

**En teoretisk undersøgelse af angst i forbindelse  
med brystkræft set ud fra et eksistentielt og  
psykodynamisk perspektiv**

Maria Sederstrøm Kristensen, UK-V, Studienummer: 20104190

Rapportens samlede antal tegn: 184.666  
Svarende til antal normalsider: 76,9

10.semester, Kandidatspeciale i  
Psykologi

Vejleder: Mette Thuesen

Aalborg Universitet  
16. september, 2015

Dette speciale er udarbejdet af:

---

Maria Sederstrøm Kristensen

## **Abstract**

This study examines the understanding and treatment of anxiety related to breast cancer from an existential and a psychodynamic perspective.

To explore the aspects of anxiety related to breast cancer this study makes use of a number of psychological theories with foundation in existential and psychodynamic theories. This is supplemented with the use of literature and empirical studies on health psychology, supporting the existential and psychodynamic theories, when investigating the understanding and treatment of women with anxiety caused by breast cancer.

To investigate the existential perspective on anxiety related to breast cancer the focus is mainly on the assumption that anxiety appears when the individual is confronted with four existential life conditions; death, freedom, isolation and meaninglessness.

The psychodynamic perspective explores the anxiety experienced by women with breast cancer by focusing on different theories on anxiety. The development of anxiety in women with breast cancer can be understood to be caused by the reproduction of one or more traumatic experiences during early childhood, or as separation anxiety caused by separation or threat of separation from primary caretakers. Furthermore, anxiety can also be caused by a traumatic incident such as breast cancer, depending on the individual's vulnerability. Another factor that potentially may increase the anxiety in women with breast cancer is the women's own narcissistic traits as they feel an inability to live up to the ideals of the modern society.

When treating women with anxiety related to breast cancer using existential psychotherapy, the focus is mainly on the therapeutic relationship. In addition to this, existential psychotherapy concentrate on the four existential life conditions mentioned above, in an attempt to decrease or confront the anxiety by increasing the client's awareness of her own mortality and responsibility of her life situation, as well as confronting her with her isolation anxiety and encouraging her to involve herself in life, when the situation seems meaningless.

Psychodynamic psychotherapy in women with anxiety related to breast cancer centers around psychotherapeutic methods and phenomena such as the unconscious mind, transference, countertransference and defense mechanisms. These methods are used to examine the anxiety and hidden feelings underneath the anxiety.

The therapeutic alliance may face problems, when treating a woman with anxiety related to breast cancer e.g. if the client has narcissistic traits or the therapist takes on the role as the savior.

Furthermore, it is found that the anxiety related to breast cancer can have positive effects if e.g. it helps to change the women's view on life.

# Indhold

1. Indledning .....	1
1.1. Introduktion.....	1
1.2. Problemformulering.....	3
1.3. Afgrænsning og problemfelt .....	3
1.4. Begrebsafklaring.....	4
1.4.1. Angst.....	4
1.4.2. Frygt.....	5
1.4.3. Traume : .....	6
1.5. Forekomst .....	6
1.5.1. Forekomst af angst.....	6
1.5.2. Forekomst af brystkræft.....	6
1.6. Læsevejledning og disposition.....	7
2. Metode .....	9
2.1. Metodiske overvejelser .....	9
2.2. Valg af teori .....	10
3. Teori.....	14
3.1. Eksistentiel tilgang til angst i forbindelse med brystkræft.....	14
3.1.1. Døden.....	15
3.1.1.1. Dødsangst i barndommen.....	16
3.1.1.2. Forsvar og omformning af angsten .....	17
3.1.2. Frihed, ansvar og den dertilhørende isolation.....	21
3.1.3. Meningsløshed .....	23
3.2. Psykodynamisk tilgang til angst i forbindelse med brystkræft.....	25
3.2.1. Freuds angstteorier.....	26
3.2.1.1. Neurotisk angst .....	26
3.2.1.2. Signalangst.....	27
3.2.1.3. Realangst.....	29
3.2.2. Separationsangst.....	29
3.2.3. Brystkræft som traume.....	30
3.2.4. Narcissisme .....	32
3.2.4.1. Psykodynamisk tilgang til narcissisme .....	33

3.2.4.2. Normal narcissisme.....	33
3.2.4.3. Patologisk narcissisme .....	34
3.3. Behandling med eksistentiel psykoterapi.....	36
3.3.1. Døden.....	36
3.3.1.1. Sikkerhed og mestring .....	38
3.3.1.2. Problematikker i eksistentiel psykoterapi omkring døden .....	40
3.3.2. Psykoterapeutisk arbejde med frihed og ansvar.....	41
3.3.3. Eksistentiel psykoterapi i forhold til isolation .....	43
3.3.3.1. Relationen mellem klient og terapeut .....	44
3.3.4. Psykoterapi og meningsløshed.....	45
3.4. Behandling med psykodynamisk psykoterapi.....	47
3.4.1. Det ubevidste .....	48
3.4.2. Fri association .....	49
3.4.3. Overføring og modoverføring.....	49
3.4.4. Modstand og forsvar .....	52
3.4.5. Den terapeutiske alliance .....	54
3.4.6. Malans trekanter.....	55
4. Diskussion.....	57
4.1. Angst, som ikke opfylder de diagnostiske kriterier .....	57
4.2. Udviklingen af angst ved brystkræft.....	58
4.2.1. Diskussion af Yalom og Freuds teorier i forhold til udviklingen af angst ved brystkræft .....	58
4.2.2. Den primære kilde til angst.....	60
4.2.2.1. Separationsangst.....	60
4.2.2.2. Dødsangst.....	62
4.2.3. Andre faktorer som påvirker udviklingen af angst .....	63
4.3. Hvorfor er nogle mere disponerede for at udvikle angst i forbindelse med brystkræft?..	64
4.3.1. Narcissisme som disponerende faktor.....	66
4.4. Behandling med eksistentiel og psykodynamiske psykoterapi ved angst i forbindelse med brystkræft .....	67
4.4.1. Anvendeligheden af psykoterapi ved behandling af brystkræft.....	67
4.4.2. Den terapeutiske relation .....	69
4.4.3. Problematikker i forhold til at opbygge den terapeutiske alliance.....	71
4.4.3.1. Terapeutens indvirkning .....	73
4.5. Effekten af de forskellige terapiformer.....	75

4.6. Positive aspekter af angst i forbindelse med brystkræft.....	77
5. Konklusion.....	79
6. Perspektivering: .....	81
Referenceliste.....	83

# 1. Indledning

## 1.1. Introduktion

Krop og psyke påvirker hinanden og er tæt forbundet på både godt og ondt. Derfor har jeg med stor interesse læst artiklen ”*somatikken savner psykologer*” fra psykolognyt. Artiklen beskriver, hvordan livstruende somatisk sygdom indebærer store omvæltninger i personens tilværelse, omvæltninger som for mange mennesker vil medføre psykiske reaktioner (Michaelsen, Nordbo & Ulrichsen, 2009, p. 12).

I det øjeblik en kvinde får diagnosen brystkræft, vil det ofte udløse en form for angst, idet der kulturelt automatisk skabes en sammenhæng mellem kræft og død. Der figurerer mange skræmmende forestillinger om kræft, som gør, at det ofte bliver betragtet som en alvorlig livstruende sygdom uanset, hvilken kræftform der er tale om (Greenberg, 2009, p.44). Det virker paradoksalt, at selv om hjertekarsygdomme er den sygdomsform, som flest mennesker dør af, så udtrykkes der sjældent en frygt for at dø af denne sygdom, men derimod er frygten for at dø af kræft hyppigt forekommende (ibid.). Kræft opfattes ofte som en sygdom, hvor forventningen om helbredelse og overlevelse ikke altid stemmer overens med realiteterne (Loge, 2014, p. 636). Der er stor forskel på prognoserne inden for de forskellige kræftsygdomme. Ved nogle kræftsygdomme er der særdeles gode betingelser for overlevelse. Langt de fleste bliver helbredt, samtidig med, at risikoen for tilbagefald er lav. Andre kræftformer er meget aggressive og fører til døden i løbet af kort tid (ibid.). Det at få en kræftdiagnose kan være voldsomt belastende og have stor indflydelse på en persons livskvalitet. Mange føler sig magtesløse og har en følelse af ikke at have kontrol over situationen. Dette kan medføre psykiske reaktioner som angst (Kræftens bekæmpelse, 2014). At der opleves angstsymptomer ved en kræftdiagnose, kan synes som en forholdsvis almindelig reaktion, idet der i mange tilfælde er en reel risiko og usikkerhed i forhold til spredning, helbredelse og tilbagefald. Det kan derfor være væsentligt at vurdere, hvorvidt angstsymptomerne i forbindelse med kræft er en reaktion på en psykisk lidelse, der er opstået i sammenhæng med kræftsygdommen, eller om symptomerne er situationsbestemte og forbigående, hvilket derved kan synes som en normal reaktion på en sygdom af den karakter (Loge, 2014, p.632).



I et follow-up studie fra 2009 undersøges forekomsten af både angst og depression ved kvinder med brystkræft efter henholdsvis 3 måneders behandling og efter 18 måneder, svarende til et år efter endt behandling. Til at undersøge niveauet af angst og depression benyttes Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), som er en selvvrurderet skala med 14 items, bestående af 7 spørgsmål i forbindelse med henholdsvis angst og depression. HADS anvendes primært til at undersøge distress ved somatisk syge patienter. Her viste resultaterne, at hyppigheden af angst stort set er på samme niveau, på tidspunktet hvor kvinderne fik mistanke om tilstedeværelsen af brystkræft og 3 måneder inde i den indledende behandling. Ved den opfølgende undersøgelse efter 18 måneder forekom der et tydeligt fald i angstniveauet, men det viser sig at 38,4% af kvinderne fortsat lider af en svær grad af angst (Vahdaninia, Omidvari & Montazeri, 2010, p. 355ff.). Det tyder derved på, at en vis procentdel af kvinder med brystkræft udvikler angstlidelser af en svær grad, hvilket kan påvirke disse kvinders livskvalitet og velbefindende.

Ifølge Elsass og Johansen er der ved kræft primært risiko for at udvikle tre forskellige former for psykisk sygdom, heriblandt angst. Ofte er en kræftsygdom så belastende, at der er behov for psykologisk hjælp, således at de psykiske følgevirkninger af sygdommen forebygges og håndteres, inden de udvikler sig til en egentlig psykiatrisk lidelse (Elsass & Johansen, 2011, p.167). Særligt ved kræftsygdomme, som medfører en ændring af personens udseende eller påvirker seksualiteten, er der en øget risiko for psykiske følger (Loge, 2014, p.644f). Tages disse forhold i betragtning, er der stor sandsynlighed for, at brystkræft ramte kvinder er i øget risiko for at udvikle angstsymptomer eller psykisk lidelse, da nogle af følgevirkningerne ved sygdommen kan være et mistet bryst og en ændring af forholdet til egen seksualitet.

Det er netop, forståelsen af den betydning brystkræften får for disse kvinders liv, som jeg finder interessant. Statistikkerne viser, at 96% af kvinder med brystkræft overlever et år efter endt behandling (Kræftens bekæmpelse, 2015a), så hvorfor er en sygdom som brystkræft så angstprovokerende? Hvad ligger til grund for denne angst og kan angsten forstås som mere en blot et symptom? Derudover er det interessant, hvorfor en somatisk sygdom har store psykiske konsekvenser for nogle mennesker, mens andre ikke oplever samme grad af angst. Hvad er det, der adskiller dem? Ydermere er det

interessant, hvorledes psykologisk behandling kan være med til at hjælpe disse kvinder, så angsten ikke bliver for invaliderende.

Disse overvejelser har skabt grundlag for min interesse i at undersøge, hvordan angst i forbindelse med brystkræft kan forstås, hvor jeg har taget udgangspunkt i en eksistentiel og en psykodynamiske forståelse. Ydermere vil jeg undersøge forskellige behandlingsmæssige overvejelser, som relaterer sig til at have en kvinde med både brystkræft og angst i eksistentiel eller psykodynamisk psykoterapi.

## **1.2. Problemformulering**

På baggrund af ovenstående interesse er specialet centreret omkring følgende problemformulering:

Hvordan kan man forstå og behandle angst i forbindelse med brystkræft, set ud fra henholdsvis et eksistentielt og et psykodynamisk perspektiv?

## **1.3. Afgrænsning og problemfelt**

I henhold til specialets problemformulering er det væsentligt at nævne, at der findes flere forskellige former for angst. I ICD-10 inddeles angsttilstande op i fobiske angsttilstande: Generaliseret angst, panikangst og andre angsttilstande (Rosenberg, 2010, p.447). I nærværende speciale er der fokus på angst, som ikke nødvendigvis opfylder de diagnostiske kriterier for de specifikke angsttilstande, som forekommer i ICD-10, men derimod en angst, som aktiveres i forbindelse med alvorlig sygdom, og hvor døden og angsten for døden spiller ind på udviklingen af en angsttilstand. Dette vil blive uddybet og diskuteret senere i specialet (jf. afsnit 4.1.).

Samtidig har jeg valgt at afgrænse specialet til at omhandle brystkræft. Jeg er bevidst om, at der er mange forskellige kræftformer og anden somatisk sygdom, som f.eks. KOL, hjertekarsygdomme m.v., som ligeledes kan frembringe angst. Men specialets

problemfelt er indskrænket til at fokusere på brystkræft, bl.a. fordi det er en kræftform, der forekommer hyppigt blandt kvinder i Danmark, hvor ca. 27% af alle kræfttilfælde skyldes brystkræft (Kræftens bekæmpelse 2015b). Derudover er der en del empirisk forskning omkring brystkræft, samtidig med, at brystkræft berører forskellige problematikker, som f.eks. seksualitet, kropsidealer m.v., som ikke på samme måde bliver berørt ved andre kræftsygdomme. Ligeledes er der et kønsmæssigt aspekt i forhold til brystkræft, hvor langt de fleste med diagnosen er kvinder. Jeg er opmærksom på, at brystkræft i sjældne tilfælde kan forekomme hos mænd, men har valgt udelukkende at beskæftige mig med brystkræft set ud fra kvindens synspunkt.

I specialet undersøges problemstillingen ud fra et eksistentielt og et psykodynamisk perspektiv, som skyldes min egen personlige interesse for begge psykologiske retninger. Derudover er det to psykologiske perspektiver, som kan være meningsfulde i forhold til at belyse specialets problemformulering. I specialets behandlingsdel er der fokus på psykoterapi ud fra et eksistentielt og et psykodynamisk perspektiv - her er der særlig fokus på psykoterapi i form af individuel terapi, mens terapiformer som gruppeterapi, parterapi m.v. ikke vil blive belyst. I den sammenhæng skal det ligeledes nævnes, at afhandlingen udelukkende omhandler de kvinder, som er ramt af sygdommen og ikke behandler de pårørendes perspektiv.

## **1.4. Begrebsafklaring**

Flere af de grundbegreber, som benyttes igennem specialet, defineres kort i følgende afsnit.

### **1.4.1. Angst**

Angsttilstande hører i ICD-10 under kategorien ”*nervøse og stressrelaterede tilstande*” (Videbech, Kjølbye, Sørensen & Vestergaard, 2011, p.129) Angstreaktioner er karakteriseret ved et følelsesmæssigt ubehag, hvor intensiteten kan variere fra en mindre uro til en uudholdelig paniktilstand, hvor der kan forekomme dødsangst. Der kan forekomme fysiologiske ændringer som f.eks. hjertebanken, rysten, sveden og tørhed i munden. En angstreaktion kan igangsætte kognitive tankeprocesser omhandlende den angstprovokerende situation eller de følger, som frygtes i den forbindelse. Ydermere kan der kortvarigt være adfærdsendringer, hvor flugt fra den

angstprovokerende situation kan være en adfærd, der hyppigt forekommer. Angst er en medfødt menneskelig reaktion, som rent evolutionært har en væsentlig betydning for individets overlevelse. Angsten har den hensigt at gøre individet klar til enten at kæmpe eller flygte fra den pågældende fare (Rosenberg, 2010, p. 447f.). Der skelnes mellem normal og patologisk angst. Der kan ved visse angstformer være et misforhold, hvor angstreaktionen ikke synes at stemme overens med situationens reelle fare. Selv om angsten i disse situationer kan synes overdreven og meningsløs, kan det være svært at kontrollere den. Patologisk angst opfattes som en angst, der er forbundet med et markant ubehag, som kan nedsætte funktionsevnen i forhold til varetagelse af daglige gøremål og opgaver i sociale sammenhænge, både i samvær med familie eller på arbejdspladsen. Angst kan ligeledes forekomme som en eksistentiel angst, som figurerer i tilfælde, hvor individet føler, at dets liv er tomt og meningsløst (ibid.). Den eksistentielle angst uddybes nærmere i specialet (jf. 3.1.).

Angst er et forholdsvist uspecificeret syndrom, som er kendetegnet ved ændringer i følelseslivet, adfærd og kognition. For at der kan være tale om angst, skal der være nogle bestemte symptomer til stede. Der er to forskellige hovedgrupper, som optræder i forbindelse med en angstlidelse; autonome og andre symptomer. Ved angst skal der mindst være et autonomt symptom f.eks. rysten, mundtørhed, øget svedproduktion samt hjertebanken eller hurtig puls. Derudover kan der forekomme symptomer, som hører ind under andre kategorier som symptomer fra bryst og mave, spændingssymptomer, psykiske symptomer, almene symptomer eller uspecifikke symptomer (Rosenberg, 2010, p.452f.).

#### **1.4.2. Frygt**

Der skelnes ofte mellem frygt og angst, hvor frygt forekommer ved en identificérbar trussel, mens angst optræder ved en genstandsløs fare. Det kan dog synes svært at skelne mellem frygt og angst i praksis, hvilket gør, at angst ofte dækker som et overbegreb (Rosenberg, 2010, p.448).

### **1.4.3. Traume :**

I løbet af specialet vil der blive henvist til fænomenet traume. En traumatisk begivenhed defineres som en situation, der er livstruende eller er en trussel mod personens fysiske integritet, herunder er f.eks. at få diagnosen brystkræft (Gads psykologi leksikon, 2007, p.516).

## **1.5. Forekomst**

I henhold til specialets problemformulering synes det relevant at se på forekomsten af angst blandt kvinder med brystkræft. Det har ikke været muligt at finde en statistisk oversigt, som forholder sig til netop denne sammenhæng. For at få et billede af forekomsten har jeg i stedet valgt at se på forekomsten for både angst og brystkræft hver for sig.

### **1.5.1. Forekomst af angst**

Angst kan forekomme ved mange forskellige psykiske lidelser og i forbindelse med alvorlig somatisk sygdom. Angst opstår ofte som en naturlig reaktion på ændringer i livssituationen ved sygdom (Rosenberg, 2010, p. 450f). Ud fra studier tyder det på, at angst forekommer væsentligt hyppigere hos kvinder end hos mænd i størrelsesordenen 2:1. Denne kønsfordeling kan formentlig skyldes både genetiske og biologiske faktorer, idet kvinder generelt synes at have en større tendens til et nervøst temperament, samtidig med, at hormonelle forhold ligeledes kan have en indvirkning på, at flere kvinder end mænd udvikler en angstlidelse. Derudover kan der være nogle psykosociale faktorer, som kan spille ind, idet kvinder oftere er udsat for traumatiske hændelser så som fysisk og seksuel vold, og samtidig er det mere legitimt for kvinder at give udtryk for følelsetilstande som angst og frygt (ibid.).

### **1.5.2. Forekomst af brystkræft**

Brystkræft er en af de kræftformer, som forekommer hyppigst blandt kvinder i Danmark. Statistisk forekommer der i gennemsnit 4.897 nye tilfælde af brystkræft

hvert år, hvor overlevelsen efter 1 år er på 96% og efter 5 år på 85% (Kræftens bekæmpelse, 2015a).

**Tabel 1: Statistik over brystkræft**

Antal Personer med Brystkræft i Danmark	Mænd	Kvinder
Antal Nye tilfælde pr. år (Gennemsnit for årene 2009-2013)	31	4.897
Antal Personer som lever med diagnosen ved udgangen af 2013 (Dvs. Både personer, som er i behandling eller går til kontrol, og personer, som betragtes som raske)	268	60.197
Overlevelsen ved brystkræft*		
Efter 1 år	-	96%
Efter 5 år	-	85%

\* Overlevelsen er defineret som 'relativ overlevelse' for patienter diagnosticeret 2009-2013. Den relative overlevelse er et skøn over, hvor mange der overlever en bestemt kræftsygdom i f.eks. 1 eller 5 år efter diagnosen. Den 'relative overlevelse' svarer altså til overlevelsen, hvis døden kun skyldes den konkrete kræftform.

Kilde: Kræftens Bekæmpelse: <https://www.cancer.dk/brystkræft-mammacancer/statistik-brystkræft/>

## 1.6. Læsevejledning og disposition

Dette speciale henvender sig primært til en læser med en grundlæggende psykologisk viden. Der vil igennem specialet blive anvendt psykologiske begreber, som det forventes, at læseren er bekendt med og derfor ikke vil blive beskrevet nærmere i afhandlingen. Brug af fænomener, som afviger fra mere gængse psykologiske fænomener, vil blive forklaret umiddelbart efter deres anvendelse.

For at gøre læseprocessen så overskuelig som muligt, opridses her en gennemgang af de forskellige afsnit i specialet:

Specialet indledes med et metodeafsnit, som består af de metodiske overvejelser, der er blevet gjort igennem specialeprocessen, hvorefter der følger et afsnit om valg af teori.

I det efterfølgende afsnit er fokus på forståelsen af angst i forbindelse med brystkræft, som omhandler en eksistentiel og en psykodynamisk forståelse af angst, og hvad den er udtryk for, når en kvinde har en alvorlig somatisk sygdom som brystkræft. I den

eksistentielle del er der som hovedteoretiker anvendt Yalom og hans forståelse af angst og i særlig grad dødsangst. Derefter redegøres der for den psykodynamiske tilgang, hvor der primært er anvendt teoretikere som Freud og Bowlby og deres psykodynamiske forståelse for angst. I det næstfølgende afsnit diskuteres brystkræft som et traume og den dertilhørende angst. Det psykodynamiske perspektiv på angst og brystkræft afsluttes med en redegørelse af narcissisme, da narcissistiske træk kan være en prædisponerende faktor ved udviklingen af angst i forbindelse med brystkræft.

Derefter belyses behandling af angst ved kvinder med brystkræft - først ud fra en eksistentiel og derefter psykodynamisk psykoterapi, hvor flere væsentlige fænomener inden for disse terapiformer beskrives.

Herefter diskuteres den eksistentielle og den psykodynamiske forståelse af angst i forbindelse med brystkræft, efterfulgt af et afsnit om, hvilke faktorer der kan være disponerende for udviklingen af angst ved alvorlig somatisk sygdom. Efterfølgende diskuteres nogle behandlingsmæssige overvejelser ved psykoterapeutisk behandling af kvinder med angst og brystkræft.

Dernæst sammenfattes specialets problemformulering og de væsentligste pointer i en konklusion.

Afslutningsvis er der udarbejdet en perspektivering, som omhandler videre arbejde med emnet, som bl.a. behandler problematikker ved arbejdet med kræftramte som noviceterapeut.

## 2. Metode

Dette afsnit omhandler specialets metode, metodiske overvejelser, som er gjort igennem specialeprocessen. Derefter følger et afsnit omkring valg af teori, som kan give en forståelse for, hvorfor netop disse teorier er anvendt.

### 2.1. Metodiske overvejelser

Dette er et teoretisk speciale, hvilket gør, at der er valgt ikke at indsamle empirisk materiale, men i stedet fokusere på den teoretiske forståelse af emnet. Oprindeligt ønskede jeg at foretage et ekspertinterview, men pga. praktiske problematikker valgte jeg i stedet at behandle emnet teoretisk.

Flere af overvejelserne gik primært på tidsaspektet, da både det at foretage interviewene og transskribere dem efterfølgende er tidskrævende. Ydermere havde jeg i starten af specialeprocessen svært ved at indskrænke mit problemfelt og havde besvær med at finde et fokuspunkt for specialet, hvilket ville have givet problemer ved et evt. interview. Jeg valgte i stedet at lave et teoretisk speciale, da min interesse gik på at forstå, hvorfor disse kvinder udvikler angst, og hvorledes det påvirker deres hverdag, livskvalitet og evt. livssyn. Derudover har jeg som kommende psykolog en interesse i, hvilken behandling, der vil være anvendelig, når en kvinde med angst forårsaget af brystkræft, har behov for psykologisk hjælp.

Efter disse overvejelser valgte jeg at gå i dybden med teorier fra både et eksistentielt og et psykodynamisk perspektiv. Disse teorier vil kunne bidrage til en forståelse af, hvad angsten er udtryk for, når en kvinde med brystkræft udvikler angst. Jeg havde i begyndelsen af processen svært ved at finde relevant nyere teori inden for mit problemfelt. I min litteratursøgning søgte jeg efter litteratur på forskellige databaser. Jeg startede ud med at søge på ”*angst ved alvorlig og livstruende sygdom*” på Google og fandt ad den vej frem til forskellige psykologiske forståelser af, hvordan angst kan forstås, når et menneske har en alvorlig somatisk sygdom. Senere anvendte jeg databaser som ”*psycinfo*” og ”*pubmed*” for at finde frem til mere valid litteratur om emnet.

Valget af den psykodynamiske teori og behandlingsmetode skyldes min egen interesse inden for dette område, som i høj grad skyldes mit kendskab og erfaring med teorien



fra min praktik på Aalborg Universitetsklíník, hvor jeg var studenterterapeut. Det, at jeg har et større kendskab til den ene af de to perspektiver, som anvendes i specialet, har jeg forsøgt at være opmærksom på igennem opgaven, men det kan dog ikke udelukkes, at det har indvirkning på min forståelseshorisont og forforståelse i forhold til specialet. Det ville have været optimalt, hvis jeg havde haft kendskab og erfaring med begge terapeutiske behandlingsmetoder.

Ved at undersøge angst i forbindelse med brystkræft teoretisk vil jeg være bedre stillet ved evt. videre forskning af emnet. Min viden om emnet er større nu, og jeg vil derved kunne stille bedre og mere relevante spørgsmål i forbindelse med et evt. kvalitativt interview (Tanggaard & Brinkmann, 2010, p.37f).

## **2.2. Valg af teori**

Besvarelsen af specialets problemformulering er valgt ud fra en teoretisk tilgang, som omfatter både et eksistentielt og et psykodynamisk perspektiv med henblik på at få et bredt og nuanceret billede af, hvordan angst i forbindelse med brystkræft kan forstås og behandles.

Specialets første del behandler forståelsen af angst, der opstår som følge af brystkræft. Til den eksistentielle del er der valgt udelukkende at anvende Irvin D. Yaloms teori. Yalom er valgt som den eksistentielle teoretiker, idet han ud over at arbejde inden for den eksistentielle retning ligeledes har arbejdet mange år med kræftsye klienter. Dette gør, at hans teori indeholder elementer, som er rettet direkte på forståelsen af angst blandt personer, som er alvorligt syge af kræft. Yaloms eksistentielle teori bygger på et psykodynamisk grundlag. Yaloms teori tager afsæt i nogle af Freuds tanker, idet Yalom mener, at Freud har en central forståelse af mennesket som dynamisk og i besiddelse af modstridende kræfter. Både patologiske og tilpasningsfremmende følelser, tanker og adfærd kan forekomme i spændingsfeltet mellem de modstridende kræfter (Yalom, 1980/1998, p.13f). Praktiserende psykoanalytiker Stig Dankert Hjort beskriver, hvordan Yaloms teori skifter det Freudske driftsbegreb ud med et bevidsthedsbegreb. Hvor Freud ser driften som det afgørende i menneskets konflikt- og udviklingspotentiale, så mener Yalom, at det er menneskets forhold til livets

grundvilkår døden, friheden, isolationen og meningsløsheden, som skaber angst og derved kan aktivere forsvarsmekanismer og psykopatologi (Hjort, 1999, p.285).

Til besvarelsen af det psykodynamiske perspektiv på forståelsen af angst ved alvorlig somatisk sygdom som brystkræft har jeg valgt at anvende teorier, som både omhandler angst, traume og narcissisme. Disse teorier belyser forståelsen af, hvorfor angst udvikles og komme med mulige forklaringer på, hvorfor nogle kvinder er mere disponeret end andre for at udvikle angst i forbindelse med brystkræft. Jeg har først valgt at redegøre for Freuds angstteorier. Freuds teorier er af ældre dato, men er med til at give specialet en historisk vinkel i forhold til, hvordan forståelsen af angst har udviklet sig igennem tiden. Efter en gennemgang af Freuds angstteori har jeg valgt at beskæftige mig med John Bowlbys teori om separationsangst, som opstår i forbindelse med barnets tilknytning. Derefter ser jeg på angst som en reaktion på et traume og dermed, hvorledes et traume kan forstås ud fra et psykodynamisk perspektiv. Her er anvendt psykoanalytikeren Caroline Garland til at skabe en forståelse af, hvordan en hændelse kan opleves som traumatisk og føre til angst. Derudover har Garlands teori fokus på, hvilke faktorer, der kan være med til at øge en persons sårbarhed, så situationen kan udvikle sig til at blive traumatisk. Afsnittet om den psykodynamiske forståelse af disponering og udviklingen af angst afsluttes med at behandle emnet narcissisme. Dette er valgt på baggrund af antagelsen om, at der i forbindelse med brystkræft kan aktiveres nogle narcissistiske træk som en reaktion på de psykiske og fysiske ændringer, der opstår ved alvorlig somatisk sygdom. De narcissistiske træk kan gøre klienten yderligere sårbar og være en disponerende faktor i forhold til udviklingen af angst. Der er derfor valgt at redegøre for Otto Kernbergs narcissismeteori for at undersøge mulige forklaringer på, hvorfor nogle mennesker udvikler narcissistiske træk.

Alle ovenstående teorier beskriver udviklingen af angst samt faktorer, som gør personen mere eller mindre disponeret for udviklingen af angst. Flere af teorierne er ikke direkte rettet mod angst i forbindelse med alvorlig somatisk sygdom, men i mine overvejelser af teorivalg mener jeg alligevel, at teorierne er relevante for specialets problemformulering. De anvendte teorier er kendt for at beskæftige sig med angst og kan være meningsskabende i forhold til at give en forståelse af, hvad angsten er udtryk

for i stedet for blot at betragte angsten som et symptom. Ydermere kan teorierne være med til at belyse min interesse for, hvordan brystkræften og angsten påvirker disse kvinder, og hvilken betydning det har for dem.

Specialets anden del omhandler psykoterapeutisk behandling af angst. Til det eksistentielle perspektiv er der udelukkende valgt at anvende Yalom som teoretiker. I dette afsnit redegøres der for Yaloms psykoterapeutiske overvejelser i forbindelse med de tidligere nævnte livsvilkår, som kan skabe angst, hvis personen bliver konfronteret med disse. Til at belyse behandling på et psykodynamisk grundlag er afsnittet delt op i fænomener, som jeg mener, vil være relevante ved behandling af angst med psykodynamisk psykoterapi. Emnerne er: Det ubevidste og fri association, overføring og modoverføring, forsvar og modstand, den terapeutiske alliance samt David H. Malans trekkanter. Mange af disse emner er berørt af Freud og senere modificeret, så de stemmer overens med psykoterapi i det senmoderne samfund. Jeg har derfor valgt at anvende nyere teori, som bygger på den psykodynamiske forståelse af psykoterapi. Her er primært benyttet litteratur af Claus Haugaard Jacobsen & Karen Vibeke Mortensen, Morten Kjølbye og Bo Møhl samt Joseph Sandler, Christopher Dare & Alex Holder.

I diskussionen bliver teorierne fra det eksistentielle og det psykodynamiske perspektiv diskuteret op mod hinanden. Her diskuteres ligheder og forskelle i forhold til både forståelsen og disponering af angst hos kvinder med brystkræft. Samtidig diskuteres de to perspektivers behandlingsmetoder, problematikker samt effekten af behandlingen. Til diskussionen bruges grundlæggende de tidligere anvendte teorier. Løbende inddrages dog empiriske tekster og nyere sundspsykologisk litteratur til både at udfordre og underbygge grundteoriene.

Det skal nævnes, at jeg så vidt mulig har brugt primær litteratur, som er skrevet af de hovedteoretikere, der er gjort brug af i specialet. Men der er også inddraget sekundær litteratur på grund af specialets tidsbegrænsning. Derudover har der været tilfælde, hvor det ikke har været muligt at fremskaffe primær litteratur, og jeg har derved været nødsaget til at anvende sekundær litteratur. Ydermere kan der forekomme en udvikling ved flere af de ældre teorier, hvilket den sekundære litteratur har forholdt sig til og giver et overblik over. Det er dog væsentligt at have for øje, at den sekundære litteratur

er forfatterens tolkning af teorien, hvilket teksten kan være påvirket af. Af sekundær litteratur benyttes tekster af bl.a. psykolog og forfatter Karen Vibeke Mortensen og Claus Haugaard Jacobsen, Bo Møhl og Morten Kjølbye, psykoanalytikeren Judy Gammelgaard samt professor i psykologi Veikko Tähkä.

### **3. Teori**

Denne del af specialet vil omhandle eksistentiel og psykodynamisk teori, som kan være meningskabende for forståelse af den angst, som forekommer i forbindelse med brystkræft.

#### **3.1. Eksistentiel tilgang til angst i forbindelse med brystkræft**

I nærværende afsnit redegøres der for den eksistentielle forståelse af angst, som er forbundet med brystkræft. Oprindeligt er eksistentialismen en filosofisk teori, som primært udspringer af Søren Kierkegaard (1813-1855) og Jean-Paul Sartres (1905-1980), filosofiske teorier (Rønn, 2006, p.187f). Mennesket anses i eksistentialismen som et væsen med intentioner, som er drevet af mål og livsværdier, som det har et ønske om at realisere. Mennesket betragtes her som værende i stand til at hæve sig over sine betingelser og derved træffe et personligt valg. Ifølge eksistentialismen lever mennesket under eksistentielle livsbetingelser så som isolation, kriser, døden og meningen med livet eller meningsløsheden. Livsbetingelser, som mennesket er nødt til at affinde sig med og derfor ikke bør sygeliggøres (Rønn, 2006, p.188; Christensen, 2011, p. 66f).

Til at belyse angsten i et eksistentielt perspektiv tages der udgangspunkt i den amerikanske psykiater og terapeut inden for eksistentiel psykoterapi, Irvin D. Yalom, som bygger sin eksistentielle teori på et psykodynamisk grundlag, idet han tager afsæt i nogle af Freuds tanker (jf. afsnit 2.2. ”valg af teori”). Yalom mener, at de fire livsvilkår: Døden, friheden, isolationen og meningsløsheden danner det samlede indhold i den eksistentielle dynamiske konflikt (Yalom, 1980/1998, p.16f.), hvilket tilsammen er den eksistentielle helhedsmodel for psykopatologi (ibid. p.122). Ifølge Yalom kan konfrontation med de fire livsvilkår føre til dyb angst (Yalom, 2002, p.167). I den forbindelse er Yaloms eksistentielle teori relevant i forhold til specialets problemformulering, da det kan tænkes, at brystkræft kan aktivere et eller flere af disse livsvilkår og dermed påvirke personens håndtering af angst i forbindelse med brystkræft. Teorien kan dermed bidrage til forståelse for, hvad angsten er udtryk for hos disse kvinder. Ydermere fokuserer dele af hans teori direkte på angst hos personer

med alvorlig somatisk sygdom og er således relevant for forståelsen af angst i forbindelse med brystkræft.

Denne del om eksistentiel tilgang til angst omhandler først et afsnit om livsvilkåret døden, som bl.a. indbefatter, hvorledes dødsangsten viser sig i barndommen samt, hvilke forsvar der anvendes, når en person bliver konfronteret med døden og egen usårlighed. Derefter følger et afsnit om friheden, ansvaret og den dertilhørende isolation. Afsnittet om angst i forbindelse med brystkræft set ud fra et eksistentielt perspektiv afsluttes med et afsnit om meningsløsheden.

Ved inddragelse af elementer omhandlende brystkræft anvendes der løbende i afsnittet sundhedspsykologisk teori af overlæge og specialist i psykiatri, Jon Håvard Loge samt egne overvejelser omkring koblingen mellem eksistentiel angst og brystkræft.

### **3.1.1. Døden**

Følgende afsnit omhandler Yaloms teori om livsvilkåret døden, hvor dødsangsten har en særlig betydning for forståelsen af angst. Ifølge Yalom frembringer alvorlig sygdom stort set altid en eller anden form for dødsangst (Yalom, 2008/1998, p.26). Angst er en væsentlig faktor ved psykopatologi, idet psykopatologi opstår i et spændingsfelt mellem personens angst og dens angstbekæmpende forsvar. Yalom mener tilmed, at angst for døden er menneskets primære angstkilde (Yalom, 1980/1998, p. 51f.). Ifølge Yalom er psykopatologi et resultat af en ineffektiv og uhensigtsmæssig måde at håndtere angst på. Når en person bliver udsat for ekstraordinær stress eller oplever, at dens forsvarsstrategier ikke er fyldestgørende, kan det føre til psykopatologi. Psykopatologien opstår, når personens almene måder at håndtere dødsangsten er utilstrækkelig og derfor tvinges ud i ekstreme forsvarsformer. Ifølge Yalom kan disse forsvarsformer være en uhensigtsmæssig måde at mestre angsten på, samtidig med, at de hæmmer personlig udvikling (ibid.p.122f). Dødsangst er et grundvilkår, som varierer i intensitet igennem hele livet, og som det enkelte menneske håndterer på forskellig vis (Yalom, 2008/1998, pp.10f.,17). I den kontekst kommer Yalom ind på, at der er en sammenhæng mellem livstilfredshed og dødsangst. Der synes at være en tendens til, at jo mere tilfreds med livet klienten er, jo mindre er dødsangsten. Men det betyder samtidig, at en manglende livstilfredshed ofte medfører stor dødsangst

(Yalom, 1980/1998, p.222f.). Dødsangst kan dække over flere forskellige faktorer, som kan være angstprovokerende, så som tanker om, hvad der sker efter døden, selve døden og hvad der sker i den forbindelse, samt tanker om, at personen ophører med at eksistere. Særligt tanker om, at personen stopper med at være til og bliver udslettet eller tilintetgjort, er den mest essentielle form for dødsangst, ifølge Yalom (Yalom, 1980/1998, p.53).

### **3.1.1.1. Dødsangst i barndommen**

Yalom mener, at dødsangst er noget, som vokser og aftager igennem hele livet. Måden hvorpå mennesket håndterer og forholder sig til døden opstår i barndommen, hvor barnet bliver konfronteret med døden i forbindelse med f.eks. døde dyr i naturen. Nogle børn oplever tilmed, at døden kommer forholdsvis tæt på, når oldeforældre og bedsteforældre dør (Yalom, 1980/1998, p. 87; Yalom, 2008, p.10). Det er dog sjældent, at et barns erkendelse af døden har sin rene form i en længere periode, hvilket, ifølge Yalom, skyldes, at voksne omkring barnet ofte har svært ved at håndtere, når barnet grubler med tanker omhandlende døden. Voksne, som oftest vil være barnets forældre eller andre omsorgspersoner, vil i den forbindelse forsøge at skåne barnet og vil sjældent være nogen reel støtte i forhold til barnets håndtering af dødsangsten. I forsøget på at hjælpe barnet med dets angst vil forældrene ofte anvende en eller anden form for fornægtelse for at berolige barnet. Barnet kan mærke den voksnes angst for døden og vil formentlig i den sammenhæng føle sig nødsaget til at undertrykke egen frygt (Yalom, 1980/1998, p. 93). Ifølge Yalom er der mindre fokus på dødsangsten fra seksårsalderen og frem til puberteten, også kaldet præpuberteten (Yalom, 2008,p.11). Det manglende fokus på døden i præpuberteten kan skyldes, at barnet i den periode bliver i stand til at benægte realiteterne ved brug af fornægtelsesformer, som med alderen er blevet mere effektive og forfinede. Erkendelsen af døden og barnets dødsangst aftager dermed fra bevidstheden i præpuberteten. I denne fase af livet får børn, ifølge Yalom, en masse grundlæggende viden, men har ligeledes en tendens til at fralægge sig sin tidligere erfarede viden om livets kendsgerninger, så som døden og infantil seksualitet<sup>1</sup>. I puberteten opstår der en større selviagttagelse i forhold til egen

---

<sup>1</sup> Infantil seksualitet: seksualiteten i barndommen (Gads psykologi leksikon, 2007, p.267).

psyke og adfærd, samtidig med, at der er opbygget et intellektuelt fundament, som gør personen i stand til igen at erkende dødens uundgåelighed. I puberteten synes der dermed at være et bedre fundament til at udstå den angst, som er forbundet med døden (Yalom, 1980/1998, p. 103).

Yalom stiller spørgsmålstejn ved, hvorledes barnet kommer frem til sin erkendelse omhandlende døden. Er barnets viden om døden ren intuitiv? Danner barnet sine erfaringer gradvist igennem livet, og udvikler ud fra dette en forståelse og bevidsthed om døden? Eller bliver barnet oplyst omkring døden for tidligt i dets liv, således at det opbygger måder hvorpå det kan fortrænge og ”aflære” denne viden om døden, indtil det senere i livet er bedre rustet til at erkende den for tidlig erfarede viden (Yalom, 1980/1998, pp. 97, 103f.). Yalom hælder selv til teorien om, at barnet tilegner sig viden om døden på et tidspunkt i livet, hvor det endnu ikke er klar til at kapere dødens kendsgerninger, og derfor anvender fornægtelse som forsvar. Han bygger sin opfattelse på, at barnet i de efterfølgende faser i præpuberteten anvender fornægtelse i forhold til sin oprindelig viden om døden. Men for at der kan anvendes fornægtelse, så må der være en forudgående viden, idet det ikke er muligt at fornægte noget, som barnet ikke har kendskab til (Yalom, 1980/1998, pp. 97, 103f.).

### **3.1.1.2. Forsvar og omformning af angsten**

Ifølge Yalom gennemgår dødsangsten markante forandringer livet igennem i forbindelse med situationer, som aktiverer spørgsmål, der omhandler personens overlevelse og tryghed (Yalom, 1980/1998, p.87). Som tidligere nævnt mener Yalom, at dødsangst er noget, som vokser og aftager igennem livet. Dette kan synes som en nødvendighed, idet den fulde erkendelse og bevidsthed om døden kan være svær at leve i for lang tid af gangen. Personen må derfor benytte sig af metoder, hvorpå det bliver i stand til at dulme sin dødsangst (Yalom, 2008, p.12).

En måde, hvorpå en person kan forsøge at håndtere sin angst, kan være ved at omforme angsten til frygt, således at angsten ændrer sig fra at være ukendt til at være mere konkret i form af frygt for noget bestemt. Ved, at angsten omformes til frygt, kan personen anvende forskellige strategier, som er selvbeskyttende. Dette kan f.eks. være at undgå det, der frygtes, udvikle ritualer eller systematiske fremgangsmåder, som har



til formål at dæmpe og neutralisere frygten (Yalom, 1980/1998, p. 54). Ifølge Yalom viser dødsangsten sig sjældent i sin tydelige form, men omdannes til noget, som synes mindre destruktivt for det enkelte menneske (ibid. p.56). For at håndtere dødsangsten vil personen ofte gøre brug af forsvarsmekanismer. Som barn dannes forskellige forsvarsstrategier, som primært er bygget op omkring fornægtelse, hvor forsvar, så som sublimering, forskydning og konversion<sup>2</sup> søger efter at fortrænge dødsangsten. Det sker, at forsvaret brydes i forbindelse med en chokerende livsbegivenhed, hvilket gør, at dødsangsten kommer frem i bevidstheden. Personens ubevidste jeg vil dog hurtigt forsøge at camouflere den reelle angst igen (ibid.p.54).

Når en person får diagnosticeret en alvorlig sygdom, vil fornægtelse ofte være en af de første psykiske reaktioner, der forekommer ifølge Yalom. Fornægtelsen, som forsvar, er personens forsøg på at håndtere den angst, som frembringes, når der opleves alvorlige trusler mod personens liv. Det kan dog ligeledes være en måde, hvorpå der vises stor lid til egen usårlighed (Yalom, 1980/1998, p. 130). Ved dødsangst forekommer der, ud over de mere gængse forsvarsmekanismer, nogle forsvarsstrategier, som er mere specifikke i forhold til angst for døden. Yalom taler her om *troen på egen usårlighed og egen særlighed* samt overbevisning om *en endelig frelser*, som er to forsvarsstrategier, der anvendes i forbindelse med håndtering af dødsangsten (ibid. pp. 107, 127f.). Disse to fundamentale forsvar mod dødsangst dannes i barndommen. Menneskets tiltro til sin personlige særlighed stammer formentlig allerede fra livets begyndelse, hvor alt handler om barnet. Alle ønsker og behov tilfredsstilles, uden at der kræves noget til gengæld. Barnets verden er intens egocentreret, og grænserne mellem det selv og andre er ikke eksisterende i en periode. Grundlæggende er barnet i sine første leveår blevet bekræftet af sine forældre i, at det er noget ganske særligt. Denne fornemmelse af særlighed anvendes i forbindelse med personens senere håndtering af dødsangst (ibid. pp.107f.). Personens egen særlighed hænger formentlig sammen med dens usårlighed, som bunder i, at ethvert menneske rationelt er bevidst om, at døden er et grundvilkår, som gælder for alle. Yalom mener

---

<sup>2</sup> Sublimering: en proces hvor en række aktiviteter fremstår som rensset for deres seksuelle indhold (Gads psykologi leksikon, 2007, p.635).

Forskydning: personens følelsesmæssige konflikter generaliseres eller omdirigeres fra en person til en anden mindre truende person (Gads psykologi leksikon, 2007, p.185).

Konversion: antagelse om at psykisk energi konverteres til fysiologiske symptomer (Gads psykologi leksikon, 2007, p.308).

dog, at der ofte er en flig i alle mennesker, som inderst inde tror på, at døden vil komme til andre, men ikke til dem selv. Der er således forskel på at vide, at døden nærmer sig og opnå den fulde erkendelse af, at man som menneske ikke er usårlig (ibid.pp. 130 ff.).

Ved brug af forsvar som egen særlighed vil der formentlig være en tendens til at stræbe efter kontrol, mestring, magt og kompetence. På den måde mindskes angsten for døden, idet magt og kontrol er med til at styrke personens overbevisning om egen særlighed yderligere (Yalom, 1980/1998, p.133). Ved livstruende sygdom vil personen formentlig opleve en manglende fornemmelse af kontrol, eftersom personen langt hen af vejen, rent fysiologisk, er overladt til lægerne og deres medicinske faglige færdigheder. I den sammenhæng vil mennesker med livstruende sygdom antageligvis anvende en anden forsvarsstrategi - troen på den endelige frelser. Yalom beskriver hvordan, at personen i forbindelse med dødelig sygdom får testet sin anden forsvarsstrategi i form af ideen om den endelige frelser, idet personer, som er ramt af livstruende sygdom, ofte vil søge efter en frelser. Frelserrollen tilfalder ofte lægen, som til gengæld gerne påtager sig rollen, idet lægens tro på sin egen særlighed derved bliver styrket. I den sammenhæng kan der dog forekomme visse komplikationer, eftersom mange med alvorlig sygdom forsøger at opretholde lægen i frelserrollen og dermed kan tilbageholde, hvordan de egentlig har det både fysisk og psykisk. Således kan der forekomme tilfælde, hvor lægen afholder sig fra at videresende den givne patient til psykologisk behandling, da lægen ikke kender til personens reelle psykiske situation (ibid. p.145f).

De to forsvarsstrategier, egen usårlighed og endelig frelser, er ifølge Yalom, diametrale modsætninger, idet personen enten søger adskillelse eller sammensmeltning i sit forsvar mod døden. De to forsvarsstrategier udelukker dog ikke hinanden, idet en person sjældent kun anvender en af forsvarsformerne i sin håndtering af dødsangsten. Der vil ofte forekomme både en urealistisk tro på egen usårlighed, som er blandet med en tiltro til, at der i sidste ende vil være en endelig frelser. Ifølge Yalom er de to forsvarsstrategier tæt forbundet, da mennesket, i kraft af en almægtig frelserskikkelse, er i stand til at være enestående og udødelige. Der synes at være et dialektisk forhold mellem de to forsvar, hvilket Yalom forklarer og sammenligner med

Otto Ranks begreber om ”*livsangst*” og ”*dødsangst*”(Yalom, 1980/1998, pp.127f., 154; Rank, 1968,pp.123ff.). Rank beskriver, hvordan mennesket har et ønske om at adskille sig fra andre og dyrke sin autonomi og individualisering, men vil formentlig på et tidspunkt blive ramt af en angst for livet, idet forsvaret om egen særlighed kan medføre en følelse af ensomhed og manglende beskyttelse. Når forsvaret, i form af egen særlighed, bliver for voldsom, dæmpes angsten for livet ved at anvende den anden forsvarsstrategi, hvor der søges efter sammensmeltning og den endelige frelser. ”*Livsangsten*” opstår således som en reaktion på forsvaret om egen særlighed, mens dødsangst forekommer ved sammensmeltningen og forsvaret om den endelige frelser, da opgivelsen af autonomi kan medføre, at individet mister en del af sig selv og oplever en form for død (Yalom, 1980/1998, pp. 154f.; Rank, 1968, pp.123ff.).

Ud fra ovenstående kan det tyde på, at når en person får konstateret brystkræft, vil der med stor sandsynlighed forekomme tanker og spørgsmål, som retter sig mod dens overlevelse og tryghed. Dette kan frembringe dødsangst, som tvinger individet til at forholde sig og agere i angsten.

Yalom beskriver, hvordan chokerende livsbegivenheder kan svække personens forsvar, således at personen bliver bevidst om sin dødsangst (Yalom, 1980/1998, p.54). Jeg tænker, at brystkræft kan betragtes som en chokerende livsbegivenhed, der vil kunne få forsvaret til at svigte og aktivere dødsangsten hos personen. Når kvinden får stillet diagnosen brystkræft, bliver hun konfronteret med sin egen usårlighed og rammes i større grad af dødsangst. I den henseende vil hun særligt anvende to typer af forsvar i forhold til dødsangsten: Tro på egen særlighed og den endelige frelser. Disse forsvarsstrategier forekommer, når en person bliver konfronteret med døden eller mindet om, at den ikke skal leve evigt, hvilket vil ske, når en kvinde får brystkræft.

Ydermere vil en kvinde med brystkræft blive svækket rent fysiologisk, hvilket gør, at hun ikke vil være i stand til at gennemføre en hverdag på samme vis som før diagnosen (Loge, 2014, p.635). Personen vil derved blive mere afhængig af hjælp fra andre og mister således en del af sin autonomi. Ifølge Yalom kan manglende autonomi således medføre en øget dødsangst, som aktiverer forsvarsstrategien om den endelig frelser

(Yalom, 1998/1998, p.145f). Det, at der kan opstå mangel på autonomi, når en person bliver svækket rent fysiologisk, fører over i næste afsnit, som omhandler de vilkår, der opstår, når en person med diagnosen brystkræft, bliver konfronteret med friheden.

### **3.1.2. Frihed, ansvar og den dertilhørende isolation**

I følgende ses der på Yaloms opfattelse af menneskets frihed. En frihed, som gør det ansvarlig i forhold dets tilværelse. Dette er relevant i relation til dette speciale, da det, ifølge Yalom, kan skabe angst at erkende ansvarlighed for sig selv og sin verden (Yalom, 1980/1998, p.234). Frihed og ansvar er tæt forbundet, idet mennesket i forbindelse med sin frihed har ansvaret for de valg, der træffes igennem livet. Yalom forstår begrebet ansvar ud fra filosofen Jean-Paul Sartres definition af at være ansvarlig som *"det ubestridte ophav til en begivenhed eller et objekt"* (Yalom, 1980/1998, p.231). Yalom bygger videre og beskriver det at være sit ansvar bevidst som, at personen er i stand til at skabe sit eget jeg, livssituation, egne følelser, skæbne og sine egne lidelser. Er personen ikke sit ansvar bevidst, men skyder ansvaret for egne problemer over på andre, vil psykoterapi formentlig ikke have nogen særlig stor effekt (ibid.). Når en person vedkender sig sit ansvar, kan det være til en stor hjælp, da personen derved kan blive herre over sit eget liv og udnytte sit fulde potentiale og kvalifikationer. Personen er da bevidst om, at den selv er med til at skabe sit egen tilværelse og holdning hertil (Yalom, 1980/1998, pp. 231, 283). Med udgangspunkt i Sartres begreb om "modgangskoefficient" taler Yalom om, at alle mennesker møder modgang, som påvirker den enkeltes tilværelse, f.eks. fysisk handicap eller dårligt helbred. På trods af denne modgang har personen et ansvar og valg for, hvorledes det forholder sig til denne situation. Den enkelte er ansvarlig for, hvad den stiller op med handicappet, og hvilken holdning modgangen mødes med. Det er væsentligt, at personen er bevidst om, at den selv har ansvaret for, hvorvidt det er bitter, nedtrykt, vred eller, om den vil forsøge at håndtere situationen ved at skabe mening i livet på trods af modgangen. Ved at forholde sig til sit ydre miljø kan mennesket blive i stand til at acceptere og erkende sin givne modgangskoefficient. Denne vedkendelse af ansvar medfører ikke blot, at mennesket tilfører mening i dets liv, men ligeledes, at det har friheden og ansvaret for, såfremt at dette er muligt, at ændre på dets ydre vilkår og finde ny mening i det, der ikke kan ændres på (ibid.p.287f.). I sit terapeutiske arbejde

med kræftpatienter beretter Yalom om, at mange personer med en kræftsygdom oplever hjælpeløshed og dyb demoralisering. I den situation kan personen ofte have stor gavn af at indtage en aktiv og ansvarsbevidst holdning i forhold til sin sygdom. Særligt hjælpeløshed forekommer jævnlig i forbindelse med kræft, idet personen med en kræftsygdom sjældent er i stand til at have nogen personlig indflydelse på den fysiske tilstand. I den kontekst er personen dog i stand til og ansvarlig for, hvorledes den forholder sig til denne situation uanset den fysiologiske tilstand. Rent emotionelt betyder det at være ansvarsbevidst ikke, at personen ligeledes er ansvarlig for, hvad den oplever følelsesmæssigt, men er derimod ansvarlig for, hvorledes han eller hun forholder sig til sine følelser (Yalom. 1980/1998,pp.290f.). Ifølge Yalom er det sjældent, at en person ikke er klar over, hvad det skal gøre for at opnå forandring, men ofte tøves der med at påtage sig ansvaret for egen forandring og livssituation. Dette skyldes formentlig, at når først personen er i stand til at hjælpe sig selv, opnår det den skræmmende indsigt af, at den er ansvarlig for egne handlinger og må vedkende sig frihedens isolation, som består i at mennesket grundlæggende er alene (ibid.pp.250-252).

En kilde til angst i forbindelse med brystkræft kan formentlig være ensomhed og isolation. Ifølge Yalom er ensomhed med til at forstærke personens dødsangst (Yalom, 2008, p.102). Den eksistentielle isolation består af en adskillelse mellem mennesket og ethvert andet væsen og verden. Det er en isolation, der hverken kan fjernes eller afhjælpes igennem givende og tætte relationer til andre mennesker eller ved opnåelse af selvindsigt og personlig integration. Denne form for isolation er knyttet til selve menneskets eksistens og kan derved ikke undslippes. Den eksistentielle isolation aktiveres i særdeleshed i forbindelse med døden og friheden (Yalom, 1980/1998, p.375f.). Et menneske kan føle sig særdeles ensom, når det kommer frem til den erkendelse, at det skal dø alene, forstået på den måde, at der ikke er nogen, som kan dø sammen med det eller for det. I forbindelse med døden bliver individet isoleret fra resten af dets omverden og må dø alene (ibid. p.376). Ifølge Yalom kan en person, som er døende, opleve hverdagens isolation på flere måde. F.eks. kan de pårørende omkring den døende have en tendens til at undgå at tale om døden i frygt for at gøre den døende urolig samt blive påmindet om deres egen død. Ligeledes kan den døende tage isolationen på sig for ikke at bekymre de pårørende om den døendes fortvivlede verden

(Yalom, 2008, p.102). På samme vis, som døden medfører en eksistentiel isolation, skaber friheden ligeledes en følelse af isolation hos individet, idet der med friheden følger et ansvar for de valg og beslutninger, der træffes igennem livet. Disse beslutninger ligger hos individet selv. Yalom taler om det som en selvskabende proces, der er tæt forbundet med isolation. Han mener, at mennesket, ud over at skabe sig selv, ligeledes skaber sin egen verden. Verdenen er dog så camoufleret af hverdagen og de dertilhørende gøremål, som således tilslører verdenens tomhed og isolation. Det sker dog, at mennesket får en fornemmelse for den virkelige verden og oplever en eksistentiel fremmedgørelse, hvor ting og symboler mister deres mening (Yalom, 1980/1998, p.378). Det er formentlig i disse situationer, at der sker en konfrontation med isolationens angst.

I forbindelse med brystkræft tænker jeg, at mennesket selv er nødt til at tage ansvar for sin forandring, herunder dets holdning til sin livssituation, hvilket formentlig kan være en skræmmende og angstprovokerende proces for kvinder med en livstruende sygdom som brystkræft, idet hun bliver mindet om, at hun på flere tænkelige måder er alene i sygdomsforløbet. Derudover tænker jeg ligeledes, at konfrontationen med isolationen antageligvis forekommer, når en person får besked om, at det har brystkræft. En sygdom, som måske kan være livstruende og derved fremkalde angst. Yalom beskriver det som en situation, ”...,hvor virkelighedens scenetæppe et øjeblik rykkes til side, og vi får et glimt af maskineriet bag kulisserne” (Yalom, 1980, p. 378). Derudover kan det være en ensom proces, hvis kvindens pårørende frygter at tale om, at denne sygdom kan være livstruende, og kvinden derved er overladt alene med tanker herom.

### **3.1.3. Meningsløshed**

Ifølge Yalom søger mennesket efter mening igennem hele livet. Yalom mener, at mennesket i det hele taget er et meningskrævende væsen, hvilket skal forstås på den måde, at der søges efter mål, mening, værdi og idealer. Er individet ikke i stand til at finde disse, kan det føre til psykisk lidelse, f.eks. angst. Med udgangspunkt i det eksistentielle vilkår frihed, som er beskrevet tidligere, kommer det til udtryk ved, hvordan mennesket er alene om at skabe sig selv, dets verden og dets holdning til sin

livssituation igennem de valg, det træffer. Der er ingen større universal mening, men kun den mening, som mennesket selv skaber. Yalom stiller det således op som et paradoks ”*Hvordan skal et væsen, som behøver mening, finde mening i et univers, som ikke har nogen mening*” (Yalom, 1980/1998, p. 447). Yalom skelner mellem begreberne kosmisk mening og timelig mening. Kosmisk mening er, når der er en overordnet mening med livet, hvor mennesket udgør en del af et sammenhængende mønster. En hensigt med livet, som rækker sig ud over den enkelte. Kosmisk mening forekommer særligt i en religiøs kontekst, hvor der er nogle retningslinjer for, hvordan mennesket bør leve med udgangspunkt i f.eks. Guds mening med livet. Timelig mening er, når en person finder mening i sit eget liv og egen tilværelse. På trods af, at mange i dag er skeptiske over for den kosmiske mening med livet, har den en funktion i form af retningslinjer og guidning i forhold til, hvorledes mennesket bør leve sit liv (ibid. pp. 447ff.). Mennesket kan, ifølge Yalom, have indvirkning på meningsløsheden igennem engagement. Selv om ting ikke har nogen mening, kan det stadig godt have væsentlig betydning for den enkelte. Yalom beskriver, hvordan meningsløshed kun kan opstå, når mennesket betragter sit liv og mening med det ud fra, hvad han kalder et galaktisk perspektiv (Yalom, 1980/1998, p. 506f.). Ved at engagere sig helhjertet i sin omverden kan ting få betydning for personen og således have en positiv effekt på meningsløsheden (ibid. p.509).

I forhold til ovenstående tænker jeg, at i det øjeblik en kvinde får diagnosen brystkræft, vil hun formentlig blive konfronteret med meningen med livet. I den situation vil der måske både blive iværksat en søgen efter kosmisk samt timelig mening. Den kosmiske mening kan forekomme i forhold til, hvorvidt der er nogen dybere og større mening med, at personen rammes af denne sygdom. Hvorfor mig og hvorfor nu – er der en mening med, at mine pårørende og jeg skal igennem det her? Derudover tænker jeg den timelige mening med stor sandsynlighed komme i spil, eftersom individet formentlig vil spørge sig selv, hvad meningen er med mit liv? Har mit liv indtil nu været meningsfuldt, og hvorledes kan det eventuelt få tilført mere mening? Der kan tilmed også være spørgsmål som, hvad er meningen med at leve, når jeg er syg på den her måde? Har en kvinde med brystkræft svært ved at svare på ovenstående spørgsmål, tænker jeg det formentlig forårsager en form for meningsløshed og en dertilhørende angst.

### **3.2 Psykodynamisk tilgang til angst i forbindelse med brystkræft**

I henhold til specialets problemformulering handler nærværende afsnit om den psykodynamiske forståelse af angst. En af de fundamentale tanker i den psykoanalytiske forståelsesramme er, at personligheden udvikles i et komplekst samspil mellem sociale, biologiske og psykologiske faktorer (Kjølbye & Møhl, 2013, p.65). Personligheden består af psykiske kræfter i form af drifter, forsvarsmekanismer, affekter samt det ubevidste. Samtidig har moral og værdier, i samspil med omgivelserne, en central betydning for udviklingen af personligheden (Kjølbye, 2013, p.71). Der skelnes mellem konfliktpatologi og mangelpatologi. Konfliktpatologi, skyldes indre konflikter mellem personens impulser og behov over for omgivelsernes krav og forventninger. Mens mangelpatologi ikke er baseret på en konflikt, men på en intrapsykisk mangel som f.eks. en defekt selv-struktur, mangel på objekt konstans, identitetsdiffusion m.v. (Killingmo, 1989, p. 65). Bliver en person udsat for påvirkninger, som udstiller konflikter eller mangler, udløser det angst, som aktiverer automatiske forsvarsmekanismer i et forsøg på at undgå eller begrænse angsten (Kjølbye & Møhl, 2013, p.65).

Til at afdække forståelsen af angst ud fra et psykodynamisk perspektiv er der primært anvendt fire forskellige teoretikere: Freud, Bowlby, Garland og Kernberg. Freuds teorier om angst omfatter neurotisk angst, signalangst og realangst. Disse teorier er centrale for forståelsen af angst, idet disse teorier kan anvendes som mulig forklaringsgrundlag for, hvorfor nogle personer er mere disponerede for at udvikle angst i forbindelse med brystkræft end andre. Ydermere giver Freuds teorier en historisk dimension i forhold til, hvorledes der er sket ændringer i den psykoanalytiske forståelse af, hvad der kan føre til angst. Bowlbys teori om separationsangst synes relevant for den psykodynamiske forståelse af angst, eftersom adskillelse eller trussel om adskillelse fra sine nærmeste kan gøre personer disponerede for at udvikle angst, når de får konstateret en alvorlig sygdom som brystkræft. Derudover synes Bowlbys teori at ligge sig tæt op af Freuds teori om signalangst, dog med visse modifikationer. Ydermere har jeg valgt at belyse brystkræft som et traume, som kan medføre angst hos personen. Her er primært anvendt klinisk psykolog Caroline Garlands psykoanalytiske tilgang til traume, hvor hun kommer ind på personens sårbarhed som en væsentlig faktor i forhold til, hvorvidt en person udvikler angst. Til afsnittet om brystkræft som



et traume er der tilføjelser af psykoanalytiker og forfatter Judy Gammelgaard, der med udgangspunkt i Freuds traumeteori beskriver, hvordan det varierer fra person til person, om en situation opfattes som traumatisk eller ej. Afslutningsvis på den psykodynamiske forståelse af angst er der gjort rede for Kernbergs narcissismeteori, hvilket, jeg mener, er relevant for specialet, idet angst kan opstå som en reaktion på narcissistiske problemstillinger, hvis et menneske ikke kan leve op til dets idealer.

For det samlede teoretiske afsnit gælder, at der på tværs af de fremhævede teorier løbende inddrages sundhedspsykologisk litteratur, som benyttes til at sammenkoble den psykodynamiske litteratur med brystkræft. Her benyttes hovedsageligt teori af Loge samt klinisk psykolog Tamara McClintock Greenberg, Carsten Rene Jørgensen og Finn Skårderud.

Teoriene vil senere i specialet blive diskuteret i forhold til udviklingen af angst, samt hvorfor der er nogle personer udvikler angst i forbindelse med brystkræft, mens andre ikke oplever de symptomer.

### **3.2.1. Freuds angstteorier**

I specialet er der valgt at redegøre for Freuds teorier om angst, for selv om Freud ikke direkte beskæftiger sig med angst ved brystkræft, giver teoriene en forståelse for, hvorfor nogle er mere disponerede for at udvikle angst i en sådan situation.

Freuds angstteori er genstand for løbende udvikling, hvilket gør, at psykodynamiske teoretikere som Tähkä, Olsen & Køppe og Mortensen således taler om Freuds første og anden angstteori (Tähkä, 1983; Olsen & Køppe, 1997; Mortensen, 2011). I følgende delafsnit redegøres der først for *neurotisk angst*, som er Freuds første angstteori derefter redegøres der for hans anden angstteori, *signalangst*, efterfulgt af et afsnit om *realangst*, som opstår i forbindelse med reelle ydre farer.

#### **3.2.1.1. Neurotisk angst**

I Sigmund Freuds (1856-1939) første angstteori forstår han angst som en reaktion på hæmmet libido (seksualdrift). Freud bygger sin teori ud fra antagelsen om, at mennesker som lider af angst, ligeledes lever i seksuel afholdenhed eller på anden vis

ikke får tilfredsstillet sine seksuelle energier og lyster. Når en bestemt tærskel overskrides, og psyken således består af mere driftsenergi, end det er muligt for den at binde eller udlade, omdannes opdæmmede libido til angst (Tähkä, 1983, p. 45). Det er egoet, der via forsvarsmekanismerne hindrer libido i at komme til udtryk på direkte vis og hæmmer personen i at få afløb for sin seksuelle energi. Personen reagerer derved med angst (Freud, 1917/1933/2004, pp. 307ff.; Tähkä, 1983, p. 48). Ifølge Freud er en forsvarsmekanisme som fortrængning central i denne angstteori, idet angst er en reaktion på fortrængning (Mortensen, 2011, p. 52).

Neurotisk angst kommer, ifølge Freud, til udtryk som en nervøsitet i form af overdreven pirrelighed og ængstelighed (Freud, 1917/1933/2004 p. 307). Betegnelsen angstneurose anvendes kun i tilfælde, hvor angsten er frit flydende og derved ikke kan føres tilbage til fantasier eller forestillinger, som er forbundet med tidligere traumatiske oplevelser (Olsen & Køppe, 1997, pp.223f.).

#### **3.2.1.2. Signalangst**

I det, som kaldes Freuds anden angstteori, er der større fokus på, at angst kan opstå som et signal til ego'et i forbindelse med tab eller separation. Angst er dermed ikke udelukkende en affekttilstand, som forekommer under faretruende situationer (Blass, R., 2013, pp. 121ff). Signalet til ego'et forekommer i forbindelse med situationer, som kan udvikle sig til at blive traumatisk. Traumatisk, idet personen er i risiko for at blive overvældet af sine instinktive behov uden at være i stand til at kontrollere dem. For at håndtere dette kan der anvendes forsvarsmekanismer som f.eks. fortrængning. Fortrængning bliver dermed en reaktion på angsten og ikke årsagen til angst. Denne form for angst kalder Freud for *signalangst* (Mortensen, 2011, p.52). I barndommen bliver barnet jævnlige udsat for situationer, som kan ende med at blive traumatisk, og hvor barnet bliver overvældet af sine instinktive behov. Et spædbarn er styret af dets lystprincipper, hvilket gør, at det kræver en øjeblikkelig tilfredsstillelse af sine driftsspændinger. I den sammenhæng er spædbarnet afhængig af, at moderen eller en anden omsorgsperson opfylder dets behov. Moderen er dog ikke altid i stand til umiddelbart at opfylde disse behov, og barnet er nogle gange nødsaget til at vente på moderen. Derved opstår der en øgning af en indre spændingstilstand, som først

reduceres, når moderen aktivt tilfredsstiller spædbarnets behov (Freud, 1959/1975, pp.137f; Tähkä, 1983, p. 45). Når der opstår en traumatisk situation, som beskrevet ovenfor, vil det, ifølge Freud, automatisk udløse en oplevelse af angst eller et forstadium dertil (ibid). Barnet er ikke klar over, at den oplevede frygt handler om egne behov, som kun kan opfyldes ved hjælp fra moderen. Barnet kæder hurtigt fraværet af moderen sammen med en faresituation, som kan udvikle sig til en traumatisk situation. Der kan derfor opstå frygt i forbindelse med adskillelse fra moderen, og barnet reagerer med en vis mængde angst, som går forud for en mere intensiv angst, der kan opstå, hvis situationen udvikler sig til at blive traumatisk (Freud, 1959/1975, pp.137f). Angsten bliver en advarsel til ego'et om at iværksætte de midler, det har tilgængelig, for at afværge en ellers uudholdelig følelsetilstand, som kan ende med at blive traumatisk for barnet (Tähkä, 1983, p. 46). Ifølge Freud er der flere forskellige situationer i barndommen, som kan føre til signalangst (Mortensen, 2011, p. 52). Freud beskriver individets første angsttilstand som den, der opstår i forbindelse med fødslen, hvor det nyfødte spædbarn bliver adskilt fra sin mor (Freud, 1959/1975, p. 133f.). Den angst, som er forbundet med adskillelse fra moderen betegnes som separationsangst. Med tiden udvikles relationen mellem barnet og dets forældre, således at det ikke længere er den fysiske adskillelse, der skaber frygt, men i stedet frygt for tabet af kærlighed fra et elsket objekt, som primært vil være moderen. Denne form for angst forekommer i tilfælde, hvor barnet i løbet af barndommen oplever forældrenes vrede, kritik, afstraffelse eller mangel på accept ved forskellige hændelser (Tähkä, 1991, p. 46f.).

I forbindelse med dannelsen af superego'et, som er en internalisering af forældrenes moral, opstår der en mulighed for, at superego'et udgør en trussel om straf og manglende accept. Angsten kommer til udtryk som følelser af skam og skyld, når barnet er bevidst om, at dets adfærd ikke er ønskværdig hos forældrene.

Ifølge Freud vil de frygt- og faresituationer, som stammer fra barndommen, på et ubevidst plan fortsætte med at præge en person i en vis grad igennem resten af dets liv (Tähkä, 1991, p. 46f.).

### **3.2.1.3. Realangst**

Foruden de to angstteorier, hvor angsten opstår i forbindelse med trusler, som kommer fra personens indre, nævner Freud ligeledes realangst ved naturlig udefrakommende farer. Realangst optræder som en reaktion, der forekommer, når der opleves en ydre fare, som er forståelig og rationel. Freud beskriver angst som jeg'ets reaktion på fare, efterfulgt af et signal om flugt. Dette kan f.eks. være ved en hændelse, hvor individet kan forudse, at det vil blive påført skade, og som ligeledes er forbundet med individets flugtrefleks i forbindelse med selvopholdelsesdriften. Denne form for angst afhænger og varierer alt efter personens viden, samt hvorvidt det oplever en følelse af magtesløshed i en faretruende situation. En situation kan både være angstfremkaldende, når en person er oplyst, og når der er mangel på viden (Freud, 1917/1933/2004, pp. 303, 311). F.eks. vil den uvidende ikke reagere på hævelse i huden – tænke, at det nok er en fedtknude eller lignende. Mens den vidende person, der er oplyst om kræft vil blive voldsom angst og tro, at det er en metastase.

Med henvisning til ovenstående redegørelse omkring Freuds angstteorier synes der belyst en række faktorer som forklaringsgrundlag for, at nogle personer er mere disponerede i forhold til at udvikle angst i forbindelse med en kræftdiagnose. Ud fra Freuds teorier vil en person være disponeret til at udvikle angst, hvis dens libido er opdæmmet eller, hvis det i barndommen har oplevet situationer, som har kunnet udvikle sig til at blive traumatisk enten i forbindelse med separation fra dets omsorgspersoner eller frygt for tab af kærlighed fra et elsket objekt. Derudover vil en reel udefrakommende fare som f.eks. en kræftsygdom kunne føre til angst. Denne angst vil være forbundet med personens viden i forhold til den pågældende fare.

### **3.2.2. Separationsangst**

I dette afsnit redegøres der for Bowlbys teori om separationsangst. Ifølge Mortensens tolkning af Bowlbys tilknytningsteori gør Bowlby op med den klassiske driftsteori og lægger sig i stedet op ad objektrelationsteoriene. Hvor Freud har fokus på drifterne og det intrapsykeiske lægger Bowlby vægt på det interpersonelle i form af tilknytningen mellem barn og tilknytningspersoner (Mortensen, 2011, pp. 200-204, 223ff.). I

forlængelse af Freuds teori om signalangst, hvor angst opstår som følge af separation eller tab, arbejder Bowlby med begrebet separationsangst.

Bowlby mener, at når et barn adskilles fra sin omsorgsperson, kan det føre til en tilstand af intens angst hos barnet. Dette gør, at når barnet fremadrettet fornemmer nogen form for separation, aktiveres der en vis grad af angst (Bowlby, 1973, p. 377). Ifølge Bowlby opstår angst ikke udelukkede i forbindelse med selve separationen fra en elsket person, men forekommer ligeledes ved hændelser, hvor der er en trussel om separation. Truslen i sig selv kan være nok til at udløse angst (ibid. p. 77). Ved tilstedeværelse af moderen eller en anden omsorgsperson vil et barn med stor sandsynlighed udforske sine omgivelser fyldt med selvtillid og mod. Hvis moderen derimod er fraværende, vil barnet formentlig blive angst og forsøge at finde moderen. Angsten vil i den forbindelse først ophøre, når moderen er fundet (ibid. p. 31). Ifølge Bowlby er mennesket grundlæggende disponeret i forhold til at udvikle separationsangst, idet denne respons på separation ikke kun forekommer hos mennesker, men ses ligeledes hos dyreunger. Ydermere reagerer både dyr og mennesker med angst selv i situationer, hvor der ikke er nogen betydelig risiko for smerte eller fare, men hvor der figurerer en forøget risiko for, at situationen kan blive farlig (ibid. p.178; Mortensen, 2011, p. 217). Bowlby arbejder i sin teori med forskellige hypoteser. Disse går på, hvorvidt separationsangst ikke nødvendigvis er noget tillært, men en medfødt reaktion, eller om mennesket har tillært sig separationsangsten gennem tidligere erfaringer, som har været skræmmende og medført angst (Bowlby, 1973, pp.178ff.).

Separationsangst ved livstruende sygdom kan forekomme i tilfælde, hvor f.eks. ægtefælder eller familier bliver adskilt fra hinanden pga. indlæggelse på sygehuset (Dahl, 2014b, p. 200). Derudover vil separationsangst formentlig også opstå, hvis f.eks. brystkræften viser sig at være livstruende og derved udgør en trussel om permanent separation fra sine kære i form af døden.

### **3.2.3. Brystkræft som traume**

Der er i dette afsnit valgt at redegøre for Caroline Garlands forståelse af angst som en reaktion på et traume. Dette synes relevant i nærværende speciale, eftersom en

kræftsygdom kan udvikle sig til en traumatisk hændelse (Greenberg, 2009, p. 37). Når en kvinde får diagnosticeret brystkræft, kan situationen således aktivere en traumereaktion, som kan medføre angst.

Garland tager udgangspunkt i bl.a. Freuds psykoanalytiske overbevisning om, hvorledes en traumatisk begivenhed påvirker et menneske, idet hun mener, det er væsentligt, at der ved en traumatisk hændelse opnås en dybere viden om netop denne begivenheds betydning for den enkelte. Derved er der fokus på personens barndom og udvikling, idet tidligere relationer er med til at skabe senere mentale strukturer og har en vedvarende og aktiv påvirkning på personens indre verden. Tidligere erfaringer med andre vil, ifølge Garland, med stor sandsynlighed have indvirkning på, hvorledes den enkelte påvirkes psykisk i forbindelse med en traumatisk hændelse i den ydre verden (Garland, 1998, p. 4). Garland definerer et traume som en hændelse, der: ”*overwhelms existing defences against anxiety in form which also provides confirmation of those deepest universal anxieties*”(Garland, 1998, p.11). Ved en traumatisk hændelse oplever personen, at dets forsvar mod angst overvældes, hvilket kan medføre en dyb universal angst. I den psykodynamiske tilgang og forståelse af et traume og traumereaktionen er der stor fokus på personens tidligere historie i form af tidligere oplevelser i barndommen og opvækst eller tilfælde af tidligere traumer (ibid. p. 6). Forhistorien er med til at forme og danne personlighed, karaktertræk og personens indre verden. Dette har stor indvirkning på den enkelte persons sårbarhed i forhold til, hvorledes en hændelse opleves som mere eller mindre traumatisk (ibid.p.23). Ifølge Gammelgaard kan det dermed være forskelligt, hvad den enkelte oplever som traumatisk. Hvornår i livet den traumatiske hændelse sker kan ligeledes have indflydelse, idet hver alder synes at have nogle særlige vilkår for, hvornår en hændelse kan udvikle sig til at blive et traume. Det, som er traumatisk for et barn, er ikke nødvendigvis traumatisk for en person i teenagelæren eller for en voksen (Gammelgaard, 2008, pp.158f.). Gammelgaard referer til Freuds ovenstående angstteori, hvor forskellige faresituationer kan føre til udviklingen af et traume: Farer, der kommer fra trusler fra den ydre verden eller angst, som kommer indefra via driftslivet eller samvittigheden. Faresituationerne, som kan udløse angst synes forskellige fra person til person, alder og tidligere erfaringer. For personer, som har oplevet tab og adskillelse tidligere i livet, kan adskillelse føre til angst (Gammelgaard,

2008, pp.158ff.). Ifølge Garland kan en traumatisk begivenhed nedbryde en persons egenskaber, således at almindelige funktioner bliver sat ud af spil, uanset hvor velfungerende en person ellers har følt sig før hændelsen. Der er tale om et ”breaking point”, hvor personens forsvar over for indre og ydre angstprovokerende stimuli og impulser bryder sammen. Personen vil da blive overvældet af en voldsom psykisk reaktion, som gør den sårbar over for en intens angst(Garland, 1998,pp.10f, 22f). Den traumatiske hændelse vil kunne medføre en traumatisk reaktion, som kan vække primitive impulser, frygt og angst samt øge personens sårbarhed. Det psykiske forsvar har til formål at beskytte individet mod indre og ydre stimuli, som kan udvikle sig til angst. Det psykiske forsvar er tæt forbundet med personens sårbarhed, som er et resultat af individets indre verden af tidligere positive og negative erfaringer fra barndommen, karaktertræk og personlighed. Derudover spiller kulturelle vilkår ligeledes ind og påvirker sårbarheden. Personens sårbarhed er dermed et sammenspil mellem objektive, subjektive, interne og eksterne faktorer (Garland, 1998, pp. 10f., 22f.).

Ud fra ovenstående peger det på, at der er en række faktorer og hændelser, som gør, at når en kvinde får brystkræft, kan det udvikle sig til et traume, som kan skabe en dyb angst. Ifølge Garland er kvindens sårbarhed i form af personlighed og forhistorie således afgørende for, hvorvidt en hændelse som brystkræft opleves som traumatisk.

#### **3.2.4. Narcissisme**

I det følgende afsnit redegøres der for forståelsen af narcissisme ud fra et psykodynamisk grundlag. Der er i specialet valgt at beskæftige sig med narcissisme, da en reaktion ved alvorlig somatisk sygdom ofte medfører narcissistiske træk (Dahl, 2014a, p. 32). De narcissistiske træk kan forekomme, når et mennesket ikke kan leve op til dets idealer, hvilket kan være ganske angstfremkaldende (Jørgensen, 2012, pp.125-127). Narcissisme defineres som personens kærlighed til sig selv, som indeholder aspekter som f.eks. grandiositet (storhedsfølelse), selvoptagethed og følelsen af at være noget ganske specielt (Dahl, 2010, p.556).

Til at belyse narcissisme har jeg valgt at anvende teoretikeren Otto Kernberg, som har en psykodynamisk tilgang til narcissisme med fokus på objektrelationernes

indflydelse. Til sidst i afsnittet vil der blive inddraget passager, hvor narcissisme og brystkræft kobles sammen. Her gøres der primært brug af teoretikerne Loges og Greenbergs opfattelse af psykiske reaktioner på somatisk sygdom, heriblandt narcissisme.

#### **3.2.4.1. Psykodynamisk tilgang til narcissisme**

Freud viser på et tidligt tidspunkt interesse for fænomenet narcissisme og definerer det som: ”*Libido that has been withdrawn from the external world has been directed to the ego and thus gives rise to an attitude which may be called narcissism.*” (Grenyer, 2013, p.20). Freud opfatter således narcissisme i sammenhæng med en driftsafhængig kontekst, hvori en persons libido føres over i egoet og skaber en narcissistisk fremtoning. Inden for den psykodynamiske forståelse af narcissisme har bl.a. teoretikeren Otto Kernberg haft fokus på begrebet. Kernberg tillægger objektrelationsteorien en væsentlig værdi i forbindelse med narcissisme. I nærværende vil fokus primært være på narcissistiske træk og ikke på en narcissistisk personlighed eller narcissistisk personlighedsforstyrrelse, som Kernbergs teorier hovedsageligt omhandler. På trods af dette anvendes Kernbergs teorier i specialet, idet hans teorier giver en forståelse for, hvorfor nogle personer udvikler narcissisme, og hvorledes narcissisme kan komme til udtryk.

Kernberg har et udviklingspsykologisk syn på narcissisme, hvor den klassiske driftsteori integreres med egopsykologien (Sigrell, 1994, p.109). I hans teori skelnes der mellem patologisk og normal narcissisme.

#### **3.2.4.2. Normal narcissisme**

Normal narcissisme beskriver Kernberg som: “*the libidinal investment of the self*” (Kernberg, 1975, p.315). I barnets tidlige udviklingsprocesser opstår der en række trin i forbindelse med barnets tidligste internalisering af signifikante andre. Her ændres barnets internaliserede objektrelationer<sup>3</sup> til en normal ego-identitet (Kernberg, 2004, p. 9). Selvet er, ifølge Kernberg, en intrapsykisk struktur, som både stammer fra forstadier i ego’et og ligeledes udgør en del af ego’et (Kernberg, 1984, pp.192, 230).

---

<sup>3</sup> Barnets internaliserede objektrelationer: barnets indre objektrelationer (Gads psykologi leksikon, 2007, p. 273).



Selvet indeholder flere selvrepræsentationer samt de affektive disponeringer, som hører dertil. Selvrepræsentationer er personens egen opfattelse af sig selv i interaktion med signifikante andre samt fantasier om de interaktioner, som barnet indgår i. Det er igennem interaktion med andre, at barnet danner sine erfaringer og oplevelser om sine egne indre repræsentationer og andre objekter samt deres indbyrdes relation (Kernberg, 1975, pp.315f.).

En person med normal narcissisme er ifølge Kernberg kendetegnet ved at have et integreret selv, hvor personen har en realistisk opfattelse af sine egne ønsker, kompetencer og langsigtede forpligtelser. Ydermere er der ved normal narcissisme et velintegreret billede af signifikante andre, hvilket indebærer en evne til at udvise empati og vurdere andre samt kunne investere emotionelt i andre. Det at kunne investere emotionelt i andre medfører en egenskab til på moden vis at være afhængig af andre samtidig med, at personen opretholder en følelse af selvstændighed (Kernberg, 2004, p.8). Ved normal narcissisme har personen en stabil, høj og realistisk selvværdsfølelse, som ifølge Kernberg kan øges af nogle bestemte faktorer. Disse faktorer kan f.eks. være lav spænding mellem superego og ego, således at der er en god sammenhæng mellem personens ideal selv og dens egentlige selv (Kernberg, 1975, p.318ff.; Kernberg, 2004, p.8).

#### **3.2.4.3. Patologisk narcissisme**

Selvværdsfølelsen er central ved patologisk narcissisme, idet en afvigende regulering af selvværdsfølelsen er et karaktertræk ved denne form for narcissisme. Dette kan komme til udtryk ved, at selvværdsfølelsen varierer i forhold til, hvorvidt personens relationer til andre viser sig som positive eller frustrerende (Kernberg, 2004, p.45f.). Selvværdsfølelsen påvirkes ligeledes af forholdene mellem personens mål og forventninger og den egentlige præstation. Superego'ets pres på ego'et har indvirkning på reguleringen af selvværdsfølelsen. Jo større pres superego'et ligger på den infantile moralisering<sup>4</sup>, i form af ubevidste forbud og krav om perfektionisme, jo lavere kan selvværdsfølelsen blive (ibid p.46). Ydermere kan manglende tilfredsstillelse af instinktive behov af både libidinøs og aggressiv form forårsage en lav

---

<sup>4</sup> Moralisering i barndommen

selvværdsfølelse, som kan komme til udtryk seksuelt via afhængighed af andre eller gennem en aggressiv stræben (ibid.).

Ifølge Kernberg er det patologiske grandiose selv en fremtrædende faktor ved patologisk narcissisme. Det patologiske grandiose selv indeholder personens reelle selv, ideal selv og dens objektrepræsentationer. Dette samles i et selvkoncept, som er præget af en urealistisk idealisering (Kernberg, 1984, p.190f.; Kernberg, 2004, p.19). Opstår der en situation, hvor personen føler sig devalueret, eller der forekommer aggression, som er forbundet med personens selv eller dets objektrepræsentationer, kan det aktivere forskellige forsvarsmekanismer. Heriblandt dissociation, projektion<sup>5</sup> eller fortrængning (ibid.).

I forhold til ovenstående redegørelse af narcissisme vil en kvinde med brystkræft også kunne blive påvirket af mange af det senmoderne samfunds idealer. Bl.a. har det senmoderne samfund et kropsideal (Skårderud, 2000, p.93), som kvinden måske ikke længere kan leve op til, hvis hun f.eks. har fået fjernet sit bryst. Et tab, som jeg tænker, der ligeledes kan påvirke hendes seksualitet. Ydermere kan det føre til et brist på hendes hidtidige narcissistiske illusion om, hvis hun dyrker motion, spiser det rigtige og lever sundt, så belønnes hun med et godt og langt liv (Jørgensen, 2012, pp.125-127). Når det ikke er muligt at leve op til disse idealer, kan det føre til angst.

Narcissisme hos personer, som er alvorligt syge, er, ifølge Greenberg, ofte en refleksion af personens forsøg på at undgå tanker om egen sårbarhed (Greenberg, 2009, p. 62). Opmærksomhed på egen sårbarhed kan betragtes som en form for devaluering, hvor personen bliver bevidst om ikke at være så unik og speciel som først antaget, hvilket jeg tænkes kan at være med til at øge angstniveauet hos personen med brystkræft.

---

<sup>5</sup> Dissociation: bevidsthedsspaltning (Gads psykologi leksikon, 2007, p.123).

Projektion: ubevidst psykologisk mekanisme, hvor noget indre tillægges noget ydre (Gads psykologi leksikon, p.476).

### **3.3. Behandling med eksistentiel psykoterapi**

I følgende afsnit redegøres der for eksistentiel psykoterapeutisk behandling. Praktiserende psykolog og professor Bo Jacobsen og specialpsykolog Klaus Pedersen beskriver, hvordan alle mennesker oplever en angst, en grundangst, som stammer fra vores viden om, at livet en dag slutter, og mennesket selv er ansvarlig for at få det bedste ud af livet. Eksistentiel psykoterapi er en terapiform, som arbejder ud fra opfattelsen af, at hvis klienten ser sine eksistentielle livsvilkår i øjnene, kan terapien styrke klientens evne til at håndtere livets udfordringer fremover (Jacobsen & Pedersen, 2013, pp.100-102).

I følgende del af specialet, som behandler eksistentiel psykoterapi, er der valgt at gøre brug af den eksistentielle teoretiker Yalom og hans tilgang til en eksistentiel behandling. Her er fokus på de førnævnte eksistentielle grundvilkår døden, friheden, isolationen og meningsløsheden. Disse vilkår kan være angstprovokerende, og klient og terapeut vil i fællesskab undersøge, om klientens angst bunder i en dybereliggende angst, som skal konfronteres, for at kunne føre til personlig vækst (Yalom, 1980/1998, pp.173, 290f, 420). Ved at gøre rede for de psykoterapeutiske strategier, vil det give en forståelse af, hvorledes en terapeut med en eksistentiel baggrund vil kunne arbejde med og behandle en klient, som lider af angstsymptomer i forbindelse med brystkræft.

Med udgangspunkt i de nævnte eksistentielle grundvilkår ses der her på døden og dens betydning for det psykoterapeutiske arbejde med angsten samt, hvilke behandlingsteknikker og problematikker der kan være i den henseende. Derefter følger et afsnit om det psykoterapeutiske arbejde med den eksistentielle frihed og ansvaret, som følger med. Herefter kommer et afsnit om eksistentiel psykoterapi i forhold til isolation, hvor der særligt er fokus på relationen mellem klient og terapeut. Dette leder over i det sidste livsvilkår, meningsløsheden, som ifølge Yalom bedst bearbejdes ved engagement i livet.

#### **3.3.1.Døden**

Dette afsnit beskæftiger sig med døden og dødsbevidstheden i psykoterapi ud fra et eksistentielt synspunkt. Dette er valgt, eftersom døden og dødsangst er temaer, som med stor sandsynlighed vil blive aktiveret i forbindelse med behandling af klienter

med brystkræft. Afsnittet beskæftiger sig med døden og dødsangstens betydning for klienten samt psykoterapeutiske metoder, som er væsentlige, når en eksistentiel psykoterapeut arbejder med klientens dødsbevidsthed og dødsangst, heriblandt sikkerhed og mestring. Til sidst i afsnittet fokuseres der på de problematikker, som kan forekomme, når psykoterapien omhandler døden.

Yalom er af den overbevisning, at psykoterapeutisk arbejde med døden og dødsbevidstheden har flere funktioner, idet han mener, at døden både er menneskets primære kilde til angst, samtidig med, at dødsbevidstheden ligeledes kan føre til en gennemgribende ændring af en persons livsperspektiv (Yalom, 1980/1998, p. 173).

Med udgangspunkt i sit arbejde med uhelbredelige syge kræftpatienter mener Yalom, at det via psykoterapi er muligt at arbejde med dødsbevidstheden (Yalom, 1980, p.179). Gennem en øget dødsbevidsthed kan det, ifølge Yalom, føre til personlig forandring hos den enkelte, idet døden kan være en ”grænsesituation”, hvor klienten bliver konfronteret med sin eksistentielle position i verdenen. Det at blive konfronteret med sin egen dødelighed kan have så markant en indvirkning på en person, at det kan medføre en radikal ændring i personens måde at leve og tænke på (ibid, pp.173, 179). Når en person bliver bevidst om sin egen dødelighed, kan det frembringe en større taknemmelighed i forhold til ting, som førhen blev taget for givet (ibid.pp.177).

Yalom er af den overbevisning, at døden er den primære angstkilde. Angsten for døden kommer sjældent til udtryk på direkte vis i forbindelse med psykoterapi, da terapeuten kun indirekte beskæftiger sig med manifestationer og afværgereaktioner i forhold til dødsangst (Yalom, 1980/1998.p.202f.). Ifølge Yalom er angst en del af livet og en faktor, som er til stede ved ethvert menneske, som er i vækst og kreativ udfoldelse (ibid. p.181). Den fulde erkendelse og bevidsthed omkring døden er vanskelig at leve i, så der vil ofte benyttes et forsvar som fortrængning for, at personen kan håndtere sin dødsangst (Yalom, 2008, p.12). Fortrængningen omkring dødsangst er særlig svær at trænge igennem, hvilket var en af hovedårsagerne til, at Yalom begyndte at arbejde og behandle personer med livstruende sygdom, idet netop denne type klienter har svært ved at benægte deres dødsangst, og dermed er fortrængningen nemmere at bryde (Yalom, 1980/1998, p.190). På trods af, at dødsangst sjældent viser sig i direkte form i terapien, mener Yalom, at dødsangst altid vil vise sig i forbindelse med intensiv

langtidsterapi og bør dermed medtænkes som en del af den terapeutiske proces. Døden betragtes af Yalom som den primære kilde til angst og er derved tæt forbundet med selve eksistensen, hvilket gør, at angsten både er vejviser og fjende på samme tid. Yalom skriver: ”*Vi kan hverken leve livet eller møde døden uden angst*” (Yalom, 1980/1998, p. 202). Ved at arbejde med angsten for døden gennem identificering og undersøgelse af angsten, bliver det muligt for klienten at komme frem til en større erkendelse og bevidsthed omkring døden (ibid.). Ifølge Yalom kan arbejdet med døden give klienten en forståelse af angsten og fungere som et tolkningsgrundlag. Derudover kan erkendelse af døden blive en grænseoplevelse, der kan ændre personenes livsperspektiv (ibid. pp. 122, 228). I den sammenhæng er det væsentligt, at terapeuten så vidt muligt hjælper klienten med at komme frem til en erkendelse af døden. Terapeuten skal ikke frembringe denne erkendelse, men være en hjælpende aktør i processen (Yalom, 1980/1998, pp.173, 179). Angst er en del af livet og skal dermed ikke fjernes. Terapeuten skal derimod, i samarbejde med klienten, få angsten ned på et niveau, hvor det er håndtérbart for klienten og kan føre til videre udvikling (ibid. p.202). En måde, hvorpå det kan være muligt at få angsten ned på et håndtérbart niveau, kan være ved brug af døds-desensibilisering. Ved døds-desensibilisering hjælper terapeuten klienten med at håndtere og kontrollere sin angst ved gentagende gange at udsætte klienten for en mindre mængde angst. Denne metode bruges ligeledes til at overvinde andre rædsler i livet med udgangspunkt i teorien om, at klienten formentlig kan vænne sig til alt ved hjælp af gentagen kontakt med det, som fører til angsten (Yalom, 1980/1998, pp. 225ff.).

### **3.3.1.1. Sikkerhed og mestring**

For at arbejdet med dødsangsten kan føre til personlig udvikling, er en af terapeuten opgaver at forøge klientens følelse af sikkerhed og mestring. Yalom mener, at der i forbindelse med indsigt følger en følelse af mestring, som gør, at personen føler sig mindre formålsløs, alene og hjælpeløs, på trods af, at indsigten paradoksalt medfører en erkendelse af, at mennesket er ganske alene og hjælpeløs (Yalom, 1980/1998, p.204). Et forklaringsystem har en vigtig funktion for terapeuten, da det er med til at strukturere det kliniske materiale og giver en ideologisk referenceramme. Det at søge efter årsagsforklaringer ud fra spørgsmål om klientens forhistorie kan være med til at forklare klientens aktuelle tilstand. Yalom er af den overbevisning, at denne form for

terapeutisk strategi er forkert, men på trods af dette har det en givende funktion i terapien (ibid. pp.204f).

Når terapeut og klient i samarbejde kan forklare og forbinde det, der sker i klientens liv, kan der dannes sammenhængende og forudsigelige mønstre, som er af stor betydning for klientens følelse af kontrol. Når det er muligt at sætte det, der sker, ind i en årsagssammenhæng, kan det give en følelse af kontrol, da tingene derved ikke bliver nær så fremmede og skræmmende. Yalom kalder det et system af antagelser, som kan være med til at give klienten sammenhæng i det, terapeuten siger. Derudover har et system af antagelser den funktion, at klienten bliver bevidst om, at der ikke er nogen tabuemner i terapien (ibid. pp.204f). Terapeutens forklaringsystem kan være abstrakt og kompliceret samt bygget på ubevidste strukturer, hvilket kan gøre det svært at overføre det direkte til klienten. Terapeuten kommer ikke med eksplicite og udtømmende tolkninger omhandlende klientens ubevidste oprindelse af problematikkerne, men vil med sin situationsførmelse kunne sige meget, som på et uudtalt niveau kan genkendes af klientens ubevidste og derved give klienten en følelse af at blive forstået (ibid.204f). Udredning af fortiden indebærer, at klient og terapeut har et fælles udgangspunkt, som de er sammen om at undersøge. Dette er med til at binde og holde dem sammen, således at den terapeutiske relation kan få et godt fundament. Den terapeutiske relation er med til at skabe den tillid og tiltro til terapeuten, som er grundlæggende for et terapiforløb. Ifølge Yalom er den terapeutiske relation den egentlige forandringsfaktor (ibid.).

Yalom gør desuden brug af analyse og diskretion, hvor terapeutens opgave er at hjælpe klienten med at adskille de sekundære følelser af hjælpeløshed fra den egentlige hjælpeløshed, som formentlig forekommer, når klienten bliver konfronteret med sin eksistentielle situation, som her er døden. Ved at opfordre klienten til at undersøge og udrede de forskellige komponenter af angsten for døden kan døden komme til at virke mindre skræmmende. Dette skyldes, at når frygtkomponenter som: Smerten i forbindelse med døden, angsten for det ukendte, bekymringer omkring familien, ensomhed, tab af betydning og magt samt frygt for, hvad der vil ske med kroppen m.m. undersøges hver for sig og rationelt, virker de ikke nær så angstprovokerende som angst for døden i sin helhed. Yalom har dog erfaret, at klienter, som analyserer deres

dødsangst, beretter, at deres reaktion ikke bunder i ovenstående frygtkomponenter, men derimod fra noget mere primitivt og ubeskriveligt (Yalom, 1980/1998, p. 226f).

### **3.3.1.2. Problematikker i eksistentiel psykoterapi omkring døden**

Yalom mener, at tanker omkring døden medfører en øget angst og ubehag hos klienten. I det hele taget mener han, at eksistentiel terapi ofte indebærer en optrapning af angst og depressivitet ved klienten for en periode, idet terapien undersøger kilderne til klientens angst (Yalom, 1980/1998, pp. 220f.). Det er dog væsentligt, at der i terapien arbejdes med klientens dødsbevidsthed, selv om det øger angstniveauet, da dette som tidligere nævnt kan føre til personlig vækst og forandring. Der kan dog være visse problematikker i forhold til psykoterapeutisk arbejde med døden.

En faktor, som kan skabe problemer i arbejdet med døden ud fra et eksistentielt udgangspunkt, er både klientens og terapeutens fornægtelse. Ifølge Yalom kompliceres hver del af den terapeutiske proces af fornægtelsen, hvilket gør det svært at arbejde med klientens dødsangst og dødsbevidsthed. Angsten for at dø er nærværende på alle bevidsthedsniveauer. Det, som tilsyneladende kan synes som en modtagelighed af terapeutens tolkninger vedrørende døden, fornægtes ofte på dybere bevidsthedsniveauer. Blokering, udspaltning af affekt og mangel på association (fodnote) er en form for modstand, som kan forekomme i terapien. Dette kræver derved, at terapeuten ikke straks konkluderer, at der ikke er hold i tolkningen, men i stedet fastholder sine iagttagelser og gentagende gange italesætter sine synspunkter fra forskellige vinkler. Yalom mener fornægtelse overvindes ved brug af enkelthed og vedholdenhed (Yalom, 1980/1998, p.218f.).

Ifølge Yalom, forekommer fornægtelse i forhold til dødsangst og dødbevindstheden på lignende vis hos terapeuten, hvilket gør det væsentligt, at terapeuten selv arbejder med døden samt den angst, som er forbundet hermed. Hvis ikke terapeuten selv arbejder sig igennem problematikken omkring døden, kan det være svært at hjælpe klienten med sin dødsangst, så klienten med tiden kan integrere den som en del af livet. Hvis ikke terapeuten forholder sig til sin egen dødsangst, kan terapeutens fornægtelse af døden have en aktiv indvirkning på klientens fornægtelse. Det kan på samme måde

være problematisk, hvis terapeuten undviger at tale om døden ud fra tanken om, at dette vil forværre klientens tilstand (ibid.,pp. 219f.).

Yalom pointerer ydermere, at døden kun er et af livets eksistentielle vilkår, og psykoterapeutisk arbejde med døden giver dermed kun en facet, hvilket gør det væsentligt at arbejde med de andre eksistentielle vilkår, som kan give en anden dimension til eksistentiel psykoterapi og dens tilgang til psykopatologi (ibid. pp. 122, 228).

### **3.3.2. Psykoterapeutisk arbejde med frihed og ansvar**

I dette afsnit redegøres der for psykoterapeutiske metoder, som anvendes i forhold til arbejdet med klienter, som har svært med at vedkende sig ansvaret for egen livssituation som følge af den eksistentielle frihed. Dette er relevant for nærværende speciale, idet alvorlig somatisk sygdom som f.eks. brystkræft, ifølge Yalom, kan medføre en følelse af hjælpeløshed og afmagt, hvor terapeuten ved at arbejde med klientens ansvar for egne valg samt deres holdning til den nuværende livssituation kan hjælpe klienten til en større følelse af indflydelse og kontrol og dermed mindske den angst, som følger med hjælpeløsheden (Yalom, 1980/1998, pp. 290f.). Der er her fokus på, hvilke behandlingsmetoder, der er væsentlige for, at klienten kan komme frem til en ansvarssvedkendelse af sin nuværende situation.

Som tidligere nævnt mener Yalom, at frihed og ansvar er tæt forenet, eftersom mennesket i kraft af sin frihed ligeledes har et ansvar for de valg, det træffer. Han beskriver det som at være sit ansvar bevidst, idet en person kan danne sin egen livssituation, egne følelser, skæbne og sin egen lidelse. Det er, ifølge Yalom, væsentligt for et terapiforløb, at klienten er villig til at være sig sit ansvar bevidst og ikke blot tillægger andre ansvaret for egne problematikker (Yalom, 1980/1998, p.231). Yalom mener i den sammenhæng, at ansvarssvedkendelse er en brugbar teknik ved behandling af klienter med en kræftdiagnose. Nærmest uanset, hvilken fysisk tilstand klienten er i, vil det være virksomt for klienten at blive gjort opmærksom på egen ansvarlighed for, hvordan klienten forholder sig til den modgang, som følger med kræftsygdommen (ibid. p.290).



I eksistentiel terapi er det vigtigt, at terapeuten arbejder inden for en forståelsesramme af, at klienten selv har andel i sin problematiske livssituation. Terapeutens opgave er at gøre klienten opmærksom på, hvilken rolle den selv har på problematikken og finde måder at frembringe denne indsigt hos klienten. Dette gøres ud fra opfattelsen af, at hvis en person ikke vil indse, at den har været med til at skabe sin egen lidelse, vil personen ikke være motiveret for forandring. Ansvarsvedkendelse kommer dog ofte til udtryk ved, at klienten vedkender sig ansvaret i forhold til nogle områder og fornægter andre områder. Ved at være lydhør over for klientens problemstilling og henlede opmærksomheden på klientens ansvarsundvigelse kan terapeuten være med til at øge klientens erkendelse af sit ansvar (ibid.p.244f.). Ifølge Yalom er fremhævelse af ansvaret en anvendelig teknik, men han mener dog, at en metode som analyse af klientens her-og-nu-adfærd har en dybere indvirkning. Terapeuten kan i arbejdet med det førstehåndsmateriale, som opstår i terapien, øge ansvarsbevidstheden betydelig. Ved at fokusere på den episode, som udspiller sig her og nu i terapien, kan klienten blive bevidst om sit ansvar for egen adfærd, før forsvarsmekanismer camouflerer det. Ydermere mener Yalom, at terapeuten kan hjælpe klienten med at blive bevidst om egen indvirkning på sin livssituation ved at indvie klienten i de følelser, som terapeuten får i terapien. Samtidig er det væsentligt, at terapeuten vedkender sig sit ansvar i den terapeutiske proces, således at klienten ikke ender med at skubbe ansvaret for egen udbytte af terapien over på terapeuten. Denne form for ansvarsafvigelse, som opstår i terapien, kan afspejle klientens problematik i forhold til at vedkende sig ansvaret for egen livssituation (ibid. pp.246ff.). I terapi, hvor terapeuten forsøger at hjælpe klienten til at tage ansvar er det vigtigt, at terapeuten er opmærksom på balancen mellem aktivitet og passivitet, idet en for aktiv terapeut kan komme til at tage for meget styring, mens en passiv terapeut kan aktivere en afmagtsfølelse hos klienten. I den forbindelse, mener Yalom dog, at det kan være gavnligt for den terapeutiske proces, hvis terapeuten af og til kommer med et forslag om f.eks. nærliggende handlemuligheder, som vil kunne øge klientens ansvarsvedkendelse. Særligt i forbindelse med handlemuligheder, som klienten ikke selv har tænkt på pga. sit begrænsede perspektiv (Yalom, 1980/1998, p.257).

Yalom er af den holdning, at en anden central opgave for terapeuten er at hjælpe klienten med at finde frem til sin ”modgangskoefficient”, der som tidligere nævnt i

afsnit 3.1.2, er den modgang, vi møder i vores tilværelse. Med udgangspunkt i modgangskoefficienten søger terapeuten efter at hjælpe klienten til at skabe en ny mening med de ting, der ikke kan laves om på. En fysiologisk sygdom som kræft kan ofte medføre en følelse af hjælpeløshed og demoralisering til følge, idet kræftpatienter nemt kan få følelsen af, at de ikke har nogen personlig indflydelse på deres tilstand. Her kan terapeuten arbejde med klientens holdning til sin ”modgangskoefficient”, som ved kræftsygdomme er personenes fysiske tilstand (Yalom, 1980/1998, pp.288-291). Yalom lægger vægt på, at klienten via nogle strategier kan opnå en følelse af indflydelse og kontrol, som f.eks. at tage ansvar for deres forhold til lægerne i sygdomsforløbet, idet Yalom mener, at klienter med en kræftsygdom ofte kan få en afmægtig rolle i forhold til deres læger. Ved f.eks. at kræve, at lægerne tager sig tid til dem eller informerer løbende og dybdegående om behandlingsforløb og tilstand, kan det give en følelse af kontrol, indflydelse og personlig styrke hos klienten (ibid.).

Ifølge Yalom er der nogle grænser forbundet med ansvaret, som terapeuten skal være bevidst om. Det er væsentligt, at terapeuten ikke lever efter en dobbelt dagsorden, forstået på den måde, at terapeuten selv er nødt til at undersøge sine egne overbevisninger i forhold til ansvarsproblematikken. Hvis ikke terapeuten selv tager ansvar for sine egne valg og livssituation, vil dette formentlig komme til udtryk rent ubevidst i terapien (Yalom, 1980/1998, pp.283).

### **3.3.3. Eksistentiel psykoterapi i forhold til isolation**

I det følgende gøres der rede for eksistentielle principper i arbejdet med isolation i forbindelse med psykoterapi. Dette synes væsentlig i henhold til specialets problemformulering, idet klienter med brystkræft kan opleve en eksistentiel ensomhed, som kan medføre angst, når de bliver konfronteret med deres dødelighed. Erkendelse af isolation er en proces, som i første omgang kan være ganske angstprovokerende, men som med tiden kan resultere i personlig udvikling (Yalom, 1980/1998, pp.276,421). I nærværende redegøres der først for, hvorledes der i arbejdet med klientens isolation, er fokus på, hvordan klienten agerer i sine relationer til andre. Derefter følger et afsnit om, hvordan selve relationen mellem klient og terapeut rent metodisk er en vigtig forandringsfaktor i et terapiforløb.

Yalom anser eksistentiel isolation som grundlag for en central terapeutisk strategi i form af konfrontation med isolationen. Ydermere kan den eksistentielle isolation bruges som forståelsesrammen i forhold til mellemmenneskelige relationer, som blandt andet består af forholdet mellem klient og terapeut, som ifølge Yalom er en vigtig forandringsfaktor. Terapeuten har derfor en betydelig opgave i at hjælpe klienten til en forståelse og indsigt i, hvordan klienten handler og agerer i samspil med andre (ibid.p.415). I arbejdet med at udforske den eksistentielle isolation skal klienten udforske sine fortabtheds- og ensomhedsfølelser. Terapeuten kan hjælpe klienten til en erkendelse af, at mellemmenneskelig kontakt kan være med til at dulme klientens angst for isolation, men kan ikke ophæve den kendsgerning, at uanset hvor tæt en relation, der bliver skabt til et andet menneske, er vi tvunget til at møde livet alene. Klienten kan dermed blive bevidst om, hvad andre mennesker kan og ikke kan give dem. Ifølge Yalom er det de færreste klienter i psykoterapi, som hviler i deres ensomhed, men ved at udforske og udholde den eksistentielle isolation kan terapeuten hjælpe klienten til at konfrontere sin isolationsangst og derved blive bedre til at håndtere sin eksistentielle situation og opnå personlig udvikling (ibid.pp.420ff.).

#### **3.3.3.1. Relationen mellem klient og terapeut**

Ifølge Yalom er relationen mellem terapeuten og klienten af stor betydning for effekten af den terapeutiske proces. Han beskriver det som *"det er relationen, der helbreder"* (Yalom, 1980/1998, p.424). Klient-terapeutrelationen tjener det formål at give klienten et virkeligt forhold til et andet menneske, samtidig med, at den kan have indvirkning på klientens andre relationer, idet klienten får indsigt i sin u hensigtsmæssige interpersonelle adfærd. Yalom beskriver, hvordan mange klienter oplever psykoterapi som en cyklisk proces fra isolation til forbundethed. Påmindelsen om klientens egen evne til nærvær fortsætter på trods af, at relationen mellem klient og terapeut kun står på i en midlertidig periode. Er klienten i stand til at danne tæt kontakt til terapeuten, hvor terapeut og klient får et virkeligt forhold og ikke blot et *"som-om"* forhold, som primært er bygget på overføringer, da har klienten allerede udviklet sig (ibid. pp. 427-429). Ifølge Yalom er et terapeutisk forhold, som kun fokuserer på overføring hæmmende for terapien, da dette vil udelukke et autentisk forhold imellem klient og terapeut (ibid. p.437). Gensidigheden adskiller dog forholdet

mellem klient og terapeut fra et kærligt venskab, da det kun er klienten, som opsøger hjælp hos terapeuten og ikke omvendt. Klientens primære motivation med terapien er at opnå lindring for sine lidelser, og det er dermed væsentligt, at terapeuten er ægte engageret i klienten som menneske. Terapeuten bør være indstillet og motiveret for så vidt muligt at opfatte alle sider af klientens person. En moden terapeut vil, ifølge Yalom, have empati og medfølelse uanset hvor fjendtlig, genstridig, narcissistisk eller løgnagtig klienten er, idet disse træk netop gør det tydeligt, hvor meget klienten har behov for at blive holdt af. Yalom beskriver det som, at terapeuten skal udvise en unedbrydelig omsorg over for klienten, som ikke er afhængig af, om den gengældes. Terapeuten har dermed en opgave i at være koncentreret og fordomsfri i sit møde med klienten og helhjertet træde ind i klientens oplevelsesverden og opleve den på samme måde som klienten (Yalom, 1980/1998, pp. 430-432). Ifølge Yalom, kan terapeuten kun opleve klienten fuldt ud ved selv at give sig til kende som person og åbne sig over for den anden. Når klienten mærker terapeutens engagement vil det da blive muligt at lære klienten at kende. Terapeuten er dog nødt til at holde visse ting for sig selv, således at det ikke skader klienten, samtidig med, at terapeuten skal være opmærksom på udviklingstempoet i terapien og løbende vurdere, hvornår klienten er klar til at blive konfronteret med de forskellige ting. Yalom er dog bevidst om, at det ikke er muligt for terapeuten at opretholde den ideelle kontakt hele tiden. Terapeuten må flere gange i løbet af en terapisesion bringe sig selv tilbage til fuldt engagement og nærvær (ibid. pp.434-438).

#### **3.3.4. Psykoterapi og meningsløshed**

Professor ved Aarhus psykologisk institut Dorthe Kirkegaard Thomsen beretter, at personer, som får konstateret en kræftsygdom ofte oplever sygdommen som meningsløs og uforklarlig. Denne meningsløshed kan være svær at håndtere og bliver på den måde en psykisk belastning for den enkelte (Thomsen, 2004, p.105). Klienter med brystkræft vil formentlig søge efter mening i forbindelse med sit sygdomsforløb, og det vil derved være relevant for denne opgave, at undersøge hvorledes en terapeut med en eksistentiel baggrund vil arbejde med klientens meningsløshed og den angst som meningsløsheden udløser. Jeg vil derfor i dette afsnit se på, hvorledes en

eksistentiel terapeut vil kunne behandle klientens meningsløshed. I den henseende beskæftiger Yalom sig særligt med engagement som modtræk til meningsløshed.

Ifølge Yalom kan både dødsangst, og den angst der er forbundet med bevidstheden om frihed og isolation forveksles med meningsløshed (Yalom, 1980/1998, p.492). Det er derfor væsentligt at terapeuten får undersøgt om der er andre problemstillinger, som påvirker klientens meningsløshed. I arbejdet med meningsløshed er det, som ved de andre eksistentielle vilkår, vigtigt at terapeuten selv forholder sig, og i en vis udstrækning er afklaret, i forhold til spørgsmålet om mening med livet (ibid.p.497).

Ifølge Yalom er det central for det terapeutiske arbejde med meningsløshed, at terapeuten er i stand til at vende klientens opmærksomhed omkring sig selv over på omverden. Engagement er, ifølge Yalom, et modtræk til meningsløshed. Det er derfor vigtigt, at en klient, som oplever meningsløshed, engagerer sig i livet, da tingene ellers kan miste sin mening, og klienten kan nærmest blive en fjern tilskuer, som stiller sig selv uden for livet (Yalom, 1980/1998, p. 505). Ved at klienten engagerer sig i sin omverden, vil spørgsmål omkring meningen med livet aftage, og der vil være mulighed for, at klienten kan forbinde væsentlige begivenheder fra sit liv til et meningsfuldt mønster (ibid. p.500, 509). Terapeutens opgave er her, at forsøge at fjerne det, som blokerer klienten i at følge sit engagement. Terapeuten er nemlig ikke i stand til at skabe engagement hos klienten, men ved at undersøge hvad der hindrer klienten i at engagerer sig i sin omverden, vil det kunne aktivere den iboende trang til at engagere sig i livet. En måde hvorpå terapeuten kan hjælpe denne proces på vej er, ved selv at engagere sig fuldt ud i klienten og skabe et dybt og autentisk forhold til klienten. Samtidig kommer terapeuten til at virke som et forbillede for klienten, ved at engagere sig (ibid. p.509).

Ifølge Yalom adskiller det terapeutiske arbejde med meningsløsheden sig fra den tilgang, som anvendes ved de andre eksistentielle vilkår. Disse vilkår undersøges mere direkte og konfronterende i forhold til klientens spørgsmål og problematikker omkring døden, isolation og friheden samt de valg som friheden indebærer. Yalom mener, at en rationel søgen efter mening blot vil føre til flere spørgsmål, som ikke kan besvares. Ved meningsløshed skal terapeuten derfor forsøge at hjælpe klienten til at se bort fra

spørgsmålet om livets mening, og i stedet bruge engagement som løsning (ibid. pp.509f.).

### **3.4. Behandling med psykodynamisk psykoterapi**

I nærværende afsnit redegøres der for forskellige psykodynamiske behandlingsteknikker, som anvendes inden for den psykodynamiske tradition. Der vil være nogle psykodynamiske begreber, som ikke beskrives nærmere her, da de ikke er relevante for dette speciale. Ved psykodynamisk behandling søges der efter at øge klientens evne til at håndtere smertefulde følelser samt bearbejde tidligere relationsmønstre og antagelser og ad denne vej danne grundlag for vækst (Kjølbye, 2013, p.81f).

Der vil først blive redegjort for nogle af de elementer, som karakteriserer psykodynamisk psykoterapi, hvor der er fokus på det ubevidste, hvorunder fri association beskrives. Derefter redegøres der for fænomenerne: overføring, modoverføring og modstand. Alle begreberne er introduceret af Freud i forbindelse med psykoanalysen og er løbende blevet videreudviklet (Jacobsen & Mortensen, 2013; Sandler et al., 1994). Ud over de psykodynamiske metoder redegøres der til slut af for den terapeutiske alliance, som kan være en vigtig faktor i et behandlingsforløb samt Malans to trekantsmodeller, som beskæftiger sig med arbejdet af klientens angst i forbindelse med terapi. Disse psykodynamiske elementer vil formentlig blive bragt i spil, når en kvinde med brystkræft kommer i psykodynamisk psykoterapi grundet et øget angstniveau.

Til at beskrive disse psykodynamiske begreber anvendes der primært litteratur af forfatterne Claus Haugaard Jacobsen og Karen Vibeke Mortensen, Joseph Sandler, Christopher Dare og Alex Holde, Heinrich Racker samt Bo Møhl og Morten Kjølbye. Til at belyse den terapeutiske alliance benyttes teoretikeren Edward S. Bordin samt flere af ovenstående forfattere. David H. Malans trekant gennemgås for at give en idé om, hvordan man kan arbejde med angst i psykodynamisk psykoterapi. Til at underbygge relevansen af begreberne suppleres der til slut ved hvert afsnit med sundhedspsykologisk litteratur af Peter Elsass & Christoffer Johansen eller Greenberg. Samt et enkelt sted med litteratur af Kenneth J. Doka, som er professor i gerontologi.

Derudover vil jeg flere steder inddrage egne overvejelser i forbindelse med koblingen mellem de psykodynamiske fænomener og deres relevans ved psykoterapi af kvinder med angst og brystkræft.

### **3.4.1. Det ubevidste**

I følgende afsnit ses der nærmere på fænomenet ”*det ubevidste*” og på fri association. De ubevidste følelser og fri association er terapeutiske teknikker, der vil være relevante i forbindelse med behandling af angst i forbindelse med brystkræft, idet netop ubevidste kræfter ofte forekommer ved kræftsye klienter (Elsass & Johansen, 2011, p.48).

Freud anvendte i sit terapeutiske arbejde forskellige metoder, hvorpå der kunne dannes adgang til en persons ubevidste. Han startede ud med at anvende hypnose for derefter at fokusere på fri association og drømmetydning (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 44). Ifølge Jacobsen og Mortensen er fokus på det ubevidste et af de områder, hvor den psykodynamiske psykoterapi adskiller sig fra andre terapiformer. I forbindelsen med sit terapeutiske arbejde opdagede Freud, at mennesket ikke er så fornuftsstyret og rationel, som det anser sig selv for at være. Derimod er mange af menneskets motiver helt eller delvis uden for dets bevidsthed. Det ubevidste betragtes inden for psykoanalysen som psykisk indhold, der påvirker måden, hvorpå personen tænker og handler på (ibid.pp. 20,42).

Kjølbye beskriver, hvordan Freud anså personens ubevidste til at bestå af socialt upassende tanker og drifter samt personens før-sproglige oplevelser og erfaringer - de erfaringer, barnet har fra før det udviklede et sprog, og som dermed ikke er tilgængelig for dets sproglige bevidsthed. Derudover består det ubevidste af tidligere oplevelser, som ikke kan rummes i bevidstheden, fordi de er for angstprovokerende og ubehagelige. De forskellige psykiske forsvarsmekanismer er aktivt med til at holde de ubehagelige oplevelser, tanker og følelser væk fra bevidstheden (Kjølbye, 2013, p.76).

### **3.4.2. Fri association**

Som tidligere nævnt er fri association en metode, som anvendes for at komme frem til klientens ubevidste, hvilket er en væsentlig faktor i psykodynamisk psykoterapi. Fri association er, ifølge Jacobsen og Mortensen, en af grundstenene i psykodynamisk psykoterapi. Terapeuten opfordrer klienten til uzensureret at sige alt, hvad der falder klienten ind eller rører sig i dennes bevidsthed, uanset om tankerne synes socialt uacceptable eller irrelevante. Gennem fri association tager klienten initiativ og vælger, hvilket emne der ønskes at tale om. Derved introduceres det terapeutiske materiale, der arbejdes med i terapien (Jacobsen & Mortensen, p.184). Jacobsen og Mortensen beskriver, hvordan tanken bag fri association er at give klienten mulighed for at udfolde sig selv og sine mønstre, forventninger og ønsker. Samtidig kan det give en ro, så klienten selv bliver opmærksom på sine mønstre. Det, som umiddelbart kan synes usammenhængende, så som pludselige skift i emne eller lignende, kan formodes at være forbundet af ubevidste forbindelser. Ydermere gør fri association det nemmere for terapeuten at lytte og se klienten og give plads til de ubevidste udtryk, frem for, hvis terapeuten strukturerer terapisessionen ganske nøje. Ifølge Jacobsen og Mortensen er det dog ofte en vekselvirkning mellem frie associationer og en mere fokuseret og til tider styrende tilgang, som er at foretrække igennem et terapiforløb (Jacobsen & Mortensen 2013, pp.184ff.).

Elsass og Johansen beskriver, hvordan klienter med kræft er påvirket af ubevidste kræfter f.eks. ved, at klienten glemmer aftaler hos lægen, ikke er i stand til at huske væsentlige detaljer, som omhandler deres sygdom eller glemmer at tage deres medicin (Elsass & Johansen, 2011, p.48). Det kan i den forbindelse være vigtigt, at terapeuten sammen med klienten undersøger, hvad der kan ligge bag disse forglemmelser.

### **3.4.3. Overføring og modoverføring**

I det følgende afsnit fokuseres der på begreberne overføring og modoverføring og, hvorledes disse kan komme til udtryk i behandlingen af klienter med angst, der er forbundet med brystkræft. Overføring og modoverføring er to centrale begreber i henhold til at opnå indsigt og forandring i psykodynamisk psykoterapi (Jacobsen & Mortensen, 2013, p.195).



I starten af 1900-tallet benytter Freud overføring mellem klient og terapeut som den mest centrale måde for terapeuten at opnå indsigt i personens ubevidste (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 44). Ud over klientens associationer og tale bør terapeuten lede sin opmærksomhed hen på, hvorledes klienten forholder sig til terapeuten (ibid. p.195f.). I forbindelse med terapien vil der forekomme det, som i den psykodynamiske tilgang kaldes for *overføring* mellem klient og terapeut (Sandler, J., Dare, J. & Holder, A., 1994, p. 36). Overføring er, når klienten overfører adfærdsmønstre og følelser fra tidligere relationer f.eks. forældre over på nye relationer, som i dette tilfælde er terapeuten (Jacobsen & Mortensen, 2013, p.195). Ifølge Kjølbye er en af terapeuten opgaver at undersøge, hvordan klientens relationsmodeller fungerer. Her tages der udgangspunkt i teorien om, at en person handler og reagerer på nutiden ud fra tidligere erfaringer fra fortiden. Klientens forhold til andre mennesker (objekter) fra barndommen kommer således til at virke som modeller for, hvorledes klienten senere hen relaterer sig til andre objekter. For at skabe forandring er det væsentligt, at terapeuten ud fra denne viden handler og agerer anderledes, end klienten forventer. Hvis ikke dette sker, vil der i stedet forekomme en fiksering af klientens problematikker (Kjølbye, 2013, pp.79f.). I psykodynamisk psykoterapi er begrebet overføring centralt og er ifølge Mortensen og Jacobsens tolkning af Freuds teori en af de vigtigste måder, hvorpå der kan skabes indsigt i klientens ubevidste via psykoterapi og ad den vej skabe forandring. Overføring har den funktion, at det, som ikke kan italesættes omkring klientens oprindelige objektrelationer, kan komme til udtryk i terapien gennem den måde, hvorpå klienten forholder sig til sin terapeut (Jacobsen & Mortensen, 2013, pp.44, 195). Overføring er ikke noget, som kun forekommer i forbindelse med psykoterapi, men den terapeutiske setting er med til at tydeliggøre og fremme overføring. Ved brug af terapeuten neutralitet og abstinens<sup>6</sup> bliver overføringen tydeligere for både terapeut og klient. Effekten opnås ved, at terapeuten undlader at videregive informationer om sig selv og sit privatliv samtidig med, at terapeuten afholder sig fra at gratificere<sup>7</sup> klientens behov og ønsker. Dette kan f.eks. vise sig ved, at klienten udviser et behov for, at terapeuten trøster eller bekræfter klienten, men ved netop ikke at blive fristet til at opfylde disse behov, vil klienten øge

---

<sup>6</sup> Abstinens: afholdenhed

<sup>7</sup> Gratificere: tilfredsstille

et pres på terapeuten, som tydeliggør overføringen. Der er væsentligt, at terapeuten indtager den abstinente holdning uden arrogance og distance, men derimod med nærvær og indlevelse (ibid.pp.45, 196).

I forbindelse med klientens overføring kan terapeuten ofte opleve nogle reaktioner på klienten. Disse følelser og holdninger, som terapeuten oplever i interaktionen med klienten dækker over begrebet *modoverføring*. (Jacobsen & Mortensen, 2013, p.199f.). Der findes forskellige former for modoverføring. Ifølge psykoanalytikeren Heinrich Racker kan modoverføring både komme til udtryk som *konkordan-* og *komplementær identifikation*. Modoverføring, som bygger på konkordant identifikation er, når terapeuten identificerer sig med klientens selvrepræsentationer og føler på samme måde som klienten i forhold til f.eks. en forælder eller et andet objekt. Er modoverføringen derimod baseret på en komplementær identifikation, identificerer terapeuten sig med klientens objektrepræsentationer og oplever følelser, som formentlig er forekommet hos objekter tæt på klienten (Racker, 1974, p.134f). Jacobsen og Mortensen beskriver, hvordan terapeutens modoverføring kan være et ganske brugbart materiale i forståelse af klientens underliggende og ubevidste følelser, som ikke umiddelbart er tilgængelig. En modoverføringsfølelse er en blanding af terapeutens reaktion på det materiale, som klienten præsenterer og terapeutens egne personlige følelser og fantasier. Brugen af modoverføring kræver derfor, at terapeuten har et godt kendskab til sig selv og evne til at håndtere egne følelsesmæssige reaktioner uden at leve dem ud eller undertrykke dem. Modoverføringsfølelsen skal derved bearbejdes, før den italesættes til klienten. Men, når først modoverføringen er bearbejdet, kan den også være en særdeles virksom intervention (Jacobsen & Mortensen, 2013, pp.201f.).

En overføringsfølelse som, jeg tænker, kan opstå i behandling af klienter med angst grundet brystkræft, kan f.eks. være en vrede, som er forbundet med en følelse af uretfærdighed over, hvorfor det netop er klienten, som er blevet ramt af brystkræft. Derudover vil en hyppig overføringsfølelse formentlig ligeledes være følelser som jalousi og misundelse på andre over deres gode helbred (Doka, 2009, pp.94-96). En anden væsentlig overføringsfølelse, som forekommer ved mange klienter med alvorlig somatisk sygdom, er skam. Skam over deres sygdom, som skyldes en ide om, at de

selv på en eller anden vis har været skyld i deres sygdom (Greenberg, 2009, p.47). Nogle følelser, som jeg tænker, kan være tæt forbundet med klientens angst.

En modoverføringsfølelse ved behandling af klienter med angst, der er forbundet med brystkræften, tænker jeg rent intuitivt, kan være irritation over klientens narcissisme i forhold til ikke at leve op til et kropsideal som f.eks., hvis hun skal have fjernet brystet. Her tænker jeg, at det som terapeut kan være svært ikke at tænke, at klienten skal komme ud af sin narcissisme, da fjernelsen af brystet netop gør, at hun overlever, og derved medfører noget positivt.

#### **3.4.4. Modstand og forsvar**

Dette afsnit omhandler modstand og forsvar i terapien. Modstand er noget, der opstår, når klienten oplever, at noget gør psykisk ondt, og så forsøger klienten at gøre modstand for at få det til at forsvinde (Kjølbye, 2013, p.81f). Ved en psykoterapeutisk behandling vil terapeuten opleve, at der kan være nogle kræfter og elementer, som modsætter sig behandlingsprocessen (Sandler et al., 1994, p. 120). Dette synes relevant for nærværende speciale, da klienter, som oplever angst som en reaktion på en brystkræftdiagnose, formentlig vil gøre en vis modstand i forhold til at mærke den smerte, de føler. Dette vil sandsynligvis komme til udtryk i forbindelse med psykoterapi.

Sandler et al. (1994) beskriver, hvordan modstandsbegrebet blev præsenteret i forbindelse med Freuds diskussion af, hvordan han kunne få ”glemte” erindringer frem hos sine hysteriske patienter. Freud betragtede i starten alt, der modvirkede hans forsøg på at påvirke disse klienter som modstand (Sandler, et al, 1994, p.120). Ifølge Mortensen og Jacobsen handler meget af det terapeutiske arbejde om at fjerne eller omgå modstand, idet en stor del af den psykoanalytiske teori er opbygget omkring klientens manglende evne til at fremkalde bestemte erindringer og søge efter adgang til skjulte følelser, ønsker og fantasier (Jacobsen & Mortensen, 2013, pp.188f.). Klientens modstand forekommer, når klientens forsvar bliver aktiveret i terapien. Modstand dannes ofte som en reaktion imod indsigt i egne ubevidste konflikter (Gads psykologi leksikon, 2007, p.387). En persons forsvarsmekanismer udvikles primært i barndommen for at håndtere de forskellige former for angst, som opstår i forhold til

barnets nærmeste relationer. Forsvarsmekanismernes funktion er at hjælpe personen med at håndtere situationer, som kan føre til ubehag (Jacobsen & Mortensen, 2013, p.198).

Ifølge Sandler et al. (1994) skelnede Freud mellem fem forskellige hovedformer for kilder til modstand. Deriblandt modstand, som kommer fra en sygdomsgevinst. Der kan opstå en sekundær gevinst ved at være syg, eftersom sygdomssymptomer i starten opleves som noget uønsket og fremmed, men jævnligt er der en ”*tilpasningsproces*” af symptomet. Sekundærgevinst som følge af sygdomssymptomer forekommer jævnligt pga. den omsorg, gratifikation og fordele, som klienten får fra andre omkring sig grundet sin sygdom. Denne form for ubevidst modvilje mod at opgive de sekundære gevinster ved sygdommen kan vise sig som modstand i et terapiforløb (Sandler, et al, 1994, p. 125). Terapeuten vil højst sandsynligt opleve, at klienten har en vis modstand imod det, som gør ondt. Et af grundelementerne i terapien er at hjælpe klienten, således at han eller hun bliver bedre til at håndtere og tolerere smertefulde følelser. I behandlingen stræbes der ikke efter at fjerne modstanden, men derimod at hjælpe klienten til at rumme og håndtere den smerte og ad den vej ophæve modstanden (Kjølbye & Møhl, 2013, p. 82).

Når der er tale om alvorlig sygdom som brystkræft, vil der være forskellige forsvarsmekanismer, som prøver på at undertrykke de følelser og tanker, som gør ondt. F.eks. vil fortrængning forsøge at afværge de smertefulde følelser. Dette kan vise sig ved, at klienten nægter at indse, hvor alvorlig sygdommen er, eller som forsvarsmekanismer, hvor klienten udelukkende taler om positive sider af sit liv og det at blive syg, en form for idyllisering (Elsass & Johansen, 2011, p.181). Elsass og Johansen beskriver, hvordan forsvar og modstand kan være en nødvendighed, når et menneske skal håndtere en alvorlig sygdom. Det er ikke altid gavnligt at påvise og gøre klienten bevidst om modstanden, men begynder de modne forsvarsmekanismer at blive erstattet af mere primitive forsvarsmekanismer<sup>8</sup>, kan dette føre til en urealistisk

---

<sup>8</sup> Modne vs. primitive forsvarsmekanismer: der skelnes mellem normale og modne forsvarsmekanismer som f.eks. humor, intellektualisering vs. primitive og neurotiske forsvarsmekanismer som f.eks. splitting.

virkelighedsopfattelse hos klienten, hvilket kan gøre, at klienten ender ud i en depression eller angsttilstand (Elsass & Johansen, 2011, p.181).

### **3.4.5. Den terapeutiske alliance**

I det følgende afsnit ses på begrebet *den terapeutiske alliance* i et psykodynamisk perspektiv. Her beskrives, hvordan den terapeutiske alliance er bygget op og, hvilken betydning den har for behandlingsforløbet. Her anvendes yderligere litteratur af Edward S. Bordin samt Fredric N. Busch, Marie Rudden og Theodore Shapiro. Ydermere anvendes der et empirisk studie af Lambert & Barley.

En væsentlig faktor i forbindelse med psykodynamisk psykoterapi er, at der etableres en god og tillidsfuld terapeutisk alliance mellem klienten og terapeuten, så klienten kan dele intime emner, som kan være både skamfulde og sårbare (Busch et al.,2004,p.44). Den terapeutiske alliance består ifølge Edward S. Bordin af tre elementer. Det første element er enighed om målsætning for terapien. F.eks. vil en målsætning i psykodynamisk psykoterapi ofte være fokus på, hvordan klienten bliver påvirket af sine tanker og følelser (Bordin, 1979, p. 252ff). Det næste element i den terapeutiske alliance er, at terapeut og klient er enige om de opgaver, som de har hver især f.eks., at terapeuten er den lyttende, mens klienten tager dét op i terapien, som fylder i dennes liv. Samtidig er klienten stabil og møder op til de aftalte terapisesioner. Derudover består den terapeutiske alliance af det bånd og styrkelse af det bånd, som opstår mellem terapeut og klient. Et bånd, som de sammen skal udvikle i terapien (Bordin, 1979, pp.252ff).

Terapeutens arbejde med klientens overføring er tæt forbundet med den terapeutiske alliance. Det er i den forbindelse vigtigt, at terapeuten er i besiddelse af nogle kompetencer, som kaldes for ”*non specifikke faktorer*”, der blandt andet består af terapeutens evne til at være empatisk, engageret, positivt anerkendende samt udviser en ubetinget accept af klienten (Lambert & Barley, 2001, pp. 357ff; Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 179). Derudover pointerer Møhl vigtigheden af terapeutens ægte og autentiske kontakt med klienten (Møhl, 2013, p.19).

I nyere psykodynamisk psykoterapi er der fokus på relationen mellem mennesker og det samspil, der er imellem dem. Kjølbjerg kalder det to-personers psykologi frem for tidligere psykoanalytiske teorier, hvor opmærksomheden primært var rettet mod den enkelte (en-personers psykologi). I den psykodynamiske tankegang forstås mennesket som et socialt væsen, som både i fantasi og virkelighed indgår i relation til andre. De erfaringer, som skabes i de tidlige relationer med betydningsfulde andre videreføres således til senere relationer. Dette betyder, at den terapeutiske alliance mellem klient og terapeut bliver skabt af dem begge, eftersom klienten har indvirkning på terapeuten og omvendt. I fællesskab danner de en relation, som er noget helt specielt, da den er påvirket af både klientens og terapeuten tidligere erfaringer og fortid. Erfaringer som kan være mere eller mindre gavnlige for klientens behandlingsforløb (Kjølbjerg, 2013, p.72f).

Ifølge Møhl er kvaliteten af relationen mellem klient og terapeut vigtig for den psykoterapeutiske behandling. En stabil og dybdegående relation er afgørende for, at terapien har nogen virkning (Møhl, 2013, p.19).

#### **3.4.6. Malans trekanter**

Dette afsnit omhandler Malans to trekanter, som bl.a. kan være anvendelig i forbindelse med psykodynamisk psykoterapi af klienter, som lider af angst.

Malan kalder de to trekanter for konflikt- og persontrekanten. Konflikttrekanten indeholder forholdene mellem angst, forsvar og skjulte følelser eller impulser. Trekanten står på spidsen, idet den markerer, at målet med terapien er at komme ned til de skjulte følelser, som er gemt under angsten og modstanden (Malan, 1992, p. 119f). Ifølge Jacobsen og Mortensens tolkning af Malans trekanter er det, når klienten oplever følelser, der har været fordømt eller ignoreret i barndommen, at klienten vil opleve angst. For at håndtere angsten anvendes forsvarsmekanismer, som omformer følelser, tanker eller handlinger, som ellers ville være angstprovokerende. Ved et velfungerende forsvar afværges angsten, så personen ikke når at opleve angsten eller den skjulte følelse. Terapeuten kan i sådan en situation intervenere ved at svække forsvaret, som dækker over den skjulte følelse. Når forsvaret svækkes, føler klienten den angst, som før var beskyttet af forsvaret. At en klient udviser angst, er derfor ikke

nødvendigvis et tegn på forværring, men et nødvendigt onde for, at klienten kan få indsigt i skjulte og fortrængte følelser (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 239).

Konflikttrekanten er tæt forbundet med persontrekanten, som består af andre aktuelle personer eller relationer i den nære fortid, forældre eller andre signifikante personer fra fortiden samt terapeuten, hvis relation udgør en del af et overføringsforhold. Det er disse tre forbindelser, de skjulte følelser retter sig imod, idet klientens angstforsvar og følelser altid retter sig mod en objektrelation (Malan, 1992, p.119; Jacobsen & Mortensen, 2013, p.239f).

Disse to trekanter synes relevante for opgavens problemformulering, idet terapeuten ved behandling af klienter med angst vil have fokus på at nå ned til de følelser, som ligger til grund for angsten. I den proces vil terapeuten formentlig støde på flere af de ovenstående begreber for at komme frem til de skjulte følelser.

## **4. Diskussion**

I denne del af specialet vil jeg diskutere det eksistentielle og det psykodynamiske perspektiv i forhold til angst i forbindelse med brystkræft. Her vil jeg diskutere udviklingen af angst, når en kvinde har brystkræft samt stille spørgsmålstejn ved, hvorfor nogle kvinder er mere disponerede for at udvikle angst. Ydermere sættes der fokus på behandlingen af angst ved brystkræft, hvor psykoterapiens anvendelighed og betydningen af den terapeutiske relation samt problematikker ved den terapeutiske alliance diskuteres. Herefter følger et afsnit, som diskuterer effekten af de forskellige terapiformer. Til slut en kort diskussion af positive aspekter ved angst i forbindelse med brystkræft.

Til diskussionen anvendes de teorier og fænomener, som er behandlet tidligere i specialet samt løbende inddragelse af sundhedspsykologisk og anden relevant litteratur, som diskuteres op mod specialets primære teorier.

### **4.1. Angst, som ikke opfylder de diagnostiske kriterier**

Før jeg påbegynder ovenstående diskussionspunkter, tænker jeg dog, at det er væsentligt at diskutere den angst, som forekommer i forbindelse med brystkræft, idet denne angst ikke opfylder de diagnostiske kriterier for angstlidelser i ICD-10. Ifølge Elsass & Johansen kan det skyldes, at de angstsymptomer, som relaterer sig til somatisk sygdom, ofte kan være påvirket af sygdommen og behandlingen. Ydermere kan det være svært at fastslå varigheden af angstreaktionen ved alvorlig somatisk sygdom, da angsten ofte afhænger og varierer i forhold til belastningsperioderne i sygdommen og behandlingen (Elsass & Johansen, 2011, p.168f). Angst ved kræftsygdomme kan ligeledes være til stede efter endt behandling i form af angst for tilbagefald. Frygten for, at kræften kommer tilbage og spreder sig til andre steder i kroppen, kan være en ganske normal reaktion det første år efter endt behandling. I nogle situationer kan angsten blive patologisk, når faresignalerne opstår og meget nemt bliver for langvarige eller for voldsomme (Dahl, A., 2014b, p. 193). Angsten kan ligeledes være en eksistentiel angst, som opstår, fordi kvinden med brystkræft bliver konfronteret med de eksistentielle livsvilkår (Yalom, 2002, p.167).



Det, at angsten hos en kvinde med brystkræft ikke kan kategoriseres inden for angstlidelserne i ICD-10, tænker jeg, kan gøre den mere udefinérbar og svær at håndtere for både klient og terapeut.

## **4.2. Udviklingen af angst ved brystkræft**

Følgende diskuterer udviklingen af angst i forbindelse med brystkræft. Først diskuteres Yalom og Freuds teorier i forhold til udviklingen af angst, som er forbundet med brystkræft. Herefter diskuteres, hvad der er den primære angstkilde, efterfulgt af et afsnit om andre faktorerers indvirkning på udviklingen af angst. Til at diskutere dette benyttes de eksistentielle og psykodynamiske teorier, som er anvendt tidligere i specialet samt litteratur af praktiserende psykoanalytiker Stig Dankert Hjort og et empirisk studie af Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S. Davidson, J. & Bliss, J. M. fra 1999.

### **4.2.1. Diskussion af Yalom og Freuds teorier i forhold til udviklingen af angst ved brystkræft**

I dette afsnit diskuteres årsagen til, at der udløses angst hos kvinder med brystkræft. Angsten kan påvirke kvindernes livskvalitet og velbefindende. Ifølge studier kan kvindens psykologiske velbefindende have indvirkning på overlevelsesprognoseerne (Watson et al., 1999, p.1331). Men hvad er egentlig årsagen til, at disse kvinder udvikler angst?

Ifølge Yalom opstår psykopatologi i et spændingsfelt mellem angst og det forsvar, som bekæmper angsten. Massiv stress eller ufyldstgørende forsvarsstrategier kan gøre, at menneskets almene måder at håndtere angst på ikke er tilstrækkelig. Som reaktion på dette tvinges personen ud i anvendelse af ekstreme forsvarsformer, som ofte er uhensigtsmæssige og ineffektive (Yalom, 1980/1998, pp.51f, 122f). Det kan dermed tænkes, at når en kvinde får konstateret brystkræft, oplever hun så meget stress, at hendes sædvanlige forsvarsstrategier ikke længere er i stand til at håndtere dette. Som en reaktion på dette anvendes mere ekstreme forsvar, som ikke er hensigtsmæssige i forhold til angsten. Yalom mener, at angst opstår, når en person bliver konfronteret

med de eksistentielle vilkår som døden, friheden, isolationen og meningsløsheden, og at primærkilden til al angst er dødsangst (Yalom, 1980/1998, p.p.51f, Yalom, 2002, p.167). En kvinde med brystkræft kan blive konfronteret med alle fire eksistentielle livsvilkår på én gang (jf. afsnit 3.1.).

Den psykodynamiske teori forholder sig derimod anderledes i forhold til spørgsmålet om, hvorfor mennesket udvikler angst. I Freuds første angstteori arbejder han med begrebet neurotisk angst, hvor angst forstås som en reaktion på hæmmet libido (Tähkä, 1983, p. 45). Den neurotiske angst viser sig, ifølge Freud, som en nervøsitet i form af overdreven pirrelighed og ængstelighed (Freud, 1917/1933/2004 p. 307). Jeg tænker, at denne nervøsitet samt overdreven ængstelighed og pirrelighed formentlig kan ses blandt kvinder, som er blevet erklæret raske efter deres kræftsygdom, men hvor angsten opstår i frygt for tilbagefald. Kvinderne bliver paniske og reagerer med angst over den mindste form for fysiologisk ændring. Her burde der i bund og grund ikke være nogen reel angst. Freuds første angstteori, neurotisk angst, synes at være forældet, idet det senmoderne menneske lever under andre vilkår end, da Freud udarbejdede sin teori om neurotisk angst. Det senmoderne menneske lever ikke på samme måde i seksuel afholdenhed eller er i mangel på tilfredsstillelse af seksuelle energier og lyster, hvilket dermed synes usandsynlig som årsagsforklaring i forbindelse med udviklingen af angst. Freud reviderer da også selv sin teori og danner i stedet teorien om signalangst.

Freud skelner i en periode mellem neurotisk angst og realangst. Ved realangst opstår angsten i situationer, hvor en person oplever en ydre fare, som er forståelig og rationel. Realangsten afhænger, ifølge Freud, af personens vidensniveau og af, hvorvidt der opstår en følelse af magtesløshed i forbindelse med en faretruende situation (Freud, 1917/1933/2004, pp. 303, 311). Når der er tale om angst i forbindelse med brystkræft, virker Freuds teori om realangst ganske brugbar, idet der ved en kræftsygdom er en reel fare for, at kræftsygdommen kan være livstruende for personen. Ligeledes synes det sandsynligt, at vidensniveauet er en væsentlig faktor i forhold til, om personen oplever angst eller ej. F.eks. ses der ved angst for tilbagefald, at kvinderne, som har haft kræft og dermed er vidende omkring de fysiske kræftsymptomer, har en tendens

til at tolke hverdagsagtige fysiske symptomer som tegn på, at sygdommen er brudt ud igen (Dahl, A., 2014b, p. 193).

Freuds anden angstteori går på, at det lille spædbarn jævnligt bliver eksponeret for situationer, som kan udvikle sig til at blive traumatisk. Som tidligere nævnt kan spædbarnet overvældes af sine instinktive behov, hvis de ikke bliver tilfredsstillet omgående af en omsorgsperson (Tähkä, 1983, p. 45). Barnet reagerer i disse situationer med en vis mængde angst, som kan blive til en mere intens angst, hvis situationen udvikler sig til at blive traumatisk (ibid.; Freud, 1959/1975, pp.137f). Ifølge Freud er det disse faresituationer, som er opstået i den tidlige barndom, som ubevidst påvirker personen livet igennem (Tähkä, 1983, pp. 46f). Ifølge Mortensens (2011) tolkning af Freuds angstteori er den angst, hvor spædbarnet overvældes af sine egne drifter, den mest skræmmende form. Mortensen kritiserer Freuds angstteori for ikke at være særlig sandsynlig rent biologisk, idet hun mener, at mennesket vil møde større fare i livet end dets egne behov (Mortensen, 2011, pp.59f).

En kvinde med brystkræft vil således udvikle angst, hvis hun i barndommen har oplevet situationer, som har kunnet udvikle sig til at blive traumatisk, således at hun er blevet overvældet af sine instinktive behov og har udviklet angst. Disse situationer tager hun med sig igennem livet og aktiveres ved, når hun senere i livet oplever situationer, som evt. kan være traumatiske, som f.eks. at få diagnosen brystkræft.

## **4.2.2. Den primære kilde til angst**

### **4.2.2.1. Separationsangst**

Bowlby mener, at barnet ved adskillelse fra sin omsorgsperson kan opleve en tilstand af intens angst. Når først barnet har oplevet denne angst ved adskillelse, vil der fremadrettet aktiveres en vis grad af angst, når det fornemmer nogen form for separation (Bowlby, 1973, p. 377). Ifølge Bowlby, er angst ikke udelukkede noget, som opstår i forbindelse med selve separationen fra en elsket person, men forekommer ligeledes ved hændelser, hvor barnet føler en trussel om separation. Truslen i sig selv kan være nok til at udløse angst (ibid. p. 77). Ud fra Bowlbys teori om separationsangst kan det dermed tænkes, at angst opstår i forbindelse med brystkræft som følge af den

trussel, der forekommer ved, at personen vil blive adskilt og separeret fra dets nærmeste under sygdom, behandling samt, hvis personen ender med at dø af kræftsygdommen.

Yalom er kritisk overfor, hvorledes Bowlbys teori forholder sig til den primære kilde til angst. Ifølge Yaloms tolkning mener Bowlby, at separationsangst er grundangsten, og at en angst som dødsangst har betydning rent følelsesmæssigt for en person, fordi den ligestilles med separationsangst (Yalom, 1980/1998, p.112). Yalom anerkender, at separationsangst forekommer i barndommen, og at frygt for adskillelse også har indvirkning på personens indre verden i voksenlivet, men Yalom kritiserer, at dødsangsten blot skulle være en angst, der er afledt af separationsangsten. Yalom henviser til udviklingsforskeres kritik af, at børn under to år skulle have nogen form for kendskab til dødsangst, da barnet på dette udviklingstrin kun har ringe kendskab til sig selv som et menneske, der er adskilt fra sine omgivende objekter. Yalom skriver:

*"Men det samme kunne man sige om separationsangsten. Hvad er det egentlig, barnet oplever? I hvert fald ikke separation, for uden en forestilling om selvet kan barnet heller ikke have begreb om adskillelse. Hvad er det i grunden, der bliver adskilt fra hvad?"*(Yalom, 1980/1998, p. 114).

Bowlby er i den sammenhæng inde på at separationsangsten er ren instinktiv og ligeledes ses ved dyreunger. Derved bunder barnets angst, i forbindelse separation fra omsorgspersoner, formentlig i at det vil være i stand til at overleve uden dets omsorgsperson (Bowlby, 1973, 178ff; Mortensen, 2011, p.217).

Ydermere mener Yalom ikke, at det giver mening at oversætte et voksent menneskes dødsangst til egentlig at handle om separationsangst eller frygt for objekttab. Altså, at dødsangsten skal være udledt af en grundlæggende separationsangst. For selv om separationsangsten skulle være den kronologisk første angst, så mener Yalom, at den mest fundamentale angst er truslen om tab af selvet. Han er dermed af den overbevisning, at frygt for objekttab forekommer, fordi tabet af objektet er en trussel, som symboliserer en trussel mod personens egen overlevelse. For et voksent menneske vil en eventuel separationsangst, ifølge Yalom, i stedet være afledt af dødsangst, idet

han mener dødsangst er den primære og grundlæggende angstform hos et menneske (ibid. 114).

#### **4.2.2.2. Dødsangst**

Yaloms fokus på dødsangsten som den primære angst kritiseres af psykoanalytikeren Stig Dankert Hjort, som mener, at Yaloms i sin eksistentielle teori har en tendens til at ”*vill*e *reducere al angst til dødsangst*”(Hjort, 1999, p.287). Ifølge Yalom kan dødsangst dække over flere forskellige angstskabende faktorer så som f.eks. tanker om, hvad der sker efter døden, hvad der sker i forbindelse med selve døden samt tanker om, at mennesket stopper med at være til, når det dør (Yalom, 1980, p.53). Det kan diskuteres, om dette egentlig er dødsangst? Eller er dette mere en angst for det ukendte eller angst for, hvad der sker, når man dør? Spørgsmålet er, om disse former for angst kan sidestilles direkte med dødsangst?

I den kontekst har jeg gjort mig overvejelser om Yaloms brug af begrebet dødsangst kan skyldes en sproglig begrænsning i forhold til formidlingen af de følelser, som opstår i forbindelse med konfrontering med døden. Når der skeles mellem frygt og angst, beskrives frygt som en identificérbar trussel, mens angst er en genstandsløs, diffus og fritflydende fare (Rosenberg, 2010, p.448). Men dødsangst er knyttet til noget bestemt, nemlig døden, og burde vel i stedet betegnes som dødsfrygt? Jeg tænker, at sprogbrugen af begrebet dødsangst bunder i, at døden er ganske svær at afgrænse og dermed udløser angst i stedet for frygt. Samtidig er menneskets viden om døden og selve dødsprocessen meget mangelfuld, hvilket gør, at der ikke er en viden om, hvad det er, der specifikt frygtes, men i stedet skræmmende angstprovokerende forestillinger. Måske optræder den reelle dødsangst først, når et menneske bliver truet direkte på livet, mens de andre facetter af dødsangsten derimod er angst for noget andet end døden.

En anden dimension er, hvorvidt en udtalelse som ”*jeg er bange for at dø*” udelukkende skal godtages og accepteres som dødsangst. I den psykodynamiske tankegang tillægges det ubevidste stor betydning i menneskets mentale liv (Kjølbye, 2013, p.74). Derved kan det tænkes, at der i den udtalelse ligger noget dybere under, som er den egentlige årsag til dødsangsten. Ifølge Malans, gemmer der sig skjulte og

fortrængte følelser under klientens angst og modstand (Malan, 1992, p. 119f). Så for at få en forståelse for, hvorfor en kvinde udvikler angst i forbindelse med brystkræft, vil det være væsentligt at undersøge, om der er noget andet, som hun også er bange for, når hun siger, at hun er bange for at dø. Angsten for døden kan, ud fra et psykodynamisk perspektiv, tolkes til at handle om noget andet end ”blot” det at dø. Bunder angst nærmere i en uvished over, hvad der skal ske i forbindelse med døden eller i det at skulle forlade sine kære.

#### **4.2.3. Andre faktorer som påvirker udviklingen af angst**

Angsten kan formentlig også bunde i narcissistiske tanker, som omhandler ”*hvorfor mig?*” ”*Hvorfor skal jeg dø, når I andre skal leve?*” En angst som opstår, når der sker et knæk i personens narcissistiske illusion om, hvis bare jeg lever på den rigtige måde, så vil jeg blive belønnet med et godt og langt liv (Jørgensen, 2012, pp.125-127). Der sker formentlig en aktivering af personens grandiose selv, som er karakteriseret ved en urealistisk idealisering af personens selvkoncept (Kernberg, 1984, p.190f.; Kernberg, 2004, p.19). Det grandiose selv kan, ifølge Kernberg, forekomme i situationer, hvor personen føler sig devalueret (ibid.). Det kan tænkes, at en kvinde oplever en devaluering i forbindelse med, at hun får en alvorlig somatisk sygdom som brystkræft. Denne devaluering kan påvirke hendes grandiose selv, som igen har indvirkning på hendes angstniveau. Ligeledes tænker jeg, at angsten hos en kvinde med brystkræft kan være udtryk for en narcissistisk skam over ikke at være perfekt.

Det kan dog diskuteres, om udviklingen af angst er helt så sort-hvid, som flere af de ovenstående teorier giver udtryk for? Er der flere faktorer, som har indvirkning på, hvorvidt et menneske udvikler angst eller ej? Dette aspekt vil blive diskuteret nærmere i næste afsnit.

### **4.3. Hvorfor er nogle mere disponerede for at udvikle angst i forbindelse med brystkræft?**

Som nævnt i forrige afsnit, lader det til, at når angst opstår i forbindelse med en kræftsygdom, er der flere faktorer, som kan spille ind. Derudover viser studier, at det ikke er alle kvinder, som udvikler angst i forbindelse med brystkræft (Vahdaninia, Omidvari & Montazeri, 2010, p. 355ff), men hvorfor er nogle mere disponerede end andre for at udvikle angst i forbindelse med en alvorlig somatisk sygdom som brystkræft? Dette diskuteres i følgende afsnit ud fra et eksistentielt og et psykodynamisk perspektiv samt i forhold til narcissisme.

I den eksistentielle tilgang til udviklingen af angst mener Yalom, at angst forekommer, når en person bliver konfronteret med de eksistentielle vilkår så som døden, isolation, frihed og meningsløshed (Yalom, 2002, p.167). Når en kvinde får brystkræft, bliver hun i større eller mindre grad konfronteret med de fire eksistentielle livsvilkår på en gang (jf.afsnit 3.1.). Et follow-up studie viser dog, at det langt fra er alle, der får diagnosticeret brystkræft, som udvikler en angstlidelse. Resultaterne viser, at op mod 38,4% af de kvinder, som har fået konstateret brystkræft, har udviklet en svær grad af angst ca. et år efter endt behandling (Vahdaninia, Omidvari & Montazeri, 2010, p. 355ff). Men hvis alle kvinder med brystkræft møder disse eksistentielle vilkår i mere eller mindre grad – hvorfor er det så kun en vis procentdel, som udvikler angst?

Yalom mener, at det handler om den rette timing og rækkefølge i forhold til, hvornår barnet bliver konfronteret med problemer som f.eks. døden. Ifølge Yalom er det vigtigt, at barnet oplever problemerne i et tempo, som passer sammen med dets indre ressourcer. Har barnet ikke dannet det nødvendige forsvar, inden det brutalt støder på døden, f.eks. ved en nærtståendes død, kan det føre til alvorlig stress. Særligt for det lille barn kan denne stress være yderst ubehagelig og gøre, at det ikke er i stand til at beskytte sig selv og ende med at gøre en senere konfrontation med døden traumatisk (Yalom, 1980/1998, pp.115f.). Yalom synes her primært at have fokus på de miljømæssige faktoreres samspil med barnets indre ressourcer i forbindelse med udviklingen af psykopatologi, mens han lader til helt at se bort fra personens genetiske og personlighedsmæssige karaktertræk. Det bliver i hvert fald ikke tydeligt, hvad det er for nogle indre ressourcer, som han refererer til i forhold til, hvorfor nogle udvikler

angst, når de kommer i en situation, hvor de bliver konfronteret med døden, mens andre ikke gør, hvis man følger Freuds teori.

Den psykodynamiske teori synes at have flere forklaringsmuligheder i forhold til spørgsmålet om, hvorfor nogle er mere disponerede for at udvikle angst end andre. I Freuds anden angstteori kommer han ind på, at der i den tidlige barndom er situationer, som kan udvikle sig til et traume. Freud mener, at mennesket tager disse tidligere oplevelser med sig igennem livet, hvilket gør det ekstra påvirkelig over for senere traumer (Tähkä, 1983, p. 47). Ud fra denne teori kommer Freud med en tese om, at tidligere traumer i barndommen gør personen mere disponeret i forhold til at udvikle angst, hvis det senere i livet bliver udsat for andre frygt- og faresituationer. Det bliver dog ikke helt tydeligt, hvad der gør, at den enkelte bliver mere disponeret for senere at udvikle angst. Idet disse frygt- og faresituationer i barndommen, ifølge Freud, er uundgåelig, og at alle mennesker dermed har oplevet dem i mere eller mindre grad (ibid.), så kan det diskuteres, om vi ikke alle burde være lige meget disponerede for at udvikle angst?

I psykodynamikeren Garlands definition af et traume er der som ved Yaloms beskrivelse af psykopatologi fokus på, at angsten bliver overvældende, når forsvaret ikke er i stand til at håndtere angsten. Men modsat Yalom er kilden til den overvældende angst ikke dødsangst, men derimod nyopståede traumer, som i den forbindelse øger personens sårbarhed, som stammer fra tidligere traumer i livet. Det nye traume, og det stress som følger med, vil skabe en voldsom psykisk reaktion, som gør personen sårbar over for en intens angst (Garland, 1998, pp.6, 10f). Garlands psykodynamiske traumeteori bygger på Freuds psykoanalytiske tilgang, hvor der er fokus på personens barndom og udvikling i forståelsen af, hvorfor nogle mennesker er mere disponerede for udviklingen af angst og andre psykiske lidelser senere i livet. Garland går i sin traumeteori skridtet videre og har fokus på, at der er visse faktorer, ud over personens barndom og udvikling, som øger sårbarheden for udviklingen af angst hos den enkelte. Hun mener, at personens forhistorie er med til at forme og danne personens karaktertræk, indre verden og personlighed. Disse faktorer har, ifølge Garland, stor indvirkning på den enkelte persons sårbarhed i forhold til, om en hændelse opleves som mere eller mindre traumatisk (Garland, 1998, p.23). Garland



taler om personens ”*breaking point*”, som er det punkt, hvor en persons forsvar bryder sammen over for indre og ydre stimuli og impulser, som er angstfremkaldende. Når forsvaret bryder sammen, kan det føre til en voldsom psykisk reaktion, som øger personens sårbarhed over for en intens angst. Ydermere kan kulturelle vilkår ligeledes have en indvirkning på sårbarheden. Personens sårbarhed er dermed et sammenspil mellem objektive, subjektive, interne og eksterne faktorer (Garland, 1998, pp. 10f., 22f.). Hvorvidt en kvinde med brystkræft oplever angst afhænger, ifølge Garland, af kvindes sårbarhed i form af personlighed og forhistorie.

#### **4.3.1. Narcissisme som disponerende faktor**

En faktor, som ligeledes kan have indvirkning på, hvorfor nogle kvinder med brystkræft er mere disponerede for at udvikle angst, er, hvis de har nogle narcissistiske træk, som bliver aktiveret i forbindelse med sygdommen. Brystkræft som sygdom kan påvirke flere narcissistiske facetter. Narcissistiske illusioner, som kan være angstprovokerende for en kvinde i det senmoderne samfund (Jørgensen, 2012, pp.125-127). Kernberg forklarer narcissisme i sammenhæng med objektrelationsteorien, hvor det afgørende er de uhensigtsmæssige objektrelationer, som har indvirkning på, at personen udvikler narcissistiske træk (Kernberg, 1975, pp.315f, Kernberg, 2004, p. 9). Det kan dermed tænkes, at kvinder, som har haft uhensigtsmæssige objektrelationer, som stammer fra de tidlige interaktioner i barndommen med signifikante andre. Interaktioner, som har skabt et ikke velintegreret billede af personens selv og dens objekter (Kernberg, 1975, p.315f, Kernberg, 2004, p. 8), hvilket kan have ført til en afvigende regulering af selvværdsfølelse samt et patologisk grandios selv (Kernberg, 2004, pp. 19, 45f). Når en kvinde får brystkræft, vil hun blive konfronteret med flere narcissistiske problemstillinger, som gør, at hun ikke længere lever op til det senmoderne samfunds idealer, hvilket dermed kan være angstfremkaldende (Jørgensen, 2012, pp.125-127), så som: Bevidsthed om ikke at være usårlig, manglende selvstændighed og større behov for hjælp fra andre (Greenberg, 2009, p. 62; Dahl, 2014a, p.32). En kræftsygdom som brystkræft har tilmed en ekstra dimension, idet kroppens udseende ændrer sig, hvis kvinden eventuelt skal have fjernet det ene eller begge bryster pga. kræften. Uden sine bryster vil hun ikke kunne leve op til det kropsideal, der er i det senmoderne samfund (Skårderud, 2000, p.93), samtidig med, at hendes seksualitet og femininitet også kan blive påvirket af dette (Speer, J.

PhD, Hillenberg, B., Sugrue, D. P., Blacker, C., Kresge, C.L., Decker, V.B., Zakalik, D., & Decker, D. A., 2005, p. 440.). Hvis en kvinde med brystkræft oplever disse narcissistiske problemstillinger, tænker jeg, det kan være med til at øge kvindes angstniveau og gøre hende mere disponeret i forhold til at udvikle angst.

#### **4.4. Behandling med eksistentiel og psykodynamiske psykoterapi ved angst i forbindelse med brystkræft**

I det følgende afsnit diskuteres forskelle og ligheder ved de to terapiformer i forbindelse med behandling af angst forårsaget af brystkræft. Først diskuteres de to terapiformers anvendelighed ved angst i forbindelse med brystkræft. Derefter ses der på betydningen af relationen mellem klient og terapeut, som diskuteres ud fra begge perspektiver samt problematikker i forhold til at opbygge den terapeutiske alliance. Til at diskutere dette anvendes de teorier, som er redegjort for tidligere i specialet samt sundhedspsykologisk litteratur af professor i klinisk psykologi og sundhedspsykologi Peter Elsass og læge Christoffer Johansen samt litteratur af psykoanalytikeren Tamara McClintock Greenberg og et empirisk studie af David Spiegel. Derudover inddrages der til diskussionen af den terapeutiske relations betydning litteratur af forfatteren Nancy McWilliams og psykoanalytikeren Esben Hougaard.

##### **4.4.1. Anvendeligheden af psykoterapi ved behandling af brystkræft**

Psykolog og psykoterapeut Tamara McClintock Greenberg har igennem sit arbejde med alvorligt syge erfaret, at klienternes fysiske og psykiske overskud til at tænke på emotionelle problematikker reduceres markant, eftersom de ofte er drænet for energi pga. sygdommen (Greenberg, 2009, p. 39). Dette kan gøre det udfordrende at have en klient med alvorlig somatisk sygdom i såvel eksistentiel og psykodynamisk psykoterapi, idet det kan være ganske ressourcekrævende at gå i terapi. Særligt i forhold til eksistentiel psykoterapi tænker jeg, at det kræver et relativt højt refleksions- og abstraktionsniveau for, at en person er i stand til at reflektere over de fire eksistentielle livsvilkår døden, isolationen, friheden og meningsløsheden, som i sig selv kan være angstprovokerende at have overvejelser omkring (Yalom, 2002, p.167). Samtidig mener Greenberg, at personer, som oplever forandringer i kroppen, har større

fokus på deres fysiske tilstand frem for deres psykologiske velbefindende, hvilket kan gøre det svært at skabe en tæt kontakt mellem klient og terapeut (Greenberg, 2009, p. 6).

På trods af disse problematikker ved psykoteraeutisk behandling af klienter med somatisk sygdom viser et studie af Spiegel, baseret på en systematisk litteraturgennemgang, at der er en tendens til, at psykoteraepi kan forlænge overlevelsestiden hos personer med kræft (Spiegel, 2013, p. 1). Ligeledes skriver Elsass og Johansen, hvordan mange kræftsyrge kan have gavn af et psykoteraeutisk forløb, idet symptomer som angst og depression er noget, der forekommer hyppigt blandt denne klientgruppe. Et psykoteraeutisk forløb vil da være forebyggende i forhold til, at disse symptomer kan føre til psykisk lidelse. Ydermere kan et psykoteraeutisk forløb skabe en indsigt i, hvilke ressourcer, der findes i menneskets mentale liv, hvilket kan være udbytterigt, selv om terapien ikke nødvendigvis er i stand til at løse personens psykiske problemer (Elsass og Johansen, 2011, p.163).

Netop indsigt forholder den psykodynamiske og den eksistentielle tilgang sig lidt forskelligt til. Ud fra et psykodynamisk perspektiv betragtes indsigt som et af målene for terapien. Derudover lægges der vægt på en sammenhængende og meningsfuld selvforståelse, idet mennesket er et meningssøgende væsen, som stræber efter forståelse af sig selv og sin nuværende situation i kontekst af personens livshistorie samt andre faktorer, som påvirker dannelsen af personligheden (Jacobsen & Mortensen, 2013, p.25). Yalom mener derimod, at årsagsforklaringer, som tager udgangspunkt i klientens forhistorie, er en forkert terapeutisk strategi. På trods af dette har det at søge årsagsforklaringen en givende funktion, eftersom klient og terapeut da har et fælles udgangspunkt for terapien. Dette udgangspunkt kan danne tillid og tiltro mellem klient og terapeut, hvilket er fundamentalt i den terapeutiske relation (Yalom, 1980/1998, p.204f).

De forskellige forståelser af angst (jf. afsnit 4.2.), gør ligeledes, at der er forskellige måder at forholde sig til angsten. F.eks. vil der ved den tidligere nævnte realangst være fokus på, at angsten skal beroliges, reguleres eller måske afledes. Forstås angst derimod som noget ubevidst, skal det undersøges og tolkes, således at den egentlige årsag til angsten bliver tydelig (Malan, 1992, pp.119f). Det er dog væsentligt at have

for øje, at både den ubevidste angst og realangst kan forekomme på samme tid hos en kvinde, som oplever angst i forbindelse med brystkræft.

I forhold til det eksistentielle livsvilkår frihed og det dertilhørende ansvar bemærker Yalom, at det er væsentligt at gøre klienten opmærksom på egen ansvarlighed i forhold til, hvorledes klienten forholder sig til sin modgang. Yalom nævner bl.a., at klienten kan opnå en følelse af kontrol og indflydelse ved at tage ansvar for dens forhold til de læger, som er involverede i deres sygdomsforløb ved f.eks. at kræve, at lægerne tager sig tid til dem og løbende informerer dem om behandlingsforløb og deres somatiske tilstand (Yalom, 1980/1998, p.290f). For meget medicinsk information omkring sygdommen kan dog skabe visse problematikker. Således beskriver Elsass og Johansen, hvordan for meget information omkring klientens tilstand kan være med til at skabe yderligere utryghed og unødvendig angst i forhold til kræftsygdommen. Elsass og Johansen mener, at det er vigtigt at skelne mellem angst og frygt, idet en overdramatisering af sygdommen kan medføre en ubegrundet angst, der kan overgå den ydre rationelle frygt for sygdommen (Elsass og Johansen, 2011, p. 47). De valg, som omhandler personens sygdom, kan være svære at forholde sig for den syge. Elsass og Johansen mener, at det er en misforståelse, hvis der er en udbredt opfattelse af, at livskvalitet og patienttilfredshed hænger sammen med øget informationsniveau. Mest mulig information skaber, ifølge Elsass og Johansen, ikke altid det mest tilfredse og frie menneske (ibid.p.54). Dermed udfordres Yaloms teori om, at klientens følelse af kontrol og indflydelse fører til reduceret angst. For mange informationer om sygdommen kan i visse tilfælde føre til det modsatte, nemlig angst og mangel på kontrol.

#### **4.4.2. Den terapeutiske relation**

Ifølge Bo Møhl er det væsentligt for virkningen af et psykoterapeutisk forløb, at der skabes en stabil og dybdegående relation mellem klient og terapeut (Møhl, 2013, p.19). I forbindelse med specialets problemformulering tænker jeg, at det er vigtigt at have fokus på den terapeutiske relation ved psykoterapeutisk behandling af en kvinde med angst, som er forårsaget af brystkræft. Dette bygger jeg på ud fra antagelsen om, at det er særligt fundamentalt, at der er tillid mellem den kvinde, som er ramt af brystkræft

og terapeuten, da kvinden i denne situation både er svækket fysisk og psykisk og formentlig mere sårbar. Ydermere er det centralt for terapien, at terapeuten er i stand til både at observere klienten, men også sig selv i terapien og samtidig tillægge begge observationer betydning. Relationen mellem klient og terapeut og deres indbyrdes reaktioner på hinanden bliver på den måde en mulighed, hvorpå der kan skabes en dybere forståelse af klientens problematikker (Kjølbye, 2013, p.74f).

Den eksistentielle og den psykodynamiske psykoterapi har dog forskellige opfattelser af den terapeutiske relations betydning og formål i terapien, hvilket vil blive diskuteret herunder.

Som tidligere nævnt mener Yalom, at den terapeutiske relation er den egentlige forandringsfaktor i terapien, og den har til formål at give klienten et virkeligt forhold til et andet menneske og ligeledes give klienten indsigt i dens interpersonelle adfærd, som har været uhensigtsmæssig. Yalom skelner mellem den terapeutiske relation, som består af et virkeligt forhold, og det han kalder et ”*som-om*” forhold, der er opbygget af overføringer mellem klient og terapeut (Yalom, 1980/1998, p.427f). Et forhold mellem klient og terapeut, som kun bygger på overføring, udelukker, ifølge Yalom, et autentisk forhold, hvilket kan være hæmmende for terapien. Yalom kritiserer overføringsforholdet, da dette kan give terapeuten en mulighed for en lukkethed og distance, hvilket kan være en hindring for en ægte kontakt mellem klient og terapeut (Yalom, 1980/1998, p.437). Yalom påpeger, at der er forskel mellem den terapeutiske relation og et nært venskab, pga. den manglende gensidighed, da det kun er klienten, som opsøger hjælp hos terapeuten og ikke omvendt (Yalom, 1980/1998, p. 430). Han mener, at terapeuten kun kan opleve klienten fuldt ud, når terapeuten giver sig til kende som person og åbner sig over for den anden. Han er dog bevidst om, at visse ting ikke skal deles mellem klient og terapeut for ikke at påføre klienten skade (ibid.p.434).

Ifølge den psykodynamiske tilgang har overføring den funktion, at der sker en forskydning af det klienten ikke kan italesætte omkring sine oprindelige objektrelationer. Dette kommer til udtryk i den måde, hvorpå klienten forholder sig til terapeuten (Jacobsen & Mortensen, 2013, pp.44, 195). Relationen mellem klient og terapeut bliver dermed både en virkelig kontakt mellem to mennesker, men også et redskab, som har til formål at fremme en brugbar ændring hos klienten (ibid. 180).

Den psykodynamiske tilgang lægger vægt på den manglende gensidighed i relationen, som bl.a. bliver tydelig, eftersom klienten betaler for terapisesionerne og dermed for terapeutens tid og opmærksomhed, hvilket er med til netop at gøre relationen professionel (Jacobsen & Mortensen, 2013, pp. 131). Psykoanalytikeren Nancy McWilliams mener, at terapeuten som grundregel skal være forsigtig med at dele personlige informationer og forhold med klienten. Når først informationerne er delt, kan de ikke trækkes tilbage, og i nogle tilfælde har den delte information om private forhold ikke den tiltænkte virkning på klienten og kan gøre mere skade end gavn (McWilliams, 2004, p. 188).

Der er således forskellige opfattelser af, hvor stor en betydning den terapeutiske relation har for terapien. Her mener Yalom, som nævnt, at den terapeutiske relation er den altafgørende forandringsfaktor for et psykoterapeutisk forløb (Yalom, 1980/1998, p. 204). Professor i klinisk psykologi Esben Hougaard påpeger i den henseende, at langt fra alle terapeuter opfatter den terapeutiske relation som alfa og omega for et psykoterapeutisk forløb. Relationen mellem klient og terapeut betragtes her i stedet som en nødvendig betingelse for, at de anvendte teknikker i terapien har en virkning: *”det kit, som binder terapeut og klient sammen, så man i fællesskab kan arbejde med at løse klientens problemer”* (Hougaard, 2004, p. 273).

#### **4.4.3. Problematikker i forhold til at opbygge den terapeutiske alliance**

Når en psykolog opstarter et psykoterapeutisk forløb med en klient, som har udviklet angst i forbindelse med brystkræft, kan der tænkes at være nogle problemstillinger, som kan påvirke opbygningen af den terapeutiske alliance, hvori den terapeutiske relation indgår, og dermed komplicere behandlingseffekten. I dette afsnit diskuteres forskellige problematikker, som kan have indflydelse på den terapeutiske alliance, i et sådant forløb.

Som tidligere nævnt kan den terapeutiske relation være væsentlig i behandling af kvinder med angst og brystkræft, da klienten i den sammenhæng både er svækket psykisk, men også fysisk. Netop denne tilstand, tænker jeg, kan gøre det svært at få opbygget den terapeutiske relation, da klienten i den situation måske søger mere trøst end terapi, hvilket ville kunne give visse uenigheder omkring målet med terapien, hvis klienten ikke søger egentlig terapi. Samtidig kan der opstå en mistillid og jalousi i

forhold til terapeuten, hvis terapeuten ikke selv har været igennem en kræftsygdom og ellers er sund og rask. Da kan klienten tænke og føle, at terapeuten ikke er i stand til at sætte sig ind i hendes situation. En kvinde med brystkræft beskriver det således; ”*For de professionelle havde jeg svært ved at få ordentlig tillid til. Hvad vidste de om nogen ting?*” (Berg, 2003, p.39).

En anden problemstilling, som kan have indvirkning på den terapeutiske alliance, er, hvis klienten har narcissistiske træk. Disse narcissistiske træk kan være til stede før kræftsygdommen og på den vis gøre klienten ekstra sårbar over for udviklingen af angst. De narcissistiske træk kan også opstå som en reaktion på fysiske og psykiske ændringer, som forekommer i forbindelse med brystkræft. Ifølge Dahl kan narcissistiske træk forekomme ved alvorlig somatisk sygdom, idet sygdommen kan have indflydelse på selvværdsfølelsen, personens selvstændighed m.m. (Dahl, 2014a, p.32). Jeg tænker, at disse fysiske og psykiske reaktioner, som medfører narcissistiske træk, formentlig kan være medvirkende til at øge personens angstniveau, idet personen ikke på samme vis kan leve op til sine idealer og tilmed bliver bevidst om egen usårlighed. Ifølge Rolf Haubl jf. Jørgensen (2012), lever det senmoderne menneske, i vekslende grad, under forskellige narcissistiske illusioner (Jørgensen, 2012, p.125). En af disse narcissistiske illusioner er, at mennesket er usårligt, og der derved ikke kan ske det noget ondt eller negativt. Tragiske hændelser er kun noget, der sker for andre. Ydermere lever mennesket i den narcissistiske overbevisning om, at hvis blot det lever rigtigt i form af at spise sundt, motionere og arbejde hårdt for at realisere sine drømme og mål, vil det føre til et langt og godt liv (Jørgensen, 2012, p.125). Det kan være ganske chokerende og angstprovokerende for personen, når virkeligheden viser sig at være anderledes (ibid.126f.). Når en person bliver diagnosticeret med en alvorlig somatisk sygdom som brystkræft, kan der formentlig ske et brist på flere af disse narcissistiske illusioner. Dette kan formentlig medføre en narcissistisk krænkelse (Dahl, 2014a, p. 32), som kan påvirke terapien, hvis forekommer narcissistisk overføring og modstand.

Hvis klienten med brystkræft udviser nogle narcissistiske træk, kan der opstå narcissistisk overføring i forbindelse med terapien. Ved narcissistisk overføring kan personens grandiose selv, ifølge Kernberg, reaktivere tidligere konflikter,

egostrukturer, primitive objektrelationer samt defensiv adfærd, som hører til tidligere udviklingsstadier (Kernberg, 1984, p. 191). Det kan være vanskeligt at have en klient i terapi med narcissistiske træk, eftersom de har svært ved at være i relationer, som er bygget op omkring gensidig afhængighed. Særligt, hvis klienten føler den mindste smule misundelse, kan der reageres med devaluering over for terapeuten, eftersom det kan være særdeles svært for klienter med disse træk at lade terapeuten hjælpe dem. På den måde forsvarer klienten sig mod den frygtede afhængighed af terapeuten (Kernberg, Selzer, Konigsberg & Carr, 2000, p.195; Kernberg, 2004, p. 114). Det kan derved tænkes, at klienter med brystkræft, som udviser narcissistiske træk, kan skabe problemer i forhold til opbygningen af den terapeutiske alliance. Kernberg beskriver således også, hvordan klienter med narcissistiske træk ofte har stor mistillid til, at terapeuten er oprigtig interesseret i dem (Kernberg et al., 2000, p.195). Derudover kan der, som tidligere nævnt, forekomme en vis misundelse og jalousi over for terapeuten, da hun har to sunde og raske bryster.

#### **4.4.3.1. Terapeutens indvirkning**

En anden faktor, som kan gøre det problematisk at opbygge den terapeutiske alliance, er, ifølge Yalom, hvis terapeuten ikke er i stand til at bearbejde og forholde sig til de eksistentielle vilkår, der arbejdes med i terapien. Særligt gør det sig gældende i forhold til vilkår som døden, friheden og det ansvar, der følger med, samt i forhold til meningen med livet. Det er her væsentligt, at terapeuten sætter sig ind i, hvorledes han eller hun selv har det i forhold til de vilkår, da det ellers kan have indvirkning på klientens bearbejdelse af disse. F.eks. kan terapeutens fornægtelse af døden bevidst og ubevidst påvirke klientens fornægtelse af døden (Yalom, 1980/1998, pp.219f, 283, 497).

I det hele taget kan terapeutens egen personlighed og problematikker have indvirkning på det terapeutiske forløb. I enhver terapisession er terapeutens analyse og tolkninger præget af terapeutens forforståelser og forståelseshorisonter, hvilket påvirker terapeutens forudsætninger og anvendelse af begreber samt de spørgsmål, som bliver stillet i forbindelse med tolkning af klientens materiale (Olsson, 2007, pp. 206ff). Det kan tænkes, at terapeutens forforståelser og forståelseshorisonter ligeledes har indvirkning i forbindelse med terapeutens modoverføringsfølelser, som er et miks af terapeutens reaktion på klientens materiale samt terapeutens egen fantasier og følelser.



Terapeuten bringer ligeledes forskellige objektrelationer, tilknytningsmønstre, narrativer og potentielt traumatiske hændelser ind i terapien, hvilket kan påvirke, hvorledes terapeuten oplever og håndterer de forskellige problemstillinger, som opstår i terapien. Hvis terapeuten har nogle følelser, som denne ikke har erkendt, kan dette, ifølge Jacobsen og Mortensen, have indvirkning på den terapeutiske forandring, således at terapeuten ikke er i stand til at forstå klienten korrekt og tilmed risikere, at projicere sine egne problematikker over på klienten. Ydermere mener Jacobsen og Mortensen, at manglende erkendelse af visse følelser kan lægge en dæmper på terapeutens evne til at være empatisk over for klienten eller påvirke terapien, så terapeuten bliver fordømmende eller bremsende i forhold til klientens udfoldelser (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 201). I den henseende tænker jeg, at egenterapi og supervision formentlig kan hjælpe terapeuten med at skelne mellem, hvorvidt modoverføringer i terapien skyldes terapeuten sine egne vanskeligheder eller sårbarheder – eller hvorvidt modoverføringsfølelserne er en reaktion på klientens adfærd.

En anden problematik, som Yalom nævner, er at mennesker ofte anvender to forsvarsstrategier i et forsøg på at håndtere sin dødsangst: Troen på egen usårlighed og overbevisning om den endelige frelser (Yalom, 1980/1998, pp. 107, 127f.). Ved alvorlig somatisk sygdom vil personen, ifølge Yalom, ofte søge efter en endelig frelser, en rolle, som ofte vil blive tildelt lægen, som i den sammenhæng får øget sin egen særlighed ved at påtage sig frelserrollen (ibid. p.145f.). Det kan diskuteres, om ikke psykologen også vil have en tendens til at søge frelserrollen, idet den er med til at øge egen særlighed. Et andet aspekt, som kan tænkes at spille en væsentlig rolle, er, hvordan det kan synes ”*nemmere*” og ikke mindst mere udholdeligt for terapeuten at blive positioneret som det gode objekt i terapien. Dette medvirker til, at terapeuten formentlig selv er med til at skabe og fastholde den endelige frelserrolle. Denne problematik kan kompliceres yderligere, hvis klienten har nogle narcissistiske træk, idet disse klienter, ifølge Kernberg, kan camouflere deres narcissistiske modstand ved en idealisering af terapeuten. I forbindelse med idealiseringen kan terapeuten føle sig beæret. Dette kan øge følelsen af ansvar og samtidig lægge et pres på terapeuten i forhold til at føle sig som en tilstrækkelig kompetent terapeut. Kernberg mener, at den idealiserende overføring er klientens midlertidige projektion af sit eget grandiose selvforestilling (Kernberg et al. 2000, p. 196; Kernberg, 2004, p.145).

Ovenstående problematikker kan tænkes at have indvirkning på alliancen i negativ retning og eventuelt føre til alliancebrud, som derved svækker alliancen mellem klient og terapeut. Men alliancebrud og fejl i terapien kan også vise sig at have en positiv effekt. John Vitger beskriver hvordan, at fejl kan bruges konstruktivt, hvis terapeuten er undersøgende og interesserer sig for, hvorfor fejlene forekommer (Vitger, 2006, pp.170f). Vitger kommer ind på, at terapeutens fejl kan ses som en form for svigt eller afvisning. Fejlene kan dermed komme til at repræsentere gentagelser af, hvad klienten har været udsat for af svigt og afvisninger igennem livet. Derfor bliver det afgørende, at de fejl der opstår i terapien, håndteres på en anden måde end, hvad klienten har oplevet tidligere i livet. F.eks. ved, at klienten oplever, at fejlene forsøges at blive repareret, modsat af, hvad klienten formentlig har været ude for tidligere i livet. Hvis dette sker, kan klienten og terapeuten udforske og rekonstruere klientens utilpassede relationsmønstre (Vitger, 2006, pp.170f). Sker dette vil den terapeutiske alliance formentlig styrkes og skabe bedre vilkår for, at behandlingseffekten øges.

Derudover kan fejl i terapien være med til at gøre terapeuten opmærksom på sine fejlmønstre og evt. revurdere den teknik, der anvendes, hvis man f.eks. har været for konfronterende eller for vag i sine interventioner.

#### **4.5. Effekten af de forskellige terapiformer**

I det følgende afsnit diskuteres forskellen på effekten mellem den eksistentielle og psykodynamiske psykoterapi. Her inddrages bl.a. en diskussion af problematikker ved den evidensbaserede forskning af psykoterapeutisk behandling af angst i forbindelse med brystkræft.

I forbindelse med psykoterapeutisk behandling af kvinder med angst forbundet med brystkræft, vil der formentlig være fokus på, hvorvidt der er evidens for, at de forskellige psykoterapeutiske terapiformer har en positiv effekt i forhold til behandling af angstlidelser. I Sundhedsstyrelsens referenceprogram for angstlidelser hos voksne fra 2007 nævnes adfærdsmæssig og kognitiv terapi som psykoterapeutiske terapiformer, hvor der har været en tilfredsstillende metodisk kvalitet inden for psykoterapeutisk behandling af angstlidelser. I den kontekst pointeres det, at effekten

af psykoterapi kan være vanskelig at undersøge, og at der ikke kan udledes, at terapiformen ikke har nogen effekt, hvis der er manglende dokumentation for evidens (Sundhedsstyrelsen, 2007, p.70). Derudover tænker jeg, at den angst, som opstår i forbindelse med brystkræft, adskiller sig fra andre angstlidelser i ICD-10. Denne form for angst er hverken generaliseret angst, panikangst m.v., men derimod en angstform uden for kategori, hvilket gør den svær at arbejde med og finde evidens for. Samtidig er der også visse problematikker i forbindelse med evidensbaseret forskning af psykoterapi.

Det kan diskuteres, om det forskningsdesign, som benyttes ved forskning af psykoterapi, er optimal i forhold til de vilkår, som terapeuten arbejder under i praksis, idet de resultater, som denne forskning forholder sig til, er det gennemsnitlige i den interne gruppe, som undersøges. Men terapeuten møder derimod aldrig det gennemsnitlige i praksis og er derfor nødt til at forholde sig til den enkelte person, som har forskellige problemer og lever i konkrete kontekster (Brinkmann, 2007, p.140). Sundhedsstyrelsen skriver ligeledes, at kritikken af randomiserede kontrollerede forsøg bygger på arbejde med klienter, som har forholdsvis homogene lidelser, mens de klienter, som opsøger hjælp i praksis, ofte er kendetegnet ved at have komorbide lidelser. Dette har gjort, at der skelnes mellem den effekt, der er i de randomiserede kontrollerede forsøg ("*efficacy*") og den effekt, som forekommer under almindelige kliniske vilkår ("*effectiveness*") (Sundhedsstyrelsen, 2007, p. 70). Derudover kan det diskuteres, om personer, hvis symptomer opfylder kriterierne for den samme diagnose, nødvendigvis er sammenlignelige i forhold til andre variabler. Klienterne kan rumme forskellige psykologiske og kontekstuelle faktorer, som kan påvirke effekten af behandlingen (Høstmælingen, 2010, p. 934).

Men hvor stor er forskellen mellem de forskellige terapiformer egentlig? Og hvilken betydning har den psykoterapeutiske teknik, når det handler om effekten af behandlingen?

Ifølge forskning tyder det på, at der er flere faktorer, som spiller ind på udfaldet af et behandlingsforløb. Michael J. Lambert og Dean E. Barley har i en undersøgelse fra 2002 fundet frem til, at der er fire forskellige variabler, som påvirker udfaldet af behandlingseffekten. De fire variabler er: Ekstraterapeutiske faktorer, så som

hændelser uden for terapien, social støtte og hvad klienten ellers bringer med ind i terapien. Forventningsfaktorer, en form for placeboeffekt, som er klientens og terapeutens tro på, at terapien har en positiv virkning. Derudover har den specifikke psykoterapeutiske teknik betydning samt non-specifikke faktorer (Lambert & Barley, 2001, pp. 357ff). Her viser det sig, at de non-specifikke faktorer forekommer i alle terapiformer uanset teoretisk tilgang, og hvilken teknik der anvendes. De non-specifikke faktorer består bl.a. af terapeutens evne til at udvise empati, varme, accept, klient- og terapeutkarakteristika, den terapeutiske relation, den terapeutiske alliance samt faktorer, som relaterer sig til den terapeutiske proces. Ud fra undersøgelsen fandt Lambert og Barley frem til, at 40% af udfaldet af terapien skyldtes ekstraterapeutiske faktorer. Non-specifikke faktorer viste sig at udgøre 30% af den samlede behandlingseffekt, mens forventninger (placebo) og den specifikke teknik hver især udgør 15% af det samlede udfald af behandlingseffekten (ibid.). Det tyder dermed på, at den terapeutiske relation og alliance udgør en central del af, hvorvidt terapien har en positiv effekt. Terapeutens kvaliteter kan dog ikke gøre det hele, idet træk ved klienten som f.eks. lidelsens sværhedsgrad samt den tid, som er til rådighed, er afgørende for det endelige resultat. Ifølge Jacobsen & Mortensen er der en sammenhæng mellem sværhedsgraden af forstyrrelsen og behandlingens længde. Som tommelfingerregel mener de, at der er en ligefrem proportionel sammenhæng mellem de to faktorer for, at terapien kan være veludført (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 18).

Det skal pointeres, at det er væsentligt, at den terapeutiske alliance ikke bliver målet. Psykoterapeutisk behandling bygger ikke udelukkende på, at terapeuten kan udvise empati, varme, respekt m.m., idet psykoterapi da ikke vil adskille sig fra enhver anden nær og varm relation (jf. 4.4.2; Jacobsen & Mortensen, 2013, p.180)

#### **4.6. Positive aspekter af angst i forbindelse med brystkræft**

Indtil videre har jeg i specialet primært fokuseret på det negative ved angst i forbindelse med brystkræft. Men som nævnt i indledningen er det interessant at se på, hvilken betydning brystkræften får for disse kvinders liv. Det kan da diskuteres, om sygdommen og den angst, som er forbundet hermed, udelukkende er negativ? Kan sygdommen og angsten også føre noget positivt med sig?

Yalom beretter om, at han i sit arbejde med kræftsyge klienter har oplevet mange, som bruger den krise og fare, som kræften udløser, til noget konstruktivt i form af mulighed for forandringer. Forandringer, som han beskriver som personlig vækst, hvilket bl.a. kan være: En øget følelse af at leve her og nu, i stedet for at udskyde livet til et andet tidspunkt i fremtiden. En større værdsættelse af elementære ting i livet eller en tættere kontakt med sine nærmeste end før sygdommen (Yalom, 1980/1998, pp.45, 177). Hvis der arbejdes ud fra Malans trekanter, som går på, at når en kvinde oplever angst, skyldes det nogle skjulte følelser, som er gemt under angsten og modstanden (Malan, 1992, p. 119f). Angsten bliver dermed en måde, hvorpå klienten kan blive bevidst om, at hun har nogle skjulte følelser, som påvirker klienten ubevidst. Det kan derved være væsentligt at undersøge de skjulte følelser, som skaber angsten, da jeg tænker, at de skjulte følelser formentlig vil komme til udtryk på anden vis, hvis ikke de bearbejdes. Jacobsen og Mortensen beskriver det som, at angsten kan være nødvendig for, at klienten kan få indsigt i sine fortrængte og skjulte følelser (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 239).

Angsten kan således være tosporet, både rationel og irrationel. Angsten kan være irrationel, hvis den får en ængstelig karakter, som skaber unødvendige bange anelser hos kvinden. Men den kan også være rationel og anvendelig, idet kvinden tidligere i forløbet bliver opmærksom på eventuelle symptomer på tilbagefald, hvilket får hende til at opsøge læge, før kræften evt. har spredt sig.

## 5. Konklusion

Dette speciale beskæftiger sig med angst i forbindelse med brystkræft ud fra følgende problemformulering:

Hvordan kan man forstå og behandle angst i forbindelse med brystkræft, set ud fra henholdsvis et eksistentielt og et psykodynamisk perspektiv?

Angst i forbindelse med brystkræft kan ikke direkte kategoriseres inden for de angstlidelser der er i ICD-10, hvilket kan gøre den svær at arbejde med den. Ikke desto mindre har specialet belyst en forståelse og indsigt i den angst, der kan opstå hos kvinder med brystkræft set ud fra et eksistentielt og et psykodynamisk perspektiv. Teoretikeren Yalom er her anvendt til at afdække det eksistentielle perspektiv. Yalom forstår angst ud fra fire eksistentielle livsvilkår; døden, friheden, isolationen og meningsløsheden. Når en kvinde med brystkræft bliver konfronteret med et eller flere af disse livsvilkår kan det føre til angst. En angst, som Yalom mener, bunder i grundlæggende dødsangst.

Angsten set ud fra et psykodynamisk perspektiv belyses via teoretikerne; Freud, Bowlby, Garland og Kernberg. Freud har udviklet to angstteorier. Neurotisk angst, hvor angsten opstår som en reaktion på hæmmet libido, og signalangst der forekommer når der i barndommen opstår hændelser, der kan udvikle sig til at blive traumatiske. Derudover taler Freud om realangst, som opstår ved reel ydre fare. Disse faktorer kan gøre at en kvinde med brystkræft er mere disponeret for at udvikle angst. Angsten kan i en sådan situation ligeledes bunde i en separationsangst, som opstår i forbindelse med adskillelse eller trussel om adskillelse fra sine omsorgspersoner eller nærmeste, hvilket er en trussel brystkræft ramte kvinder konfronteres med. Brystkræft kan desuden forstås som et traume, hvor udviklingen af angst afhænger af personens sårbarhed som præges af bl.a. forhistorie og personlighed. Via Kernbergs narcissisme teori, kan angsten forstås, som en reaktion på de narcissistiske problemstillinger, der kan opstå, når et menneske ikke er i stand til at leve op til sine egne idealer. For nogle kvinder med brystkræft, kan det være angstprovokerende ikke længere at leve op til det senmoderne samfunds idealer, som fx usårlighed og udseende.

Til behandlingen af den angst der opstår i forbindelse med brystkræft ligger den eksistentielle psykoterapi stor vægt på den terapeutiske relation, hvilket Yalom overordnet betragter som den væsentligste og egentlige forandringsfaktor i et psykoterapeutisk forløb. Af behandlingsmetoder fokuseres der ved eksistentiel psykoterapi, på at øge klientens dødsbevidsthed, som bl.a. kan ske ved brug af desensibilisering. Derudover gøres klienten bevidst omkring ansvaret for egen livssituation. Klienten kan konfronteres med sin isolationsangst, ved at fokusere på den terapeutiske relation og dens funktion. Angsten der er forbundet med meningsløsheden, kan ifølge Yalom bedst behandles ved, at klienten engagerer sig i livet frem for at søge efter mening.

Ved psykodynamisk psykoterapi af kvinder med angst opstået i forbindelse med en brystkræft diagnose er der forskellige relevante behandlingsmæssige metoder. Metoder som overføring, modoverføring, modstand m.v. kan anvendes til at undersøge hvad angsten er udtryk for og hvilke følelser der ligger skjult herunder og af den vej opnå indsigt og forandring.

I forbindelse med behandlingen kan der være nogle problematikker, som kan have indvirkning på den terapeutiske relation, bl.a. hvis klienten har nogle narcissistiske træk eller terapeuten sætter sig i frelserrollen. På trods af forskellighederne mellem den eksistentielle og den psykodynamiske psykoterapi, tyder det på, at det ikke alene er de terapeutiske teknikker, som er afgørende for om behandlingen har effekt, men bl.a. også non-specifikke faktorer, hvor den terapeutiske relation indgår.

På trods af flere faktorer, som påvirker klienter med alvorlig somatisk sygdoms evne til at indgå i terapi, så synes psykoterapeutisk behandling af kvinder med angst i forbindelse med brystkræft, som en væsentlig del af den samlede behandling. Årsagen hertil er bl.a. at psykoterapi kan være forbyggende i forhold til at kvinden senere udvikler en egentlig psykiatrisk lidelse.

Kræften og angsten kan, til trods for de fysiske og psykiske smerter, have positive følger for nogle kvinder, i form af ændret livssyn samt indsigt i skjulte følelser.

## 6. Perspektivering:

Dette er et teoretisk speciale, men som nævnt i afsnittet om metodiske overvejelser (jf. afsnit 2.1.), var min oprindelige plan i starten af specialeprocessen, at lave et kvalitativt speciale. Mine overvejelser gik på at foretage et såkaldt ekspertinterview, hvor jeg ville interviewe en erfaren psykolog, som har stor erfaring og viden om psykoterapi af kvinder, som har udviklet angst i forbindelse med brystkræft. I forbindelse med et ekspertinterview vil jeg tage kontakte til forskellige onkologiske afdelinger og palliativ teams i Nord- og Midtjylland, i håb om at få kontakt med erfarne psykologer inden for dette felt. Et ekspertinterview ville være brugbart i forhold til at undersøge hvordan angsten kommer til udtryk i terapien, og samtidig give indsigt i hvilket fordele og ulemper der er ved at arbejde med denne klientgruppe. Som en videre forskning på dette speciale, vil et ekspertinterview ligeledes være med til at be- eller afkræfte om virkeligheden stemmer overens med teoriene, og måske tilføje ekstra dimensioner, som jeg ikke er blevet bevidst om igennem denne afhandling.

Herudover tænker jeg, som kommende psykolog, at det kunne være interessant at undersøge hvordan det vil være at arbejde med brystkræftframte kvinder som noviceterapeut. Som uerfaren terapeut kan der være visse udfordringer, i forbindelsen med overgangen fra teori til praksis. Svend Brinkmann og Lene Tanggaard beskriver, hvordan at nyuddannede psykologer ofte har svært ved at *"gøre de rigtige ting på det rette tidspunkt og på den rette måde"*, når de starter ud som praktiserende psykologer. Her kan de opleve, at den viden de kommer ud med fra universitet ikke er tilstrækkelig, og at det derved kan være svært at overføre viden fra en kontekst til en anden (Brinkmann & Tanggaard, 2007, p.14). Det kunne her være interessant at interviewe nogle noviceterapeuter, som arbejder på en onkologisk afdeling, i et palliativ team eller på anden vis har kontakt med klienter som er alvorlige somatisk syge. Undersøge hvad det er for nogle udfordringer der er i forbindelse med at arbejde med alvorlig somatisk syge, heriblandt kræftframte. Her vil det være spændende at undersøge om uerfarne terapeuter har større berøringsangst i forhold til vanskelige emner som fx døden, tab af fysiologiske funktioner og lignende problematikker. Det kunne således være relevant at undersøge hvorvidt en noviceterapeut har problemer med at skabe den terapeutiske alliance, eller afholder sig fra at italesætte evt. ubehagelige følelser



mellem terapeut og klient, netop for at opretholde den gode terapeutiske alliance. Ydermere kan der være et alders- og livserfarings aspekt, idet nyuddannede psykologer ofte er i tyverne og måske ikke har så meget livserfaring, som de klienter de sidder overfor i terapien. Samtidig kan der måske være en tendens til at en uerfaren terapeut er mere tilbøjelig til at give klienten det de gerne vil have og ikke nødvendigvis det de har brug for, som hvis fx klienten med kræft søger mere støtte end egentlig terapi.

Disse tanker og overvejelser ville være spændende at undersøge, og af den vej få indsigt i hvor stort et spring der er fra uddannelsen på universitetet til praksis. En sådan undersøgelse vil belyse hvor godt en nyuddannet psykolog egentlig er klædt på i forhold til at arbejde klinisk.

## Referenceliste

Berg, K.B. E. (2003). Det dør vi ikke af i vores familie. In Madsen, B. & Olesen, P., *Vi længe leve*, 1. udgave, Vejle: Kroghs Forlag. (pp. 38-44)

Blass, R.B. (2013). On the complex, relational nature of Freud's thinking on primary anxiety in *Inhibitions, Symptoms and Anxiety* : differences from and ties to Klein. In ON FREUD'S "INHIBITIONS, SYMPTOMS AND ANXIETY". Arbiser, S. & Jorge Schneider, J.(2013). Karnac Books, London. Part II, kap. 2, pp.119- 132.

Brinkmann, S., (2007). Forskning og profession som to slags praksis. In Brinkmann, S., & Tanggaard, L. 2007, *Psykologi: Forskning & Profession*. Hans Reitzels Forlag, København, 2007. 1. udgave, 1. oplag. Kap.5. (p.121-142).

Bordin, E. S. (1979): The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and Practice*, Vol. 16, p 252-260.

Bowlby, J. (1973) *Attachment and loss*, Vol 2. *Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic books. (pp. 30-32, 77-80,178-183, 375-377)

Busch FN, Rudden M, Shapiro T.(2004). *Psychodynamic treatment of depression*. I *American Psychiatric Publishing*. (pp.39-74)

Christensen, G. (2002/2011). *Psykologiens videnskabsteori – en introduktion*, 1. udgave, Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag. (pp. 43-74)

Dahl, A.A.(2010). Personlighedsforstyrrelser og seksuelle afvigelser. In Mors, O., Kragh-Sørensen, P. & Parnas, J., *Klinisk Psykiatri*, 3. udgave, København: Munksgaard Danmark. (pp. 531-573)

Dahl, A.A. (2014a). Grunlaget for psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. In Dahl, A.A., Aarre, T.F. & Loge, J.H., *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*, 1. utgave, Oslo: Cappelen Damm. (pp. 1-44)

Dahl, A.A. (2014b). Frykt, angst og angstlidelser. In Dahl, A.A., Aarre, T.F. & Loge, J.H., *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*, 1. utgave, Oslo: Cappelen Damm. (pp. 189-203)

- Doka, K. J.(2009). *Counseling Individuals With Life-Threatening Illness*. Springer Publishing Company. New York. (pp. 81-108)
- Elsass, P. & Johansen, C. (2011). *At leve med kræft*, 1. udgave Viborg: Psykologisk Forlag. (pp. 43-61, 125-143, 163-189)
- Freud, S. (1917/1933/2004). *Psykoanalyse – Samlede forelæsninger*, 2. udgave København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 302-316, 418-440)
- Freud, S. (1959/1975). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol.XX (1925-1926). London, The Hogarth Press and the institute of psycho-analysis. (pp.132-143)
- Gads Psykologi Leksikon, (2007). 2. udgave: Gads Forlag (pp. 123, 185, 267, 273, 308, 387, 476, 516, 635)
- Gammelgaard, J. (2008). Den psykoanalytiske teori om angst. in Gerlach, J. *Angstbogen*. 1.ed. Psykiatrifonden Forlag. (pp. 147-161).
- Garland, C. (1998). *Understanding Trauma. A psychoanalytical approach*. 2. Edition, London: Karnoc. (pp. 3-31)
- Greenberg, T. M. (2009). *Psychodynamic perspectives on aging and illness*. Springer Dordrecht Heidelberg, London, New York. (pp.1-18, 37-58)
- Grenyer, B. F. S. (2013). Historical overview of pathological narcissism in *Understanding and treating pathological narcissism*. American Psychological Association, 2013, USA. (p. 15-26).
- Hjort, S. D. (1999) De eksistentielle dimensioner. En anmeldelse af: Eksistens psykologi, af Bo Jacobsen. Hans Reitzels Forlag 1998, 238 s., Eksistentielle dimensioner i psykoterapien. Af Emmy van Deurzen. Hans Reitzels Forlag, 1999, 408 s., Eksistentiel Psykoterapi. Af Irvin D. Yalom. Hans Reitzels Forlag 1998 s. 560. Kierkegaards Psykologi. Af Kresten Nordentoft. Hans Reitzels Forlag 1995, 522 s. In *Psyke & Logo*, 1999, 20, (pp. 278-89).
- Hougaard, E. (2004) *Psykoterapi – teori og forskning*. Dansk Psykologisk Forlag s. 273-320
- Høstmælingen, A. (2010) Hvordan kan principperlæringen bidra til å kvalitetssikre psykologisk praksis? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 47, nr. 10 p. 930-936

Jacobsen, B. & Pedersen, K. (2013). Eksistentiel og humanistisk terapi. In Møhl, B. & Kjølbye, M. *Psykoterapiens ABC*, 1. udgave København: Psykiatrifondens Forlag. (pp. 97-110)

Jacobsen, C. H. & Mortensen, K. V. (2013). Psykoterapeutisk praksis – på psykodynamisk grundlag. 1. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag, 2013. (pp. 13-38, 116-137, 178-205, 206-244)

Jørgensen, C.R. (2012). *Danmark på briksen – Et psykologisk perspektiv af Danmark og danskerne i det senmoderne*, 1. udgave København: Hans Reitzels Forlag. (pp.123-145)

Kernberg, O., F. (1975). Borderline conditions and pathological narcissism. Rowman & Littlefield Publishers, Inc. Kap 10: Normal and pathological narcissism (p. 315-347).

Kernberg, O., F. (1984). Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies. Yale University Press. Part 3: (p. 179 – 238)

Kernberg, O. F., Koeningsberg, H. W., Selzer, M. A., Appelbaum, A. H. & Carr, A. C. (2000). Borderline og psykodynamisk psykoterapi. Hans Reitzels Forlag A/S, København 1992 og 2000.(pp.187 -201)

Kernberg, O., F. (2004). Aggressivity, Narcissism, and Self-destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship: New Developments in the Psychopathology and Psychotherapy of Severe Personality Disorders. Yale University Press (2004), USA. (220 sider).

Killingmo, B. (1989): Conflict and deficit. Implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 70, (nr. 65), pp. 65-79

Kjølbye, M. (2013). Morderne psykoanalytisk psykoterapi. In Møhl, B. & Kjølbye, M. *Psykoterapiens ABC*, 1. udgave København: Psykiatrifondens Forlag. (pp. 71-83)

Kjølbye, M. & Møhl, B. (2013). Overblik over psykoterapiformerne. In Møhl, B. & Kjølbye, M. *Psykoterapiens ABC*, 1. udgave København: Psykiatrifondens Forlag. (pp. 59-69)

Kræftens bekæmpelse (2014) : <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/hvis-du-har-kræft/psykiske-reaktioner/angst/>

Sidst ændret 19.09.2014. Tekst: Pernille Vigild og psykolog Marianne Kruse.

Kilde: Psykolog Marianne Kruse

Kræftens bekæmpelse(2015a): <https://www.cancer.dk/brystkraeft-mammacancer/statistik-brystkraeft/>

Sidst ændret 14.07.2015. Tekst: Nina Kanstrup Hansen og statistiker Anne Mette Tranberg Kejs,

Kilde: Seniorstatistiker Gerda Engholm

Kræftens bekæmpelse (2015b): <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/fakta-om-kræft/kraeft-i-tal/de-hyppigste-kræftformer/>

Sidst ændret 27.08.2015. Tekst: Seniorstatistiker Gerda Engholm, Statistiker Anne Mette T. Kejs og Programmør Niels Christensen. Kilde: Seniorstatistiker Gerda Engholm, Overlæge Hans H. Storm. Talgrundlaget for beregningerne er data fra NORDCAN som er baseret på det danske Cancerregister og det danske Dødsårsagsregister i Statens Serum Institut, samt befolkningsoplysninger fra Danmarks Statistik.

Lambert, M. J. & Barley, D. E.(2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy* Volume 38/Winter 2001/Number 4. J. C. Norcross (Ed.). (2002), *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press. pp. 357-361

Loge, J.H. (2014). *Kreftsykdommer*. In Dahl, A.A., Aarre, T.F. & Loge, J.H., *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*, 1. utgave, Oslo: Cappelen Damm. (pp. 632-651)

Malan, D.H. (1992) *Individuel psykoterapi og den psykodynamiske videnskab*. Hans Reitzels forlag. (pp. 111-141)

McWilliams, N. (2004), *Psychoanalytic Psychotherapy*. Guilford Press. Kap. 7 *Boundaries II: Quandaries*, (pp. 163 – 196)

Michaelsen, L., Nordbo, A. & Ulrichsen, R.,(2009). *Somatikken savner psykologerne*. *Psykolognyt*, 2, 2009. (pp. 12-13)

Mortensen, K.V. (2011). *Fra neuroser til relationsforstyrrelser – Psykodynamiske udviklingsteorier og klassifikationer af psykopatologi*, 2. udgave, København: Gyldendal – Forlagsredationen. (pp. 43-65, 199-230)

- Møhl, B. (2013). Hvad er psykoterapi? – og hvad virker for hvem? In Møhl, B. & Kjølbye, M. *Psykoterapiens ABC*, 1. udgave København: Psykiatrifondens Forlag. (pp. 9-20)
- Olsen, O.A. & Køppe, S. (1997). *Freuds psykoanalyse*, 2. udgave, Copenhagen: Nordisk Forlag. (pp. 211-225)
- Olsson, G. (2007), *Med praksis som udgangspunkt*. In Brinkmann, S., & Tanggaard, L. 2007, *Psykologi: Forskning & Profession*. Hans Reitzels Forlag, København, 2007. 1. udgave, 1. oplag. Kap. 7 (pp. 181-216)
- Racker, H. (1968/1974). *Transference and counter-transference*, London: The Hogarth Press. (pp. 127-173)
- Rank, Otto (1968). *Will therapy and truth and reality*. New York: Alfred A. Knopf. pp. 123- 127
- Rosenberg, R. (2010). *Angsttilstande*. In Mors, O., Kragh-Sørensen, P. & Parnas, J., *Klinisk Psykiatri*, 3. udgave, København: Munksgaard Danmark. (pp. 447-479)
- Rønn, C. (2006). *Almen videnskabsteori for professionsuddannelserne*, 1. udgave, København: Alinea. (pp. 177-206)
- Sandler, J., Dare, C. & Holder, A. (1994). *Patienten og analytikerens Psykoanalysens kliniske struktur*. 2. reviderede udgave. København: Hans Reitzels Forlag. (kap. 4 pp. 52-78, kap. 6, pp.100-120, kap. 7, pp. 120-143).
- Sigrell, B. (1994). *Narcissism. Ett psykodynamiskt perspektiv*. Tryckning Centraltryckeriet, Borås, 1994. Stockholm, SE: Natur och Kultur. (pp.109-110).
- Skårderud, F. (2000). *Stærk/Svag – en håndbog om spiseforstyrrelser*. København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 93)
- Speer, J. PhD, Hillenberg, B., Sugrue, D. P., Blacker, C., Kresge, C.L., Decker, V.B., Zakalik, D., & Decker, D. A., (2005). *Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors*. *The Breast Journal*, Volume 11 Number 6. pp. 440 - 447
- Spiegel, D.(2013). *Minding the body: Psychotherapy and cancer survival*. *British Journal of Health Psychology*. The British Psychological Society. pp. 1-21

- Sundhedsstyrelsens Referenceprogram for angstlidelser hos voksne (2007).  
Udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Sekretariatet for Referenceprogrammer –  
SfR. pp. 70-71
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010). Interviewet: Samtalen som  
forskningsmetode. In Brinkmann, S. & Tanggaard, L. *Kvalitative metoder*, 1.  
udgave, København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 29-53)
- Tähkä, V. (1983). *Psykoanalytisk psykoterapi*, 2. udgave, København: Centrum. (pp.  
40-58)
- Thomsen, D. K. (2004). Fortællinger om kræft –temaer om identitet, mening og  
døden. In Zachariae, B. & Mehlsen, M.Y. (2004). *Kræftens Psykologi – Psykologiske  
og sociale aspekter ved kræft*. København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 95-111)
- Vahdaninia, M., Omidvari, S. & Montazeri, A. (2010). What do predict anxiety and  
depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Soc Psychiat Epidemiol*  
(2010) Springer-Verlag 2009. 45:355–361.
- Videbech P., Kjølbye M., Sørensen T. & Vestergaard P, (2010). *Psykiatri – en  
lærebog om voksnes psykiske sygdomme*, 4. udgave, København: FADL's Forlag  
(129-159)
- Vitger, J. (2006). Om fejl. Nogle synspunkter på fejl i psykoterapi. I: C.H. Jacobsen,  
L. Thorgaard & L. Lanken-Petersen: *Tilknytning, tab og tilblivelse. Psykodynamisk  
belysning*. Aalborg Universitetsforlag. (s. 159-173).
- Vitger, J. (2006). Om fejl. Nogle synspunkter på fejl i psykoterapi. I: C.H. Jacobsen,  
L. Thorgaard & L. Lanken-Petersen: *Tilknytning, tab og tilblivelse. Psykodynamisk  
belysning*. Aalborg Universitetsforlag. (pp. 159-173)
- Watson, M., Haviland, J.S., Greer, S., Davidson, Bliss, J. M.,(1999). Influence of  
psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study.  
*THE LANCET* • Vol 354 • October 16. pp.1331-1336
- Yalom, I. D. (1980/1998). *Eksistentiel psykoterapi*. 1. udgave København: Hans  
Reitzels Forlag.
- Yalom, I. D. (2002). *Terapiens essens – Åbent brev til en ny generation af terapeuter  
og patienter*. 1. udgave, København: Nordisk Forlag. (pp. 167-168)
- Yalom, I. D. (2008). *Som at se på solen – at leve med døden*, 1. udgave København:  
Hans Reitzels Forlag. (pp. 9-32, 101-104)