firestone (2009) väcker såväl positiva som negativa händelser latent dödsångest. Fruktan inför döden ökar när individen konfronteras med sjukdomar eller anhörigas död samt genom att individen på andra sätt görs påmind om livets begränsningar. I likhet med existentiella tankegångar menar Catlett & Firestone (2009) att positiva erfarenheter som ger ökad livsglädje, såsom kärleksrelationer eller karriärmässig framgång, paradoxalt nog kan resultera i mer dödsångest, i och med insikten att det finns mer att förlora i samband med döden. Catlett & Firestone (2009) tar upp en rad olika psykologiska försvar mot dödsångest, och i likhet med TMT ser Catlett & Firestone (2009) förnekande som mest framträdande. Förnekandet beskrivs kunna ta sig uttryck på flera sätt, t.ex. genom distraktioner, narcissism, fåfänga och individens upptagenhet av sig själv samt fokus på triviala problem.

Därutöver menar Firestone (2014) att dödsångest kan lindras genom defensiva försvar såsom självförnekande, regressiva beteenden, separationsångest, s.k. fantiserad fusion (fantasy bond) och med det som benämns som mikrosuicid (microsuicide). Mikrosuicid beskrivs som "a death of the spirit", översatt som dödandet av livsglädjen. Idén om att självförnekande och självdestruktivt beteende kan lindra dödsångest kan verka paradoxal, men enligt Catlett & Firestone (2012) medför dödsmedvetenhet även rädslan för att leva, och dödsångest tros kunna lindras genom förminskande av

betydelsefulla livsaspekter. Mikrosuicid inkluderar alla självförvållande beteenden som hotar välbefinnandet och den fysiska hälsan eller begränsar livet, och inkluderar självdestruktiva handlingar såsom riskbeteenden, missbruk, skadliga livsstilar och självförsummelse. Mikrosuicid kan även vara av regressiv och begränsande karaktär, och ta sig uttryck i en rädsla att utveckla betydelsefulla relationer, en vägran att bli vuxen eller ovilja att fullfölja mål och önskningar. Mikrosuicid tros lindra dödsångest men samtidigt leda till bristfällig psykologisk anpassning såväl som existentiell ångest i de fall individen konfronteras med insikten att denne inte lever ett fullvärdigt liv.

Catlett & Firestone (2009) menar att individen kan få hjälp att hantera sin dödsångest genom psykoterapi. När defensiva försvar konfronteras i psykoterapi och patienten rör sig mot ökad självständighet blir dödsångest dock mer påtaglig och defensiva försvar aktiveras som motstånd. Därigenom benämns mikrosuicidala försvar av Firestone (2014) som det ultimata motståndet, både inom psykoterapi samt när det handlar om att leva ett fullvärdigt liv. Idén om mikrosuicid som defensivt försvar mot dödsångest innebär enligt Catlett & Firestone (2012) en alternativ bild till uppkomsten av psykiska sjukdomar. Psykisk ohälsa såsom hypokondri, ätstörningar och missbruk tros kunna lindra dödsångest då effekten av dessa anses kunna innebära minskad livsglädje och därigenom en minskad förlust i samband med döden.

Sammanfattning av teori

Samtliga ovan presenterade teorier kring dödsångest påvisar ett samband mellan psykisk ohälsa och dödsångest. Det existentiella perspektivet kopplar förnekande av döden till självförnekande och ett icke-autentiskt liv och senare teoribildning beskriver förnekande av döden och bristande dödsmedvetenhet som en bakomliggande orsak till psykisk ohälsa. Sigmund Freud beskrev däremot, i likhet med kognitiv teoribildning, att dödsångest är symptom på psykisk ohälsa. Det finns således delade uppfattningar kring om en underliggande dödsångest kan ge upphov till psykisk ohälsa, eller om det motsatta förhållandet råder: att psykisk ohälsa kan ta sig uttryck i dödsångest. En del teorier problematiserar inte orsakssambandet mellan fruktan för döden och psykisk ohälsa, däremot påvisas ett samband mellan dödsångest och psykisk ohälsa i ovan presenterade teoribildningar. Förnekande av döden beskrivs vidare som ett centralt fenomen i individens liv men det finns delade uppfattningar kring om förnekande av döden är adaptivt för individen.

Syfte och frågeställningar

Sambandet mellan dödsmedvetenhet, dödsångest och tankar kring livets ändlighet och psykopatologi har påvisats, men jag ansåg att dödsångest är ett utforskat område i kliniska sammanhang, t.ex. i psykoterapi. Enligt DSM-V tolkas dödsångest enbart under paraplybegreppet hälsoångest och efter snart fem års studier på psykologprogrammet kunde jag inte erinra mig att temat dödsångest överhuvudtaget tagits upp i samband med psykologisk behandling. Vidare har de flesta tidigare studier kring dödsångest genomförts i normalpopulationen och därefter generaliserats till kliniska sammanhang. Teorier visar att människor ständigt förnekar döden och att mänskligt beteende påverkas av en omedveten dödsångest. Samtligt ses

dödsmedvetenhet som en förutsättning för ett autentiskt liv och en meningsfull existens. Tidigare forskning kring dödsångest väckte frågan huruvida kliniskt verksamma psykologer har erfarenhet av terapi där teman som dödsångest, döden och livets ändlighet berörs. Upplevs döden vara ett centralt tema inom ramen för psykoterapi? Är det vanligt att patienten talar om döden och livets ändlighet i det terapeutiska rummet? Hur ofta talar patienten explicit om dödsångest? Om patienten inte talar om döden, har psykologer uppmärksammat några psykologiska försvarsmekanismer mot dödsångest? Hur skiljer sig dödsångest mellan yngre och äldre individer? Teorier kring dödsångest belyser även sambandet mellan rädslan för döden och rädslan för att leva, och därigenom väcktes frågan om det finns specifika livshändelser som kan öka patientens dödsångest.

Syftet med min studie var att undersöka om döden och livets ändlighet berörs i det terapeutiska rummet och hur dödsångest (eller frånvaro av dödsångest) kan ta sig uttryck i kliniska sammanhang. Studien syftade även till att undersöka huruvida psykologer upplever att det är verksamt för patienten att tala om döden. Enligt litteraturen är dödsångest både medveten och omedveten; en direkt fruktan för döden och en existentiell, där existentiell dödsångest relateras till tanken om att livet inte kommer att vara för evigt. I min studie hade jag för avsikt att undersöka alla typer av dödsångest. I studien undersöktes följande frågeställningar:

1. Vad har kliniskt verksamma psykologer för erfarenhet av samtal kring döden och livets ändlighet?
2. På vilket sätt tar sig dödsångest (och frånvaro av dödsångest) uttryck i det terapeutiska rummet?
3. Hur upplevs effekten av att beröra temat döden och livets ändlighet inom psykoterapi?

Metod

Studiens ansats var kvalitativ och explorativ i och med dess syfte att fånga psykologers upplevelser och att öka förståelsen kring dödens tematik. För detta syfte är kvalitativ undersökningsmetodik en lämplig metod (Malterud, 2009). Studiens dataanalys var tematisk och en abduktiv ansats tillämpades.

Deltagare

Datainsamlingen baserades på semi-strukturerade intervjuer med åtta kliniskt verksamma psykologer varav samtliga rekryterades med hjälp av min handledare. Samtliga psykologer var yrkesverksamma i Göteborgsområdet. Ett strategiskt urval på basis av klart definierade kriterier tillämpades i syfte att ge det insamlade kvalitativa datamaterialet önskvärd djup och bredd (Malterud, 2009). Valet av deltagare gjordes utifrån målsättningen att det insamlade materialet skulle belysa frågeställningarna kring dödsångest och livets ändlighet och baserades på kriterierna: klinisk erfarenhet och utbildning (leg. psykoterapeut och/eller specialistkompetens i klinisk psykologi),

terapeutisk inriktning (psykodynamisk), ort (bosatt i Göteborgsområdet), kön (hälften män och hälften kvinnor) samt erfarenhet av psykoterapeutiskt arbete inom såväl offentlig som privat verksamhet.

Psykologerna kontaktades via mail och samtliga ville ställa upp i en intervju. Psykologerna som intervjuades var fyra män och fyra kvinnor. Av de åtta psykologerna var sju legitimerade psykoterapeuter och sex av dem var även specialister i klinisk psykologi. Sju av åtta psykologer hade erfarenhet av att arbeta i offentlig såväl som privat verksamhet. En av dem hade arbetat inom privat verksamhet ”i mycket begränsad omfattning”, som psykologen själv uttryckte det. Samtliga åtta psykologer hade erfarenhet av att bedriva psykoterapi med psykodynamisk inriktning och de flesta hade erfarenhet av kliniskt arbete med såväl barn som vuxna patienter. Intervjudeltagarna presenteras i tabell 1.

Intervjudeltagare

1. Leg. psykolog, leg psykoterapeut. Kvinna
2. Leg. psykolog, leg psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi. Kvinna,
3. Leg. psykolog, leg psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi. Kvinna.
4. Leg. psykolog, leg psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi. Kvinna.
5. Leg. psykolog, leg psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi. Man.
6. Leg. psykolog. Man.
7. Leg. psykolog, leg psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi. Man.
8. Leg. psykolog, leg psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi. Man.

Tabell 1. Översikt över intervjudeltagare.

Avgränsning. Jag valde att begränsa urvalet till psykologer som bedriver psykoterapi med psykodynamisk inriktning. Det berodde delvis på att studiens omfattning är så pass liten att en homogen grupp skulle öka möjligheten till överförbarhet och generaliserbarhet (Malterud, 2009). Ytterligare en anledning till avgränsningen var att tematiken dödsångest och livets ändlighet hade berörts i större utsträckning inom existentiell psykologi och psykoanalytisk teori i jämförelse med kognitiv teori. Det finns anledning att tänka att patientgruppen skiljer sig mellan offentlig respektive privat verksamhet. I och med studiens explorativa syfte togs beslutet att intervjua psykologer med erfarenhet av arbete inom såväl offentlig och privat verksamhet, i den mån detta var möjligt.

Instrument

Undersökningsinstrumentet som användes var semi-strukturerad intervju (se bilaga 1) och intervjufrågorna formulerades i samråd med min handledare. Intervjufrågorna utformades med utgångspunkt i såväl induktiv som teoristyrd deduktiv ansats: ca hälften av intervjufrågorna hade förankring i tidigare forskning (t.ex. i existentiell psykologi och i Terror Management Theory) medan resterande frågor utformades i explorativt syfte, d.v.s. att mer förutsättningslöst undersöka tematiken dödsångest och livets ändlighet i det terapeutiska rummet. Intervjun bestod av femton frågor och tio följdfrågor. Exempel på intervjufrågor var på vilket sätt psykologerna hade erfarenhet av att samtala kring döden och livets ändlighet med sina patienter, om de hade identifierat några åldersskillnader avseende dödsångest beroende på patientens ålder, huruvida dödsångest upplevdes vara medveten eller omedveten, vilka försvarsmekanismer mot dödsångest som identifierats, samt huruvida dödsångest upplevdes vara ett utforskat tema i kliniska sammanhang.

I studien behövdes en struktur som gjorde det möjligt att både få fram erfarenheter och tankegångar från de intervjuade psykologerna och få specifika frågor besvarade. En semistrukturerad intervju bedömdes därför vara en lämplig datainsamlingsmetod (Malterud, 2009). Den semistrukturerade intervjuformen innebär även flexibilitet genom att frågor inte behöver ställas i en viss ordning. Detta innebar även möjligheten att ställa följdfrågor, att be psykologerna vidareutveckla och exemplifiera sina resonemang, samt att som intervjuare utveckla frågorna vid behov. Medan en semi-strukturerad intervju ger djup och bredd åt det insamlade datamaterialet togs det samtidigt hänsyn till att materialet påverkas av interaktionen mellan intervjuare och deltagare, samt att kvaliteten även påverkas av faktorer såsom intervjuarens skicklighet, erfarenhet och kompetens inom forskningsområdet. Intervjuerna spelades in via en mobiltelefon för att därefter transkriberas och analyseras kvalitativt.

Tillvägagångssätt

Åtta psykologer kontaktades via mail och tillfrågades om de ville ställa upp i en intervju kring dödsångest och alla gav sitt medgivande. Intervjuerna genomfördes under ett tidsspänn på tre veckor. Datainsamlingsmetoden var en kvalitativ semistrukturerad intervju (se bilaga 1) och intervjuerna spelades in med en mobiltelefon. Psykologerna intervjuades på sin arbetsplats, i sina kontorsrum, vilket i de flesta fall var rummet där de bedrev psykoterapi. Intervjuernas längd varierade från ca 1 timme till ca 1 timme och 40 minuter. Den initiala intervjuguiden bestod av 14 frågor som alla berörde temat dödsångest och livets ändlighet. Intervjufrågorna formulerades med utgångspunkt från tidigare teorier. Efter den inledande intervjun gjordes två korrigeringar i intervjuguiden. Den första korrigeringen var att lägga till en beskrivning av begreppet dödsångest i början av intervjun och gjordes med anledning av att den första intervjudeltagaren uttryckte en osäkerhet kring vad begreppet dödsångest innebar. Den andra korrigeringen var att lägga till en intervjufråga. Den första intervjun behövde avbrytas innan alla frågor hann ställas och vi träffades vid ytterligare ett tillfälle så att jag kunde ställa resterande frågor. Den anpassade intervjuversionen bestod av 15 frågor och användes för resterande intervjuer. Vid genomförandet av intervjun med nästa intervjudeltagare missade jag att ställa den nya kompletterande intervjufrågan. Det ledde till att jag därefter frågade psykologen om jag fick komplettera den första intervjun med en

telefonintervju. Psykologen svarade ja och telefonintervjun spelades in med hjälp av mobiltelefon, i likhet med de övriga intervjuerna.

Delgivning. Vid intervjutillfället erbjöd jag alla de intervjuade psykologerna att ta del av studiens resultat när uppsatsen är färdig. Samtliga psykologer uttryckte en önskan om detta.

Dataanalys

Intervjuerna tolkades med tematisk analysmetod anpassad för kvalitativa forskningsmetoder, enligt rekommendationer från Braun & Clarke (2006). Analysmetoden applicerades i syftet att identifiera och analysera återkommande teman och koder, att verifiera valda teman och slutligen presentera dessa i skrift.

Intervjufrågorna präglades av teori men analysmetoden hade en induktiv utgångspunkt, och därigenom var dataanalysen abduktiv. Abduktion kan beskrivas som en kombination av datastyrd (induktiv) och teoristyrd (deduktiv) ansats. Valet av analysmetoden abduktion grundades dels i syftens explorativa syfte (att undersöka tematiken dödsångest och terapeutiska samtal kring döden och livets ändlighet utan att resultaten begränsas av tankegångar som presenterats i tidigare forskning), dels i syftet att undersöka huruvida fenomen som presenterats i tidigare forskning kring dödsångest kunde härledas till kliniska sammanhang. Med en uteslutande deduktiv analysmetod finns det risk att gå miste om väsentliga delar i datamaterialet, avseende de delar som inte kan härledas till tidigare teorier, vilket motiverar valet av abduktion som analysmetod. Dataanalysen innebar att jag fördjupade mig i det insamlade datamaterialet och valde ut återkommande teman (Malterud, 2009), och datamaterialet analyserades förutsättningslöst såväl som med utgångspunkt i varje enskild intervjufråga. Abduktion präglade studiens resultat genom att ca hälften av studiens intervjufrågor var förankrade i tidigare teorier kring dödsångest (t.ex. att dödsångest kan vara såväl medveten som omedveten, att individen förnekar döden och omedvetet hittar strategier för att hantera sin dödsfuktan, och att dödsångest tolkas som en förutsättning för autenticitet). När datamaterialet kodades och tematiserades blev det tydligt att intervjufrågorna som förankrats i tidigare forskning kommit att prägla datamaterialet. Exempelvis kunde teman relaterade till sambandet mellan dödsångest och autenticitet härledas till intervjufrågor förankrade i existentiella teorier, och teman kopplade till försvarsmekanismer mot dödsångest kunde härledas till intervjufrågor förankrade i bl.a. Terror Management Theory.

Jag arbetade utifrån en semantisk ansats, som innebär att datamaterialet analyserades så nära deltagarnas yttranden som möjligt, istället för att utgå från antaganden om vad som kan tänkas ligga bakom dessa yttranden (Braun & Clarke, 2006). Studiens epistemologi präglades av realistisk ontologi. Tematisk analysmetod har tidigare kritiserats för dess bristande tydliga riktlinjer avseende hur forskning bedrivs. För att uppnå maximal transparens valde jag därför att noggrant hålla mig till Braun & Clarkes (2006) rekommendationer om sex stycken analysfaser. Initialt läste jag igenom intervjuerna. Därefter kodades datamaterialet initialt induktivt och därefter deduktivt. Den datastyrda analysmetoden innebar att jag förutsättningslöst läste igenom intervjuerna och identifierade koder. Därefter identifierade jag koder med utgångspunkt i varje enskild intervjufråga. Eftersom flera av intervjufrågorna var utformade i ljuset av tidigare specifika teorier kring dödsångest, kan denna process summeras som abduktiv.

Preliminära teman skapades med utgångspunkt från de utarbetade koderna. I den första intervjun identifierades fjorton teman. Resterande intervjuer tematiserades separat. Därefter slogs teman som överlappade varandra ihop. Totalt utarbetades 26 teman för de åtta intervjuerna. Efter ytterligare genomläsningar av intervjuerna skapades slutligen tre huvudteman, varav två hade fyra underteman, som presenteras med belysande rubriker och citat i resultatavsnittet.

Resultat

Studiens syfte var att undersöka 1) kliniskt verksamma psykologers erfarenhet av samtal kring döden och livets ändlighet, 2) på vilket sätt dödsångest (eller frånvaro av dödsångest) tar sig uttryck i det terapeutiska rummet, samt 3) hur effekten upplevs av att beröra temat döden och livets ändlighet inom psykoterapi. Baserat på vad som framkommit i intervjuerna konstruerades tre huvudteman: ”Döden är närvarande i det terapeutiska rummet”, ”Förnekande av döden” samt ”Den positiva aspekten av dödsångest”.

Huvudtemat ”Döden är närvarande i det terapeutiska rummet” kopplades både till frågeställningen avseende vad kliniskt verksamma psykologer har för erfarenhet av att samtala kring dödsångest, döden och livets ändlighet, samt på vilket sätt dödsångest kan ta sig uttryck i det terapeutiska rummet.

Huvudtemat ”Förnekande av döden” är framför allt kopplad till frågeställningen kring hur frånvaro av dödsångest kan ta sig uttryck. Psykologerna uttryckte att deras patienter tänkte för lite på livets ändlighet och döden i hög utsträckning ansågs vara förnekad.

Huvudtemat ”Nödvändigheten av dödsångest i terapi” är framför allt kopplad till frågeställningen om hur effekten upplevs av att beröra temat döden och livets ändlighet in inom psykoterapi.

Huvudtema 1: Döden är närvarande i det terapeutiska rummet

- Medveten dödsångest: en explicit dödsfruktan
- Omedveten dödsångest
- Förälskelsen och föräldraskap kan väcka dödsångest
- Dödsångest tar sig olika uttryck beroende på patientens ålder

Huvudtema 2: Förnekande av döden

- Förnekandet: en vanlig försvarsmekanism
- Prokrastinering och att slösa bort tid
- Religionens lindrande verkan
- Förnekande av döden i vår kultur

Huvudtema 3: Nödvändigheten av dödsångest i terapi

Tabell 2. Översikt över identifierade teman samt underteman

Huvudtema 1: Döden är närvarande i det terapeutiska rummet

Alla de intervjuade psykologerna hade erfarenhet av att bedriva psykoterapi där döden och livets ändlighet berörs. Döden berördes som tema bl.a. i samband med att patientens närstående dör, att patienten själv ska dö, att patienten drabbas av sjukdom eller att patienten talar om att hinna göra saker innan livet tar slut.

”Om vi definierar döden som ändlig tid, inte att man ligger i en kista. Att föräldrarna ska dö, mormor, morfar, farmor farfar, att tiden är ändlig, att tiden gått, att man har oceaner av tid, att man inte uppfattar att tiden går. Döden måste vara närvarande i en terapi. Det är livets väg tänker jag.”

(Psykolog 5)

Den gemensamma upplevelsen var att frågor som sammanfaller med döden och livets ändlighet är centrala i ett terapeutiskt rum. Livets ändlighet och gränsfrågor, där döden hänvisas till som en yttersta gräns för människan, beskrevs som mer förekommande teman än explicit dödsångest i form av att ”jag är rädd för att dö”.

”Man kan i alla fall säga att frågan om livets ändlighet, och den egna kroppens och den egna personens ändlighet och begränsningar, verkligen är väldigt centrala frågor i rummet. Det är mer så, skulle jag ändå vilja säga, än att det är en bokstavlig eller väldigt uttalad dödsångest.”

(Psykolog 6)

En del av psykologerna upplevde att döden blev ett centralt tema i rummet trots att patienterna inte uttryckligen talade om döden, dödsångest eller livets ändlighet.

”Frågan som är helt central när människor kommer hit, även om de inte fullt ut formulerar det så, är ”hur ska jag kunna stå ut med att leva?” och ”hur ska jag kunna hitta en plats i samhället?” Då menar jag inte att det är exakt så patienterna formulerar sig, men det är så jag hör deras fråga. Därför att ensamheten och utanförskapet är så stort och så närvarande. Och där finns den här frågan med avseende på liv och död med. Den är central. Den finns alltid där.”

(Psykolog 1)

Det fanns även en upplevelse av att patienternas psykiska lidande kunde härledas till att det fanns en omedvetenhet kring att livet kommer att ta slut.

”Bara det faktum att man placerar sig som en patient inom specialistpsykiatrin, där har man identifierat sig med någon form av sjukdomstillstånd eller improduktivt tillstånd som handlar om att man inte är medveten om att man ska dö.”

(Psykolog 4)

Medveten dödsångest: en explicit dödsfruktan. Den gemensamma uppfattningen bland psykologerna var att deras patienter sällan talade om en explicit dödsfruktan. I de fall patienten talade om dödsångest eller uttryckte rädslan för att dö, handlade det vanligen om hypokondri eller att patienten drabbats av allvarlig sjukdom som kunde innefatta döden. Psykologerna talade om detta som en medveten form av dödsångest eller manifest rädsla för att dö.

”Hypokondrikerna anser jag är de enda som egentligen pratar om det i min klinik. De andra patienterna pratar inte så mycket om att ”jag är rädd för döden”, eller obehaget inför döden. Utan jag tänker mig på något sätt att det mer är omedvetet, eftersom döden inte går att tänka sig. Mer så. Och så tänker jag att de som pratar mer manifest om döden gör det därför att de på något sätt är drabbade av den i det riktiga livet, eller genom sjukdom som innefattar döden, som någon slags slutpunkt.”

(Psykolog 7)

Uppfattningen fanns även att dödsångest kunde vara uttryck för annan ångest, där omedvetna konflikter ansågs kunna manifestera sig som en rädsla för att dö. I en del fall drabbades patienten av akut dödsångest i form av t.ex. panikångest eller hälsoångest. Den kunde även dyka upp i samband med separationsångest eller upplevelsen av ensamhet. Det exemplifierades hur kvinnliga patienter som var ifrån sin partner kunde uppleva ångest med dödsångestinslag. Psykologerna menade att denna form av akut dödsångest ibland kunde härledas till tidigare traumatiska erfarenheter i patientens liv och att den underliggande komponenten inte nödvändigtvis behövde vara rädslan för att dö.

”Det finns en rätt så stor grupp på en vårdcentral som är väldigt oroliga för sin hälsa. Som får ångest. En del blir rädda att de ska dö. De får hjärklappning, de får som de säger panikångest, och åker inte sällan med ambulans till akuten. Och där konstaterar man att det inte är något somatiskt fel på dem. Det här är ju en ganska vanlig problematik, att drabbas av panikångest. Ofta finns en rädsla för att få en hjärtattack eller att man oroar

sig för att få en hjärnblödning. Och så tolkas de här symptomen som att "nu kommer jag att dö" (...) Det finns ofta en gemensam nämnare: att det har hänt saker i deras liv, men det kommer ofta fram mycket senare. Och det är som att de inte har varit i kontakt med det."

(Psykolog 8)

Psykologerna uttryckte att rädslan för att dö kunde uppstå i samband med stigande ålder eller att anhöriga dör, t.ex. föräldrarna, partnern eller de egna barnen.

"Det ena är ju när man möter döden på så vis att man står inför sin egen eller en nära anhörigs död, och då väcks frågan kring sin egen ändlighet. Och där är det ofta så att när ens föräldrar dör, och man själv blir nästa generationsled, då ställs också frågan om ens egen dödlighet."

(Psykolog 2)

Omedveten dödsångest. Den genomgående uppfattningen bland psykologerna var att patienten sällan talade om en explicit dödsfruktan. Jag frågade psykologerna om de ansåg att dödsångest var medveten eller omedveten. De flesta av psykologerna upplevde att dödsångest kunde vara både medveten och omedveten.

"Jag tänker att den kan vara både och. Medveten på så sätt att patienterna själva talar om det ibland och att de lyfter upp rädslan för döden förknippat med ångest. Men omedveten på så sätt att den ibland inte är satt i ord, utan bara är en form av obehag förknippat med vissa situationer i personens liv... man kan säga, att ångest alltid är något som inte till fullo är benämnt. Man kan säga att dödsångest och döden... det är begränsat [till] vad vi kan säga om döden. Där finns alltid en rest, någonting som inte kan benämnas. Så man kan säga att ångesten på sätt och vis är omedveten men att den kan medvetandegöras."

(Psykolog 2)

Omedveten dödsångest kunde ta sig olika uttryck hos patienten. En vanlig tematik var att patienten kunde lida av en kraftig ångest som denne inte ville vara i kontakt med; en ångest som därför av psykologerna tolkades som en omedveten dödsångest.

"Jag tror att det är ganska vanligt att folk inte pratar så mycket om döden, utan att de är upptagna av mycket annat. Där tror jag att det många gånger kan finnas en ganska kraftig ångestproblematik. På en medveten nivå talar de kanske inte så mycket om att de är rädda för att dö, utan om andra former av rädslor."

(Psykolog 6)

Psykologerna trodde att det kunde finnas omedvetna komponenter involverade även i de fall när patienten uttryckte en direkt dödsfruktan, t.ex. i samband med hypokondri.

"I hälsoångesten, hypokondri, döden är ju där. Det är mycket det som det handlar om. I förklädd form. I den här kroppsliga formen. Och jag tror att det är mycket viktigt att ha med sig när man träffar de här patienterna: att det

också finns en existentiell dimension bakom det som de själva bara framställer som ångest och kroppsliga besvär.”

(Psykolog 8)

Fantasin, framtidsdrömmar och upptagenhet av det förflutna beskrevs som möjliga uttryck för omedveten dödsångest. Dödsångest kopplades till människans benägenhet att fantisera; patienten talade gärna om framtiden och det förflutna men att det fanns en ovilja att befinna sig i nuet. Det påpekades samtidigt att det inte går att bevisa att fantasin verkligen bottenar i omedveten dödsångest.

”Det mänskliga livet är konstituerat av en svårighet att uthärda realiteten (...). Åldrandet som sådant är ju problematiskt för människan, att man mister sin skönhet och sin prestationsförmåga och alla de sakerna. Det är vi ju alla dömda till på olika sätt. Och det är helt uppenbart att det är väldigt känsligt. Och vad är det? Är detta en rädsla för döden? Det kan man ju diskutera, men någon form av besvär är det. Att inte stå ut med det befintliga, med hur saker och ting faktiskt inträffar. Och döden är ju den yttersta realiteten. Vi ska alla dö. Och det tror jag inte att man vill vara i kontakt med.”

(Psykolog 7)

En del av psykologerna påpekade att dödsångest är ett problematiskt begrepp. En av psykologerna uttryckte exempelvis att ”problemet med begreppet dödsångest är att det är något omedvetet”. De menade också att även om patientens besvär verkligen beror på en omedveten dödsångest, så är detta svårt att bevisa.

”Om den är omedveten så måste den ha en medveten manifestation i form av en konflikt som det går att tala om. För om den är omedveten utan någon manifestation, så går det inte att veta om den existerar, tänker jag.”

(Psykolog 5)

Förälskelsen och föräldraskap kan väcka dödsångest. Den gemensamma uppfattningen var att vissa betydelsefulla livshändelser kan resultera i ökad dödsångest och dödsmedvetenhet hos patienten. Sex av psykologerna uttryckte att föräldraskapet var en livshändelse som kunde väcka dödsångest.

”Reaktioner i samband med att bli förälder. Graviditet, eller också att en man blir far. Det är en sådan passage i livet där det inte är helt ovanligt att det utvecklas en ångestproblematik. Du drabbas av en typ av panikångest med dödsångestinslag.”

(Psykolog 8)

Utöver föräldraskapet ansågs även andra livshändelser präglade av förhöjd livsglädje kunna väcka dödsångest hos patienten, t.ex. förälskelsen, äktenskapet och att ta examen. Det uttrycktes att händelser som innebar en förhöjd livsglädje troligtvis ledde till insikten om att det finns mer att förlora i samband med döden, och därigenom till ökad dödsmedvetenhet.

”Jag hade snarare sagt att de här starka stunderna av lycka. Det kan vara när man blir förälder, klarar sin examen, eller så kan det vara i samband med

äktenskap. Det som jag tror att man kommer i kontakt med är möjligheten att förlora [någonting].”

(Psykolog 2)

En av psykologerna uttryckte däremot att dödsångest inte överhuvudtaget väcktes i samband med dessa livshändelser hos psykiatriska patienter. Psykologen ansåg att dessa händelser saknade betydelse för patienterna eftersom de inte är ”neurotiskt strukturerade”, d.v.s. att de har en så kallade borderline- eller psykotisk personlighetsstruktur. En sådan struktur kopplade psykologen även samman med en bristande medvetenhet om att livet kommer att ta slut.

”Nej, precis! Och det är det som är så himla tragiskt! Att de gör de här grejerna utan tanke på... utan dödsångest igen då. Jag tror jag har en slags generell idé om att ångest är något positivt. Eller att det för en till arbete. Att gifta sig och skaffa barn är för mina patienter ungefär som att de går och köper en ny tröja. Det betyder ingenting.”

(Psykolog 4)

Dödsångest tar sig olika uttryck beroende på patientens ålder. Jag frågade psykologerna om de märkt skillnader avseende dödsångest beroende på patientens ålder och om de, baserat på sin kliniska erfarenhet, upplevde att eventuell dödsångest kunde skilja sig mellan yngre och äldre individer. Sju av de åtta psykologerna uttryckte att patientens dödsångest och dödsmedvetenhet tog sig olika uttryck beroende på ålder.

”En 18-åring tänker inte på döden på det sättet, utan tänker att de har oceaner av tid. En 50-åring tänker oftast inte så. De har inte oceaner av tid. ”Nu går tåget” tänker de mer.”

(Psykolog 5)

Den gemensamma uppfattningen var att äldre patienter, och framför allt de som passerat 40- eller 50-årsåldern, hade större medvetenhet kring att livet kommer att ta slut än yngre patienter. Det uttrycktes att unga patienter snarare levde som om livet vore oändligt.

”För en äldre person blir det ju annorlunda. Man har ju levt det liv man har levt. Och möjligheterna finns ju inte längre kvar till att ändra allt, eller göra annat av sitt liv, och då blir det ju mer att försöka blicka tillbaka och se om man kan försonas med hur det har blivit. Det är ju ett annat perspektiv än den unga människans perspektiv, som ser livet framför sig. Och tror att tiden är oändlig, inte sällan, och sedan upptäcker att det inte riktigt är så.”

(Psykolog 8)

Äldre patienter ansågs vara drabbade av en dödsångest i form av en ”ihållande förtvivlan” vilket ansågs hänga ihop med att insikten om döden blev mer påtaglig. Yngre patienter beskrevs ägna sig åt riskbeteenden i högre utsträckning.

”Yngre människor tenderar ju att sätta livet på spel, att agera ut, att röra sig i gränsområden, på ett sätt som människor som i varje fall någonstans har passerat 40 eller så, där det lugnar sig. Eller tydliga manifesta utageranden tar kanske mer av en depressiv... och en förtvivlan som blir... Den får mindre

av det här utagerandet, utan det blir istället en ensamhet, och någonting som jag skulle kalla en ihållande förtvivlan, som finns närvarande på ett annat sätt.”

(Psykolog 1)

En del av intervjupersonerna upplevde att de hade identifierat dödsångest hos barn, vilket de ansåg ta sig uttryck av separationsångest, rädsla för mörker eller rädslan att sluta andas. Några av psykologerna hade även erfarenhet av terapeutiskt arbete med patienter som talade om den dödsångest de hade när de var barn.

”Det kan vara berättelser som handlar om att de var rädda för döden. Man var rädd för döden eller [med patientens ord] ”jag var rädd för döden, och därför ville jag sova i mammas och pappas säng”. Att en rädsla för mörker, en rädsla för död, finns med där. Eller att man har en berättelse som kanske knyts till en saga som handlar om döden.”

(Psykolog 2)

Ett tema som dök upp var att en del patienter som drabbats av dödsångest som barn senare kommit att utveckla kriminella beteenden i tonåren, och att de senare i livet åter drabbats av ångestproblematik.

”De som haft en kontakt med BUP som barn, det kan ha föranletts av något på nätterna som jag, när jag tänker efter, skulle kalla för dödsångest. Att de blir koncentrerade på andningen. Och inom psykiatrin kallar man det för att de hade någon slags tvång (...) och 2-3 killar som jag tänker på, de hade den här typen av föreställningar när de var små, sådär i 10- 11-årsåldern. Det är nästan alltid 10-11 år. Sedan när de blev tonåringar så började de knarka och vara kriminella. Och sedan har det här det här tvångsmässiga kommit tillbaka. De kan vara rädda för att bli förgiftade.”

(Psykolog 4)

En av psykologerna noterade inga ålderskillnader avseende dödsångest och dödsmedvetenhet hos patienterna inom specialistpsykiatrin.

”Det tycker man att det borde göra rent teoretiskt, men tyvärr... 60-åringar kan vara lika infantila som 20-åringar i sitt inre. Lika omedvetna om att det tar slut.”

(Psykolog 4)

Huvudtema 2: Förnekande av döden

En återkommande tematik bland psykologerna var att deras patienter tänkte för lite på att tiden är ändlig eller att patienterna inte alls verkade medvetna om att livet kommer att ta slut. Alla psykologer talade om denna tematik och en del beskrev patientens bristande insikt om döden som påtaglig.

”Detta att förstå fullt ut, att förstå att vi faktiskt kommer att dö, att livet tar slut, det är en grannliga uppgift i mötet med de människorna jag möter här (...) Jag menar att de personer jag träffar lever som om livet kommer att vara för evigt, samtidigt som de å andra sidan inte står ut med det liv de har.”

(Psykolog 1)

”Ibland blir man förvånad över hur lite dödsångest det finns, eller verkar finnas. Det är som att en del personer inte riktigt förstår vad det är de håller på med. Att de skulle kunna skada sig själva eller verkligen dö.”

(Psykolog 8)

Förnekandet: en vanlig försvarsmekanism. Jag frågade psykologerna om de uppmärksammat några försvarsmekanismer mot dödsångest i det terapeutiska rummet. Den gemensamma uppfattningen var att förnekande var den vanligaste psykologiska försvarsmekanismen.

”Jag skulle vilja lyfta fram förnekelsen som allra mest central. Och ångesten i sig, det är också ett uttryck för dödsångest tänker jag.”

(Psykolog 1)

Förnekandet ansågs ta sig uttryck genom patientens oförmåga eller ovilja att tala om döden i det terapeutiska rummet, för att istället fästa sin uppmärksamhet vid oviktiga saker och triviala ting. Att inte tala om saker i rätt tid tolkades också som ett uttryck för förnekande.

”Dels att man inte pratar om döden, fastän den finns närvarande. Att de istället täcker över eller pratar om andra saker eller om... Andra faktorer anses som viktiga, medan de glömmer bort... istället för att prata om döden. De pratar om praktiska ting eller om någonting annat.”

(Psykolog 2)

”Att de inte talar om rätt saker i rätt tid, att de inte har tänkt på rätt saker i rätt tid. De har inte haft förmåga att göra det. De har varit upptagna av någonting annat.”

(Psykolog 5)

En del av psykologerna uttryckte att de upplevde att det fanns ett samband mellan patientens personlighetsstruktur och dennes tendens till att förneka döden. Patienter med borderline- eller psykotisk personlighetsstruktur använde sig av starkare försvar än den neurotiske. Det uttrycktes även att den neurotiske patienten eller de med mer ”mogen struktur” inte uppvisade frånvaro av dödsmedvetenhet i lika hög utsträckning som de med mindre mogen struktur.

”Jag träffar ju olika patienter, en del är mer psykotiska. En del har förlorat sina barn, och har på ett rent psykotiskt sett förnekat den här förlusten. Och har i hallucinatorisk form sett barnen och talat med dem. De agerar som om det aldrig hänt. Det är inte bara förnekande, utan även ett förkastande. Ett ännu starkare försvar.”

(Psykolog 8)

Ett återkommande tema var upplevelsen att patientens förnekande av döden var omedvetet. Patienterna uttryckte inte explicit att de skulle leva för evigt, men deras tal och beteende präglades ändå av en omedvetenhet kring att livet kommer att ta slut.

”Att de inte har förhållande till gränser, där döden är en absolut gräns. Att det förnekas att det kommer att ta slut. Och det skulle man kunna säga... omedvetet då. De sitter inte och tänker att de ska leva för alltid, utan de lever på ett sätt som får mig att tänka att det här med döden, och livets ändlighet, inte finns där för dem.”

(Psykolog 4)

Prokrastinering och att slösa bort tid. Ett vanligt tema var att psykologerna upplevde att deras patienter hade en tendens att skjuta upp viktiga saker, att ägna sig åt meningslösa aktiviteter och att slösa bort sin tid. Denna tendens kopplades till förnekande av döden samt en omedvetenhet kring att livet kommer att ta slut.

”Om man inte har någon form av uppfattning om att livet är ändligt, så tror jag inte att man har ett liv. För det blir inget gjort. Det skjuts upp. Folk skjuter ju upp så förbannat mycket idag.”

(Psykolog 5)

Tendensen att skjuta upp saker och att vänta med att fatta viktiga beslut ansågs vara ett omedvetet försvar mot dödsångest. Behovet av att hela tiden välja om, att aldrig vara nöjd med valet som gjorts, kopplades också till en omedveten form av förnekande om att livet kommer att ta slut. Att skjuta upp tid beskrevs även av psykologerna som ett sätt att ”få tiden att stanna neurotiskt”. Psykologerna sammankopplade patientens förnekande av döden eller bristande insikt om livets ändlighet med en bristande drivkraft, repetitiva beteenden, samt oförmågan att utföra meningsfulla saker. Dessa beteenden ansågs som självdestruktiva och förmodades öka patientens lidande på lång sikt.

Det är inte människor som har bråttom, utan vecka efter vecka präglas av bristande drivkraft. Allt kan göras imorgon. Inte idag, utan imorgon. Till och med att få till stånd möten med andra människor som är viktiga. Och till att faktiskt sköta om sig själv. Allting kan göras en annan dag. Jag sätter mig framför datorn, jag sitter här tills jag nästan... tills jag måste sluta för jag är på väg att kräkas, och sen så sover jag tills jag lyckas vakna igen och sen så sätter jag mig åter igen... Alltså det är något repetitivt över det hela. Där livet står stilla (...) när människor faktiskt gjort någonting, då är det inte sällan att de gett sig iväg till något shoppingcenter, handlat, gått till Nordstan, åkt till Ikea. De gör det här som jag tror snarare bara tjänar till att väldigt, väldigt kortsiktigt täcka över ett lidande, och i vissa fall bara skapar mer ångest.”

(Psykolog 1)

Den gemensamma uppfattningen var att dödsmedvetenhet eller närvaron av dödsångest är en nödvändighet för att meningsfulla saker skulle ske i patientens liv. Frånvaro av dödsångest resulterar i likgiltighet i livet.

”De kan inte leva fullvärdiga liv, just för att de inte har dödsångest. Eller att de inte är närvarande i att det kommer att ta slut. Jag tror att det är en förutsättning. Och jag ska inte säga att jag själv personligen är närvarande i att livet kommer ta slut. Man vill ju inte tänka på det. Men patienterna, de skulle behöva... jag tror att det skulle vara bättre för dem och jag tror att de skulle göra lite andra saker om de hade lite mer medvetenhet om livets begränsning.”

(Psykolog 4)

Ett återkommande tema var även att dödsmedvetenhet ansågs vara en förutsättning för ett autentiskt liv och meningsfull existens; ett samband som beskrevs som iakttagbart även i det terapeutiska rummet. Patienter som blev påmindas om döden och livets ändlighet, t.ex. genom en cancerdiagnos eller förlust av en förälder, hade en ökad önskan om att ta till vara på sitt eget liv och tiden som fanns kvar.

”Om en person blir medveten om sin ändlighet och medveten om tidens gång, då blir det viktigt att bevara någonting. Viktigt att välja och välja bort på allvar i sitt eget liv.”

(Psykolog 2)

Religionens lindrande verkan. Flera av psykologerna uttryckte att de observerat hur religionen kunde fungera tröstande genom att tanken på döden blev mer hanterbar för patienten och trosuppfattningen beskrevs som lindrande mot dödsångest. Religionen tolkades även som en form av förnekande om att livet tar slut. Psykologerna uttryckte även att en del patienter hade behov av att vända sig till gud när de påmints om döden, t.ex. i samband med sjukdom, även i de fall där patienterna inte hade varit troende tidigare. Religionen beskrevs som en tröst som den icke-troende människan inte hade tillgång till.

”Talar du med muslimer, är det ofta en ganska levande del av deras tillvaro. Men pratar man om oss i ”västerlandet” så är det ofta någonstans en brist, ett tomrum, så att säga. Där gud inte har en så levande plats, inte så stor tyngd. Man tror inte på så mycket längre, det är inte meningsbärande. Tidigare fick man en del svar och man kunde få en tröst i kyrkan eller genom bibeln eller genom de här berättelserna. Det var möjligt att på något sätt... man tänkte sig rent bokstavligen, att efter döden så kommer man in i något nytt. Man kommer till himlen. Eller jag får möta mina nära och kära som dött innan mig. Det finns något väldigt tröstrikt i det.”

(Psykolog 6)

”(...) man kan ju på sätt och vis avundas den troende människans tröst. Att det finns en möjlighet att träffa dem man förlorat igen. Att de förmågor vi mister i detta liv kanske vi återfår i nästa. Att lidandet vi tvingas utstå har en mening. Där har den troende människan tillgång till en tröst, som den icke-troende människan inte har.”

(Psykolog 3)

Ett återkommande tema var att avsaknaden av trosuppfattningar i västvärlden och dagens samhälle kunde resultera i en upptagenhet av materiella ting. Psykologerna sammankopplade även en upptagenhet av skönhet, hälsa och konsumtion med att en djupare meningskategori saknades i individens liv.

”Idag tror jag att döden på något sätt är mycket hemskare, för det kommer ingen yttersta dag, tror de flesta, där vi ska möta vår herre. Utan man blir bara jord på något sätt. Så det finns ingen lindring i att tänka den tanken. Och det finns inte heller några ideal [som säger att] gud har sagt att du ska göra massa grejer, det vill säga att han har en plan för mig, och att jag kan vara lugn. Den tanken är borta. Utan nu ska jag på så kort tid som möjligt skaffa

mig så mycket som möjligt. Upplevelser, kärlek, utbildning. Frånvaro av sjukdom.”

(Psykolog 5)

Förnekande av döden i vår kultur. Jag frågade psykologerna vilka psykologiska försvarsmekanismer mot dödsångest som identifierats i det terapeutiska rummet. Flera av psykologerna sa att de identifierat förnekande av döden såväl på individnivå som på samhällsnivå. Psykologerna exemplifierade hur vår tids upptagenhet av konsumtion, hälsa och skönhet kunde tolkas som ett sätt att undkomma insikten om att livet kommer att ta slut.

”De här försvarsmekanismerna har jag mött på en individuell nivå, men jag vill också fästa uppmärksamheten på att vi lever i en tid där vi har ett kollektivt sätt att tala och tänka, och en bisarr upptagenhet av hälsa, som om vi skulle kunna leva för evigt eller undslippa döden.”

(Psykolog 3)

Sökande efter direkt tillfredsställelse i form av alkohol, droger och shopping beskrevs också av psykologerna som ett sätt att undkomma den oundvikliga gräns som döden innebär. Den kapitalistiska kulturen beskrevs vara driven av en narcissism och narcissismen beskrevs som ett tillstånd ”där tiden står stilla”. Narcissisten beskrevs som så upptagen av sig själva att denne missar att tiden går.

”I vår kapitalistiska kultur förespeglas vi att döden inte finns, vi kan alltid vara unga och välja på nytt. Vi kan alltid vara vackra och ordnade och fixa till.”

(Psykolog 8)

Ett annat återkommande tema var att vårt samhälle uppmuntrade individen till att tänka att livet är oändligt, och att det inte längre finns någon specifik tid för specifika handlingar. Det beskrevs som ett nutida fenomen som sammankopplades med patientens tendens att skjuta upp saker.

”Jag tycker att för många patienter kommer till mig med frågor 10 år för sent. Att det är något som har hänt. Att de [patienterna] inte gjorde det när jag började år -97. Men detta har eskalerat, att de kommer med frågor för sent. Jag tror att det hör ihop med detta... och att samhället inte diskuterar villkoren för vårt liv. Att vi är postmoderna.”

(Psykolog 5)

Huvudtema 3: Nödvändigheten av dödsångest i terapi

Ett av studiens syften var att undersöka hur effekten upplevdes av att beröra temat döden och livets ändlighet inom psykoterapi. En gemensam upplevelse bland psykologerna var bristande förtroende för terapi som inte berör temat döden.

”Jag tror inte mycket på en terapi som inte vågar beröra döden. Jag tror att det är absolut grundläggande för att vara människa och för att göra något konstruktivt av sitt liv, att vara i kontakt med sin egen ändlighet.”

(Psykolog 2)

”Det är ingen terapi värd namnet om inte frågan finns.”

(Psykolog 7)

Den gemensamma uppfattningen var att det brukade vara välgörande för patienten att bli mer medveten om döden och livets ändlighet, i den mån döden fungerar som en gräns för den mänskliga existensen. Det talades om att en sådan medvetenhet även kunde leda till ökad önskan hos patienten att åstadkomma saker och på så vis fungerar dödsinsikten som en existentiell drivkraft.

”Döden, kastrationen, underkastandet av någon lag, är kreativt. Den [tanken] tänker jag är viktig för terapin. Alltså den totala friheten, tidlösheten och odödligheten, är konstigt nog inte kreativa för människan. Däremot är gränsen det. Den är produktiv, den skapar något. Och dödens absoluta gräns skapar också någonting. Till exempel [idén att] lämna över något efter sin död, något konstverk.”

(Psykolog 5)

Flera av psykologerna uttryckte även att ökad dödsmedvetenhet kunde leda till att patienten kom i kontakt med sorg, och att sorg ansågs ha en läkande effekt. Dödsmedvetenhet ansågs även leda till en ökad insikt om livets gränser och vad som därigenom är möjligt att åstadkomma. Detta upplevdes dock vara svårt att åstadkomma i arbetet med psykiatriska patienter.

”Att kanske sörja mer, att vara mer i kontakt med sorg över livets ändlighet. Och över att det som man lyckats åstadkomma hittills inte har blivit det man önskade. Och nu finns det bara den här begränsade tiden kvar. Vad är rimligt för mig, i den tid som blir kvar. Det vore ett jättebra psykoterapeutiskt arbete om man kunde befinna sig i den där dimensionen, men där är man nästan aldrig när det gäller psykiatriska patienter.”

(Psykolog 4)

Den gemensamma upplevelsen var att det fanns mycket att vinna på terapi där frågor kring döden och livets ändlighet kunde beröras på ett djupare plan.

”Jag tror att vi skulle ha mycket att vinna när det gäller psykoterapi, om vi öppnade upp mer för de här djupare mänskliga dimensionerna i samtalen, de som berör grunden för oss människor och som ju döden är en huvuddel i. Mer än att snabbt försöka fixa till människor och få dem i arbete. Det behövs något lite djupare också.”

(Psykolog 8)

Slutligen påpekades det att medan det kan vara välgörande för patienten att tala om döden och livets ändlighet, så betonades det samtidigt att temat döden bör tas upp med andakt; det bör göras vid rätt tid och vid rätt tillfälle, och inte på ett ”stolpigt sätt”.

”Det är inte självklart att man alltid ska upp det temat. Det handlar om att förstå när han eller hon är mottaglig för att tala om de sakerna.”

(Psykolog 2)

Diskussion

Studien syftade att undersöka 1) kliniskt verksamma psykologers erfarenhet av samtal kring döden och livets ändlighet, 2) på vilket sätt dödsångest (eller frånvaro av dödsångest) tar sig uttryck i det terapeutiska rummet, samt 3) hur effekten upplevs av att beröra temat döden och livets ändlighet inom psykoterapi.

Studiens resultat indikerade att tematiken livets ändlighet och livets begränsningar är mer centrala teman i terapirummet än explicit uttryckt dödsångest. Psykologerna upplevde att patientens dödsångest kan vara medveten såväl som omedveten: en del patienter talade explicit om att de var rädda för att dö, vilket brukade ske i samband med hälsoångest, vid allvarlig sjukdom eller i samband med att en närstående avlidit. Psykologerna uttryckte även att dödsångest kunde vara omedveten men att det är svårt att dra slutsatser om det omedvetna. Patienterna upplevdes ha för lite medvetenhet om att livet kommer att ta slut och det talades om förnekande av döden. Frånvaro av dödsångest kopplades till prokrastinering, patientens tendens att skjuta upp viktiga saker i livet och att slösa bort tid. Den gemensamma uppfattningen var att det ofta hade god effekt att lyfta frågan om döden i det terapeutiska rummet och att därmed öka patientens medvetenhet om att livet kommer att ta slut. Ökad dödsmedvetenhet sammankopplades med en existentiell drivkraft hos patienten och det fanns bristande förtroende för psykoterapi där temat döden inte berörs. I avsnitten nedan diskuteras studiens viktigaste fynd med utgångspunkt i de formulerade frågeställningarna, och med efterföljande avsnitt om studiens slutsatser, begränsningar och förslag till framtida forskning.

Vad har kliniskt verksamma psykologer för erfarenhet av samtal kring döden och livets ändlighet? De intervjuade psykologerna hade observerat olika typer av dödsångest hos sina patienter; en ångest förknippad med att patienten själv ska dö samt en omedveten dödsångest, vilket överensstämmer med ovan beskrivna teorier om att det finns olika former av dödsångest (Feifel, 1959; Kastenbaum & Costa, 1997). Explicit dödsfruktan var bl.a. förekommande vid hälsoångest: ett samband som påvisats i tidigare forskning (Kellner et al., 1987). Ibland kunde rädslan för döden eller en akut dödsfruktan härledas till att det hade hänt traumatiska saker i patientens liv som denne inte varit i kontakt med. Detta fenomen kan kopplas till Freuds (1915/1952) definition av dödsfruktan som benämns thanatofobi. Enligt Freud (1915/1952) kan människan inte frukta döden eftersom döden aldrig upplevts, och enligt Freuds resonemang bottnar en explicit uttryckt dödsfruktan i en olöst omedveten konflikt. I relation till intervjusvaren väcker detta frågan huruvida patientens medvetna dödsångest verkligen bottnar i en underliggande rädsla för att dö, eller om manifest dödsångest kan vara uttryck för en annan rädsla eller en omedveten konflikt. Enligt Catlett & Firestone (2009) kan psykiska besvär bottna i underliggande dödsångest, där såväl regressiva som självdestruktiva beteenden tolkas som försvar mot dödsångest. Frågan väcks huruvida det motsatta förhållandet råder: kan explicit dödsångest, t.ex. i form av panikångest eller hälsoångest, bottna i annan problematik som tar sig uttryck som rädslan för döden? Psykologerna trodde sig även ha observerat omedveten dödsångest men påpekade svårigheten i att uttala sig om huruvida det handlade om dödsångest. Hur ska man kunna dra slutsatser om det omedvetna? Tanken om att dödsångest kan vara omedveten och att den kan ta sig uttryck i andra symptom är däremot ett resonemang förankrat i

tidigare forskning (Becker, 1973; Catlett et al., 2012; Hayslip, 2003; Feifel, 1959; Greenberg et al., 2015; Kastenbaum & Costa, 1997).

På vilket sätt tar sig dödsångest (och frånvaro av dödsångest) uttryck i det terapeutiska rummet? Psykologerna beskrev att dödsångest tog sig olika uttryck beroende på patientens ålder, där unga patienter upplevdes ha fler illusioner om att det finns obegränsat med tid och att livet är oändligt. Forskning pekar på att förnekande av döden är vanligt förekommande (Becker, 1973; Lifton, 1979; Greenberg et al., 2015; Hayslip, 2003) och även att illusioner om osårbarhet och odödlighet anses kunna lindra individens dödsångest (Becker, 1973; Taylor & Brown 1988). Det observerades av de intervjuade psykologerna att unga patienter ägnar sig åt fler risk- och utagerande beteenden än äldre, vilket skulle kunna tolkas som ett uttryck för svårigheten att förhålla sig till döden på ett adaptivt sätt i denna patientgrupp. Denna observation kan relateras till Yaloms (2009) tankegångar om riskfyllda beteenden som ett sätt att hantera en underliggande dödsångest hos unga människor. En av psykologerna berättade om patienter som drabbats av dödsångest som barn, i form av en tvångsmässig rädsla för att sluta andas, vilket senare i tonåren övergått i kriminella beteenden och därefter i hälsoångest. Även denna upplevelse kan härledas till Yaloms (2009) teori om att riskfyllda beteenden och psykisk ohälsa utvecklas p.g.a. en underliggande dödsångest som inte hanterats adekvat i barndomen. Det väcker frågan kring i vilken utsträckning dödsångest uppmärksammas hos barn i kliniska sammanhang och huruvida dödsångest senare kan övergå i olika riskbeteenden och i annan psykopatologi.

Psykologerna uttryckte däremot att de flesta patienterna, oberoende av ålder, uppvisade en frånvaro av dödsångest och en bristande medvetenhet om att livet kommer att ta slut. Förnekande av döden hos patienterna ansågs bl.a. ta sig uttryck i upptagenhet av oväsentligheter och triviala problem och denna observation kan kopplas till tidigare teorier om att praktiska problem kan lindra dödsångest då de upplevs som hanterbara än tanken om dödens oundviklighet (Greenberg et al., 2015). Förnekande av döden genom distraktioner och positiva illusioner har även kopplats till ökad upplevelse av kontroll över den egna tillvaron, och till en lägre nivå av dödsångest (Taylor & Brown 1988; Greenberg et al., 2015). Psykologerna talade om den nutida individens tendens att söka direkt tillfredsställelse i form av alkohol, droger och shopping som ett sätt att undkomma tanken på livets ändlighet. Dessa former av direkt tillfredsställelse kan kopplas till tidigare teorier om att döden kan förnekas genom distraktioner (Becker, 2015; Greenberg et al., 2015). De intervjuade psykologerna tolkade patienternas illusion om odödlighet som dysfunktionellt, i kontrast till en del tidigare forskning där förnekande av döden ansågs vara adaptivt (Becker, 1973; Taylor & Brown, 1988)

Psykologerna upplevde att förnekande av livets ändlighet kunde bli dysfunktionellt genom att det kunde leda till uppskjutande av betydelsefulla livsaspekter (t.ex. att få barn), prokrastinering och till att patienten slösade bort viktig tid. Föreställningen om att livet saknar slut ansågs även resultera i bristande drivkraft och att patienten blir benägen att söka direkt tillfredsställelse istället för att sträva efter mer långsiktiga mål, och detta ansågs öka patientens lidande på lång sikt. Psykologerna uttryckte vidare att medan tanken på döden kunde resultera i en akut dödsångest hos patienten, var det samtidigt kliniskt observerbart att ökad dödsmedvetenhet kunde resultera i ökad vilja att åstadkomma viktiga saker i livet. Insikten om att livet kommer att ta slut kopplades även till en minskad tendens till uppskjutande hos patienten: en observation som kan härledas till filosofiska tankegångar om dödsmedvetenhet som en nödvändighet för en meningsfull existens (Heidegger, 1927/2008). Omedvetenhet om

att livet kommer att ta slut ansågs däremot resultera i mer tillfällig ångestlindring hos patienten, vilket kan kopplas till Heideggers (1927/2008) tanke om att likgiltighet kring livet och döden kan ha en lugnande effekt.

Psykologernas upplevelse av patienternas tendens till uppskjutande och bortslösande av tid skulle tolkas som olika former av självförnekande genom att dessa beteenden hindrar patienten från att ta vara på livets möjligheter. Filosofiska tankegångar tolkade självförnekande som en omedveten strategi för att lindra dödsångest och grundas i tanken om att ökad livsglädje skapar dödsångest i och med insikten att det finns mer att förlora i samband med döden (Kierkegaard, 1849/2009; Sartre, 1943/1956). Rädslan för döden koppas till rädslan för att leva och dödsmedvetenhet tros därmed kunna resultera i en omedveten önskan att sabotera eller begränsa det egna livet. Catlett & Firestone (2012) exemplifierar vidare hur patientens dödsångest kan lindras genom självförsummelse och med det som benämns med begreppet mikro-suicid; dödandet av livsglädjen. Att patienternas likgiltighet och uppskjutandetendenser bottenar i en omedveten strategi att undvika dödsångest är osäkert, men den gemensamma uppfattningen fanns bland de intervjuade psykologerna att det skulle vara bättre för patienterna om de blev mer medvetna om döden: att det skulle kunna innebära att något mer meningsfullt kan ske i deras liv som i sin tur skulle kunna minska deras lidande. Detta resonemang kan kopplas till Sartres tankegång om att den som har en meningsfull existens kommer att uppleva minskad dödsångest (Sartre, 1943/1956). De intervjuade psykologerna upplevde vidare att betydelsefulla livsupplevelser såsom föräldraskap ansågs väcka dödsångest hos patienterna och hänvisade till att rädslan att förlora något blev mer påtaglig i samband med dessa livshändelser, vilket överensstämmer med resonemanget att livsglädje kan resultera i ökad dödsångest (Catlett & Firestone, 2012).

Hur upplevs effekten av att beröra temat döden och livets ändlighet inom psykoterapi? Effekten av att aktualisera frågor kring döden och livets ändlighet ansågs vara välgörande för patienten. Ett intressant fenomen som iaktogs var att ökad medvetenhet kring döden och livets ändlighet kopplades till en mer meningsfull existens i kliniska sammanhang, t.ex. genom patientens ökade vilja att åstadkomma meningsfulla saker och att inte skjuta allt på framtiden. Denna kliniska observation kan kopplas till teorier om att både sorgen och döden kan resultera i skiftningar i prioriteringar och i ökad livsglädje på längre sikt (Tedeschi & Calhoun, 1996). Några av psykologerna uttryckte att de kliniskt observerat sambandet mellan dödsångest och autenticitet genom att dödsmedvetenhet kunde få patienten att komma i kontakt med mer sanna föreställningar om vad denne vill förverkliga. Observationen kan härledas till existentiella tankegångar om att dödsångest inbjuder möjligheten till autenticitet, medan ett icke-autentiskt liv är en konsekvens av att dödsångest förnekas eller undviks (Kierkegaard, 1849/2009). Psykologerna upplevde att patientens insikt om livets ändlighet kunde resultera i sorg, men att denna sorg kunde ha en läkande verkan. Denna upplevelse kan kopplas till Heideggers tanke om att konfrontation med döden är en nödvändighet för att frigöra sig från en underliggande dödsångest (Craig, 2009).

Att konfronteras med döden kunde innebära en akut tillfällig dödsångest hos patienten hävdade de intervjuade psykologerna. Däremot beskrevs konfrontationen som välgörande då den kunde väcka en önskan hos patienten att ägna sig åt mer meningsfulla saker. Denna önskan om fullbordande kan kopplas till symbolisk odödlighet (Lifton, 1979), t.ex. i form av kreativt skapande, att skaffa barn eller att vända sig till gud. I samband med ökad dödsmedvetenhet ökade även patientens vilja att

skapa något: en klinisk observation som kan kopplas till Liftons (1979) teori om att strävan efter kreativ symbolisk odödlighet kommer att öka i samband med en högre nivå av dödsångest. Illusioner om kvarlevande efter döden kan anses som mer adaptiva i jämförelse med andra former av direkt förnekande av döden, t.ex. att slösa bort tid genom distraherande aktiviteter såsom shopping eller datorspelande. Beteenden som inger upplevelsen av symbolisk odödlighet kan således tolkas som ett mer adaptiva sätt att hantera dödens oundviklighet än förnekande. I framtida forskning kanske det kan finnas anledning att vidare undersöka den kortsiktiga respektive mer långsiktiga effekter av att döden förnekas. Att förnekande resulterar i tillfällig ångestlindring är uppenbart, men det finns anledning att tänka att det är destruktivt på längre sikt.

Denna studie tyder på att ökad dödsmedvetenhet kan vara adaptiv, men frågan är huruvida tematiken döden bör beröras i större utsträckning i det terapeutiska rummet än vad som görs i dagsläget. Det beskrevs som ovanligt att patienten spontant tar upp döden och livets ändlighet i det terapeutiska rummet, bortsett från i de sammanhang när denne blir påmind om döden på olika sätt. Psykologerna upplevde även att ett motstånd väcktes hos patienten när det handlade om att medvetandegöra livets ändlighet. Denna kliniska observation som kan härledas till att Catlett & Firestones (2012) tanke om "det ultimata motståndet" inom psykoterapi, som innebär att defensiva försvarsmekanismer aktiveras när patienten blir påmind om döden. Medan de intervjuade psykologerna ansåg att det var välgörande för patienter att bli påmind om livets ändlighet, beskrevs det samtidigt som en svårighet att befinna sig i denna dimension. Det väcker frågan på vilket sätt döden och dödens tematik bör aktualiseras i det terapeutiska rummet.

Studiens begränsningar. Av studiens intervjudeltagare hade sju av åtta psykologer erfarenhet av kliniskt arbete inom såväl offentlig som privat verksamhet. En begränsning med studien är risken att vissa av psykologerna främst hänvisade till patienterna inom privat verksamhet, medan andra återgav erfarenheter från arbetet med patienter inom offentlig verksamhet. Forskning visar att god socioekonomisk status och högre utbildning är relaterat till något lägre dödsångest (Kastenbaum, 2000), och det finns anledning att tänka att patientgruppen som går i psykoterapi hos en privatpraktiserande psykolog skiljer sig från patientgruppen inom specialistpsykiatri avseende dessa faktorer. De intervjuade psykologerna ansåg även att personlighetsstruktur kunde påverka nivån av dödsmedvetenhet och dödsångest hos patienten, där neurotiskt strukturerade patienter beskrevs som mer upptagna av att livet kommer att ta slut i jämförelse med patienter med borderlinestruktur. En av psykologerna sa att jag skulle få andra svar om jag talade med psykologer utanför specialistpsykiatri. Studiens syfte var explorativt och tanken var att undersöka psykologers upplevelse av dödsångest i alla patientgrupper. I en liknande framtida studie kan det däremot finnas anledning skilja dessa patientgrupper åt, i den mån det finns en önskan om ökad generaliserbarhet.

Slutsatser och förslag till framtida forskning. Ett av studiens fynd är hur dödsångest beskrevs som förlamande såväl som välgörande för patienten. Dödsångest upplevdes ge upphov till akut ångest men samtidigt tolkades den långsiktiga effekten av dödsångest vara positiv. Dödsångest sammankopplades med ökad drivkraft, en meningsfull existens samt en minskad tendens till uppskjutande. De intervjuade psykologerna upplevde att patienter som saknade medvetenhet att livet kommer att ta slut och att dödsångest lindrade sin ångest genom tillfälliga former av förnekande men som på längre sikt ansågs ge upphov till mer ångest. I kontrast upplevdes illusioner om kvarlevande efter döden (symbolisk odödlighet) som mer adaptiva. Med utgångspunkt i

studiens fynd att terapeutiska samtal kring döden är välgörande för patienten kan ett viktigt framtida forskningsområde vara på vilket sätt tematiken döden och livets ändlighet ska tas upp inom ramen för psykoterapi. Min personliga erfarenhet är att temat är utforskat: efter fem års studier på psykologprogrammet kan jag inte erinra mig att dödsångest överhuvudtaget berörts inom ramen för psykologisk behandling. Hur skulle patienten kunna medvetandegöras om livets ändlighet i större utsträckning än i dagsläget? Ett annat relevant forskningsområde skulle vara på vilket sätt dödsångest skiljer sig beroende på patientens personlighetsstruktur. Vidare är det av relevans att undersöka huruvida dödsångest i ung ålder kan relateras till utvecklande av psykisk ohälsa senare i livet. I denna studie undersöktes psykologers upplevelse av patienters dödsångest. Ett intressant framtida forskningsområde skulle vara att undersöka patienters upplevelser av dödsångest, och huruvida den skiljer sig från psykologernas upplevelse.

Referenser

- Becker, E. (1997). *The Denial of Death*. New York City: Free Press.
- Beggs, J. R. (2000). *The relationship between attachment style and death anxiety as related to a romantic partner*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 5231.
- Blass, Rachel B. On 'the fear of death' as the primary anxiety: how and why Klein differs from Freud. *International Journal of Psychoanalysis*, 95: 613–627. Blass, R. B. (2015)
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Carse, J. (1980). *Death and Existence: A Conceptual History of Human Mortality*. New York: John Wiley
- Catlett, J., Firestone, L., & Firestone, R., (2012). *The Self Under Siege: A Therapeutic Model for Differentiation*. London: Routledge
- Craig, M. (2009). To be or not to be: Understanding authenticity from an existential perspective. *Existential Analysis*, 20(2), 292-298.
- Durlak, J. A., & Kass, R. A. (1982). Clarifying the measurement of death attitudes: A factor analytic evaluation of fifteen self-report death scales. *Omega: Journal of Death & Dying*, 12, 129–141.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1986). *Vital Involvement in Old Age*. New York: Norton.
- Feifel, Herman (1959). *The Meaning of Death*. New York: McGraw-Hill.
- Firestone, R., (1987). *The Fantasy Bond: Structure of Psychological Defenses*. Los Angeles: Glendon Association
- Firestone, R., (2014). The Ultimate Resistance. *Journal of Humanistic Psychology* published online 28 March 2014 DOI: 10.1177/0022167814527166
- Firestone, R. W. (1987). *Destructive effects of the fantasy bond in couple and family relationships*. *Psychotherapy: Theory*, 24, 233-239.
- Firestone, R. W. (1993). Individual defenses against death anxiety. *Death Studies*, 17, 497-515.

- Firestone R. W., Catlett J. (2009). *Beyond death anxiety: Achieving life-affirming death awareness*. New York, NY: Springer.
- Freud, S. (2009). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. New York: General Books Llc.
- Freud, S. (1952). Thoughts for the times on war and death (E. C. Mayne, Trans.). In R. Hutchins (Ed.), *The major works of Sigmund Freud* (Vol. 54, pp. 755–766). Chicago: Encyclopaedia Britannica. (Original work published 1915.)
- Freud (1856–1939/1920). *A General Introduction to Psychoanalysis*. New York : Horace Liveright
- Furer, P. & Walker, J. (2008) Death Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, (22), 2, 167-182.
- Greenberg, Solomon & Pyszczynski (2015). *The Worm at the Core: On the Role of Death in Life*. New York: Allen Lane.
- Hayslip B. (2003) Death denial: Hiding and camouflaging death. *Handbook of Death and Dying*. 34-42. DOI: 10.4135/9781412914291
- Heidegger, M. (2008). *Being and Time*. New York: Harper Perennial Modern Classics.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Higgins, E. T. (1989). Self-discrepancy theory: What patterns of self-beliefs cause people to suffer? In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 22, pp. 93-136). New York: Academic Press.
- Igra, L. (2002). *Objektrelationer och psykoterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kastenbaum, R. (2000). *The psychology of death* (3rd ed.). New York: Springer Publishing.
- Kastenbaum R, Costa PT Jr. (1997) Psychological perspectives on death. *Annual Review of Psychology*. 28: 225-249.
- Kellner, R., Abbott, P., Winslow, W. W., & Pathak, D. (1987). Fears, beliefs, and attitudes in DSM-III hypochondriasis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 20–25.
- Kierkegaard, S. (2009). *The Sickness Unto Death*. London, UK: Createspace.
- Klein, M. (2002) *Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921–1945* (Writings of Melanie Klein). New York: Free Press
- Langs, R. (2004). Death anxiety and the emotion-processing mind. *Psychoanalytic Psychology*, vol. 21, no.1, 31-53.
- Langs, R. (2008). Unconscious Death Anxiety and the Two Modes of Psychotherapy. *The Psychoanalytic Review*: Vol. 95, The Psychoanalyst's Intentions, pp. 791-818.
- Lifton, R. (1996) *The Broken Connection: On Death and the Continuity of Life*. American Psychiatric Publishing (first published 1979).
- Malterud K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Studentlitteratur
- Port, C., Engdahl, B., Frazier, P., & Eberly, R. (2004). Factors related to the long-term course of PTSD in older ex-prisoners of war. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8(3), 203-214. doi: 10.1023/A:1015996211452
- Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, Morphet J, Shimoinaba K (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *Open Nurs J*. 7: 14–21.
- Robinson, P. J. & Wood, K. (1984). *Fear of death and physical illness: A personal*

- construct approach*. PMID: 10263690 DOI: 10.1080/07481188308252163. In F. R. Epting & R. A. Neimeyer (Eds.). Washington, DC: Hemisphere.
- Sagi, A. (2002). *Albert Camus and the Philosophy of the Absurd*. Amsterdam: Rodopi.
- Sartre, J. (1956). *Being and nothingness: An essay on phenomenological ontology*. New York: Philosophical Library.
- Schimel, J., Hayes, J., Williams, T., & Jahrig, J. (2007). Is death really the worm at the core? Converging evidence that worldview increases death-thought accessibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 789-803.
- Taylor, S.E.; Brown, J. (1988). "Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health". *Psychological Bulletin*. 103 (2): 193–210.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471.
- Yalom, I. (2009). *Staring at the Sun: Overcoming the Terror of Death* (1st ed.). San Francisco: Jossey-Bass

Bilaga 1

Intervjufrågor

1. Skulle du vilja börja med att berätta om ditt jobb: Vad har du för erfarenhet av att arbeta som psykolog, och vad träffar du för patienter inom ditt yrke?

Följdfråga (om ej anges): arbetar du offentligt, privat, eller både och?

Okej, tack! Dödsångest innebär ”den fruktan, oro eller ångest som uppstår när individen grips av tanken på döden eller av att upphöra att existera”. Dödsångest kan vara en direkt fruktan för döden, men den kan också vara av mer existentiell karaktär. Existentiell dödsångest är den ångest som uppstår genom vetskapen om existensen som tidsbegränsad, d.v.s. ångest relaterat till tanken om att livet inte komma vara för evigt. I min studie, och i den här intervjun, vill jag undersöka all typ av dödsångest.

2. ... så min inledande fråga är: har du erfarenhet av att samtala kring döden och livets ändlighet med dina patienter?

3. Upplever du att frågor som sammanfaller med döden och livets ändlighet, och det som i litteraturen benämns som dödsångest, är ett centralt tema i det terapeutiska rummet?

4. Upplever du att döden och livets ändlighet är ett mer självklart tema bland vissa patienter, jämfört med andra?

Följdfråga (om ej anges specifikt): Med vilka patienter anser du att döden och livets ändlighet är ett vanligt förekommande tema i det terapeutiska rummet? Och med vilka patienter är det mindre förekommande?

Följdfråga (om terapeuten svarar nej på ovanstående fråga): Upplever du att dödsångest blir ett mer självklart tema bland dem som på något sätt erfarit eller varit i kontakt med döden? T.ex. förlorat en förälder eller syskon, haft en nära-döden-upplevelse, med egna ögon sett att någon blivit dödad, själv dödat någon, eller upplevt någon annan form av traumatisk händelse?

5. I det terapeutiska rummet, skulle du säga att du aktivt lyssnar efter en underliggande dödsångest och fruktan inför döden?

Följdfråga, om ja: (givet att terapeuten inte exemplifierar): På vilket sätt skulle du säga att temat döden finns i bakhuvudet hos dig när du samtalar med patienter?

Följdfråga, om nej: Gå vidare till nästa fråga.

6. Tar du upp temat döden med dina patienter, eller är det snarare så att du väntar med att tala om detta tema till dess att patienten själv tar upp döden och dödens problematik?

Följdfråga (om terapeuten inte själv tar upp temat döden i det terapeutiska rummet): Hur vanligt är det att dina patienter talar om döden och livets ändlighet eller själva tar upp temat döden i terapin?

7. Anser du att dödsångest är medveten eller omedveten? (Givet att terapeuten har märkt av dödsångest hos sina patienter)

8. Vilka psykologiska försvarsmekanismer mot dödsångest har du identifierat hos dina patienter?

Följdfråga: Forskning och litteratur kring dödsångest tar upp en del försvarsmekanismer som tros vara kopplade till dödsångest och rädslan för döden. Jag kommer ge några exempel på sådana försvarsmekanismer, så kan du berätta för mig om det är något som du känner igen, och om du upplever att det kan finnas någon koppling mellan dessa och dödsångest.

(Om psykologen inte kan identifiera eller erinra sig några försvarsmekanismer hos patienten kopplade till döden och dödsångest så kommer försvarsmekanismer med förankring i tidigare forskning att exemplifieras, med den efterföljande frågan om psykologen identifierat några av dessa, och om hen själv observerat dessa kliniskt, och anser att de kan vara relaterade till dödsångest. Försvar som exemplifieras är förnekande (direkt förnekande samt indirekt förnekande/symbolisk odödlighet), regression och ovilja till differentiering, mikro-suicidalt och självdestruktivt beteende, psykiska sjukdomar, separationsångest och s.k. fantiserad fusion).

9. Skulle du säga att det finns det några specifika livssituationer, då patienten upplever intensiv livsglädje och livslust, då du upplever att patientens dödsmedvetenhet även är närvarande? (Med andra ord: Upplever du att det finns en koppling mellan rädslan för döden och rädslan för att leva, och hur utmärker sig denna rädsla i det terapeutiska rummet?)

Följdfråga (givet att terapeuten inte exemplifierar): upplever du att vissa livssituationer, t.ex. att bli gravid, att bli förälder, att gifta sig, att gå på bröllop och begravningar, eller liknande händelser, kan öka upplevelsen av dödsångest eller dödsmedvetenhet hos patienten?

10. Upplever du, baserat på din kliniska erfarenhet som psykolog, att det finns en

koppling mellan dödsångest och patientens val att leva ett autentiskt och fullvärdigt liv?

11. Teorier och forskning kring dödsångest tar upp ett fenomen som benämns *mikro-suicidalt beteende*. Har du hört talas om detta fenomen? (förklara begreppet)
Upplever du, baserat på din kliniska erfarenhet, att det finns kopplingar mellan dödsångest och sådant mikro-suicidalt beteende, hos dina patienter?

12. Hur upplever du kopplingen mellan dödsångest/rädslan för döden och suicid/själv-mord?

12. Upplever du, baserat på din kliniska erfarenhet, att det finns en koppling mellan rädslan för döden och psykiska sjukdomar?

Följdfråga (om ja): Vilka psykiska sjukdomar upplever du är kopplade till dödsångest?

13. Har du märkt av några skillnader avseende dödsångest beroende på patientens ålder? D.v.s. upplever du att (eventuell) dödsångest på något sätt skiljer sig åt mellan yngre och äldre patienter?

14. Anser du att dödsångest är ett utforskat tema i kliniska sammanhang?

Följdfråga (Givet att terapeuten inte specificerar): På vilket sätt upplever du att dödsångest är ett utforskat/utforskat område, baserat på din kliniska erfarenhet?

15. Baserat på din kliniska erfarenhet, vad tänker du kring att psykoterapi inte berör temat döden, dödsångest och livets ändlighet? Och hur upplever du effekten av att patienten görs medveten om, eller får tillgång till dessa moment?

Följdfråga (om ej specifikt anges i ovanstående fråga): Upplever du att det hjälper patienten att tala om döden, dödsångest och livets ändlighet, i det terapeutiska rummet (givet att det samtalats kring dessa teman inom ramen för psykoterapi)?

