

LUNDS UNIVERSITET
Institutionen för psykologi
Psykoterapeututbildningen
Psykodynamisk inriktning

PSYKODYNAMISKT INRIKTAD GRUPPTERAPI
FÖR PERSONER MED
UTMATTNINGSSYNDROM INOM
PRIMÄRVÅRDEN: EN UTVÄRDERING

Annika Trunnerup

2008

Handledare - Clemens Weikert

Examinator - Mats Fridell

SAMMANFATTNING

Inom primärvården i Oxie har det sedan 2004 på försök prövats att låta människor med utmattningssyndrom få psykodynamisk gruppterapi. Målsättningen med gruppterapierna har varit att minska patienternas lidande, öka insikter gällande affekter och emotioner samt målet att de själva aktivt skulle förändra sin livssituation där det funnits behov. Varje deltagare har haft individuella samtal vid tre tillfällen innan de fattat beslut om att delta eller välja att gå i individuell terapi. Gruppterapierna har innehållit sexton (16) sessioner inalles med en inledande fas, en mellanfas samt en avslutningsfas. Grupperna har träffat en sjukgymnast vid ett tillfälle för att få råd angående kroppsliga symtom samt förslag till avslappningsövningar. Vid ett tillfälle har deltagarna sett en film angående människans existens som därefter använts som samtalsunderlag i gruppen.

Mellan 2005- 2007 har grupper på frivillig basis deltagit i denna utvärdering. Dessutom har patienterna intervjuats inför, vid avslutning av samt efter sex månaders uppföljning av gruppterapin.

Vid sammanställningen har psykodynamiskt inriktad gruppterapi deltagarna upplevt sig ha god nytta av behandlingen. Av de elva (11) deltagarna har en person avböjt 6-månaders-uppföljning. Det finns en klar indikation på förbättring i samtliga mätningar men enbart signifikanta förbättringar i BDI (Becks Depression Inventory). Majoriteten av patienterna har vid avslutad behandling kunnat återgå i arbete.

SÖKORD: Psykodynamisk korttidsterapi i grupp, Utmattningssyndrom

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	2
INLEDNING	4
TEORI	4
Utmattningssyndrom	4
Psykodynamisk målinriktad gruppterapi.....	6
HYPOTES	10
METOD	11
Använda instrument	11
Kortfattad beskrivning av mätinstrument.....	12
Symtom Check List (SCL-90).....	12
BDI (Becks Depression Inventory)	12
DIP-Q (Diagnostic Inventory Personality Questionnaire)	12
BCT (Basic Character Trait)	12
CRI (Coping Resource Inventory)	13
KASAM (Känsla av sammanhang).....	13
Karolinskas utbrändhetsformulär	13
Kvalitativa intervjuer.....	14
Procedur	14
Deltagarna före behandling - vid base-line-bedömning	15
Grundläggande information (se Appendix).....	15
Bakgrundsdata.....	16
Patienternas självbild.....	17
Tester och skalor vid inledande kontakt.....	18
RESULTAT	21
Inledning.....	21
Förändringar i skalor och test.....	21
Patienternas subjektiva uppfattningar om sin situation vid avslutad terapi	22
DISKUSSION	24
Kritik av studien och förslag till vidare studier.....	27
Vad jag lärt mig om utmattningssyndrom.....	28
APPENDIX	31

INLEDNING

En systematisk litteratursökning gjordes på Psykodynamiskt inriktad gruppterapi vid utmattningssyndrom. Databanker som användes var Karolinska institutet, SBU, MedLine samt Cochrane Library (Psychodynamic oriented group therapy for people with Exhaustion disorder). En enda träff erhöles, från Karolinska institutets forskning, Sandahl och Lindgren (J. Of Contemp Psychotherapy 2007).

TEORI

Utmattningssyndrom

Socialstyrelsen har i sin rapport (Åsberg & Nygren, 2003) "Utmattningssyndrom, stressrelaterad psykisk ohälsa" menat att psykiska sjukdomar och psykisk ohälsa ökat sedan -90 talet och fram till rapporten skrevs. Man konstaterade att symtomen vid utmattningssyndrom oftast var: hjärtklappning, yrsel, tryck över bröstet, minnessvikt, koncentrationsproblem, sömnstörningar, bröstsmärtor, nedstämdhet, magproblem samt att den fysiska och psykiska utmattningen tenderade att accelerera hela tiden (Åsberg och Nygren 2003).

Idag används termen "Utmattningssyndrom" för att beskriva denna symtombild. Nedan anges socialstyrelsens diagnoskriterier:

- A. Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst två veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.
- B. Påtaglig brist på psykisk energi dominerar bilden, vilket visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning.
- C. Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod:
 1. Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning
 2. Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller göra saker under tidspress
 3. Känsломässig labilitet eller irritabilitet

4. Sömnstörning
 5. Påtaglig kroppslig svaghet eller uttröttbarhet
 6. Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, mag- tarmbesvär, yrsel eller ljudkänslighet
- D. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämra funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden
- E. Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans (tex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (tex. hypothyreoidism, diabetes, infektionssjukdom).
- F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi, eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen.

I de tidigare fallen har DSM-IV, 309.9 (Maladaptiv stressreaktion) använts som kod och utmattningssyndromet förklarats i text då den korrekta diagnosen, F43.8.A, ännu ej lagts in i Primärvårdens system.

Utmattningssyndrom är ett resultat av att personen under lång tid successivt uttömt sina strategier för att handskas med en överväldigande livssituation av någon form. Först har personen genom adekvata lösningar försökt att undanröja det som känts överväldigande. När inte detta hjälpt övergår personen till att gå in i ett kamptillstånd för att bekämpa det som nu kommit att upplevas mer och mer hotfullt. När så personen upptäcker att det inte försvinner vill personen själv fly. Om det då är omöjligt inträder fas tre, som hos djur motsvaras av att ligga ner och spela död så att det som hotar inte ska attackera mig utan finna mig helt ointressant att angripa. För människor med utmattningssyndrom alltså en fas av ett inre stresspåslag men där människan har gett upp och hamnat i en apati utan möjlighet att agera för att komma undan stressorer. Detta är ett primitiv biologisk reaktion som styrs genom det sympatiska nervsystemet. Det är en gren av det autonoma nervsystemet som ska hjälpa oss att bekämpa faror, ta fram resurser inom oss och på så sätt återställa balansen inom oss, det vill säga lösa situationen.

Det som kemiskt sker i kroppen är att hormonet kortisol ökar vid hög akut stress. Lång- varig och svår stress leder till lägre halter av kortisol i blodet (Währborg, 2002). Detta beror på att Hippocampus minskar sin signalering till Hypotalamus när kortisolnivåerna ökar för att regle-

ra kortisolnivån. Detta medför en nedreglering i hjärnans kortisolreceptorer som finns i både Hippocampus och Prefrontalcortex. Genom detta blir kortisolreceptorerna okänsliga för kortisol. Förutom att kroppens allmänna tillstånd försvagas på grund av den låga kortisolhalten, påverkas även immunförsvaret negativt vid långvarig stress. De fysiska funktionerna blir nedsatta och personen mer sårbar för olika sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, inflammationer samt även tillstånd av depression och ångest (Sivik et al. 1995; Perski, 2002; Lerner, 2000). Amygdala, en del av det så kallade limbiska systemet i hjärnan som deltar i samordningen av känslor och minnesprocesser, får ständigt information från våra sinnen om vad som pågår runt om samt inom oss. Amygdala är blixtn snabb och bearbetar omedelbart upplevelserna av hot, rädsla eller fasa. Amygdala och Hippocampus samverkar på så sätt att Amygdala inhämtar information från Hippocampus och väljer därefter om individen skall agera eller ej. Via amygdala aktiveras det perifera nervsystemet, både det som är kopplat till tvärstrimmig muskulatur och det autonoma nervsystemet som är kopplat till de flesta inre organ. Det endokrina systemet som översätter nervimpulserna till biokemiska kommandon i kroppen aktiveras och påverkar slutligen hjärnbarken och dess neurohormoner så bättre samordning av kraftfulla känsloreaktioner sker. När faran är över och Amygdala får signaler om att situationen är löst, avtar Amygdalas stimulering och successivt återuppstår balansen i kroppen samt en återhämtning sker (Währborg, 2002; Perski, 2002).

Det här pådraget, en intensiv mobilisering, som sker inom oss är tänkt att vara under en kort tid då det är det enda personen kan fokusera på. På en kongress om utmattningssyndrom, maj 2002 i Göteborg, beskrev en medlem i DUFIS (De utbrändas förening i Sverige) sin upplevelse av tillståndet som följer. ”Man kan likna situationen vid att du kommer joggande på din kvällsrunda i parken för dig själv och plötsligt kommer en rytande tiger emot dig. Du pendlar emellan kamp, fly, överlista, ge upp eller försöka blidka, allting annat inom dig upphör att fungera. Du vet inte vad du heter, vart du kom ifrån eller vart du skulle. Allt är borta” (kongresspresentation 2006).

Psykodynamisk målinriktad gruppterapi

METODER: Gruppterapi, affektskola, avslappningsövningar

Sedan 2004 bedrivs gruppterapi utifrån psykodynamisk inriktning med människor med diagnosen utmattningssyndrom på vårdcentralen. För att komma ifråga för terapin krävs att per-

sonen är medicinskt färdigutredd (ex. genomförda laboratorieprov och somatisk undersökning) och har fastställt diagnos.

Hösten 2005 påbörjades utvärdering av metoden fram till brytpunkt hösten 2007 med tre grupper med ialles elva (11) deltagare. Tre (3) som valt gruppterapi hoppade av varav två(2) valde individuell terapi och en (1) fick tid för en större operation. De elva (11) deltagarna medverkade på frivillig basis och hade blivit informerade om att datauinsamlingen skulle ske på gruppnivå. Patienter som ej var sjukskrivna hade fått ledigt av arbetsgivaren för terapi-sessionerna.

Terapeuten var auktoriserad socionom med grundläggande psykoterapeut utbildning (psykodynamisk inriktning), grundutbildning i nätverksterapi samt med anställning som kurator på vårdcentralen. Terapeuten hade tillgång till individuell handledning, hade deltagit i utbildningar, seminarier samt konferenser gällande utmattningssyndrom med i stort sett samma expertis som socialstyrelsen senare anlitat inför fastställande av diagnos (Åsberg & Nygren, 2003).

Gruppterapi innehöll sexton (16) sessioner med frekvensen en gång per vecka under nittio (90) minuter. Grupperna träffade en sjukgymnast för att få hjälp med tekniker för avslappning, vid ett tillfälle. Varje session inleddes med en uppföljning av föregående session och alla gruppdeltagarna fick beskriva affekter, emotioner samt de kognitiva eller kroppsliga sensationer som är kopplade till dessa.

Efter avslutad terapi kallades deltagarna för uppföljning sex (6) månader senare enligt tidigare uppgjord överenskommelse. I alla grupper, förutom en sedan starten 2004, har man velat ha uppföljningen tillsammans. Endast en person avböjde att utvärdera och har inte kommenterat varför.

De första sessionerna ägnades till "lära känna samt informations fas" där patienterna berättade om sig själva och beskrev sina mål med terapi för varandra samt berättade om sina symtom och sina egna funderingar kring sina tillstånd. Terapeuten berättade om de teorier som idag finns kring uppkomsten av utmattningssyndrom samt de symtom som brukar förekomma, hjälpte den terapeutiska processen framåt och stöttade den terapeutiska alliansen samt varje

deltagare i att formulera sina mål. Terapeuten hjälpte gruppdeltagarna att ha ett "här och nu" perspektiv för att tolka vad som skedde i gruppen samt inom och mellan deltagarna. Sandahl och Lindgren (2007) uttrycker detta som följer:

"Respektfull och empatisk konfrontation eller klargörande, å andra sidan, kan vara väldigt användbart för att öka emotionell meningsfull kommunikation i gruppen" (Sandahl & Lindgren, 2007, s 3, förf. översättning). Yttermera fångade terapeuten upp de stunder av "det något mera", (Stern mfl., 1998; Stern, 2005) i det mellanområde som uppträder i relationen mellan deltagare och terapeut förutom tolkningar.

När deltagarnas trygghet, tillit till varandra och till terapeuten byggts upp, inträdde en fas som vi kan kalla mittfasen. Här skedde den intensiva arbetsprocessen i terapin; översyn av sina egna samt de andras försvarsstrategier, hur man successivt försvagats mer och mer och till sist kommit till vägs ände och utvecklat ett utmattningssyndrom.

Samtal kring vad som uppfattades vara de viktigaste essenserna i livet stöttades genom att tillsammans se en film där nutida filosofer framlade olika syner på vad som är meningen med livet (ref. utbildningsradion 1998).

Vad som hittills varit svårverbaliserat skall kunna uttryckas och uttalas offentligt i gruppen genom terapeutens hållande empati, äkthet och omsorg.

Deltagarna fick hjälp och stöd i att titta på den dåliga självkänslan samt den skam och skuld som sprungit ur den. Terapeuten stöttade dem i att uppnå självupprättelse samt känna sig trygga i interagerandet med övriga deltagare och terapeuter. Det var viktigt att terapeuten inte betraktade deltagarna som defekta föremål som skulle undersökas och lagas utan som personer med värde och kapacitet samt begåvningar som fanns inom dem själva. På så sätt kunde personen komma att utveckla en djup förtröstan på varje individs kapacitet att vara sig själv, att acceptera sig själv samt att uttrycka ett genuint själv utan att försöka anpassa sig till andras viljor och behov.

Terapeuten arbetade självreflekterande inom ramen för gruppterapin för att förstå vad hon själv bidrog med i den personliga interaktionen samt var uppmärksam på projektioner, överföringar och motöverföringar. Terapeuten betraktade gruppdeltagarna som jämlikar med sig

själv, således som en person som också strävar efter att se ett sammanhang i sin egen värld och sitt inre samt hur detta gestaltar sig i den yttre världen. Meningen var att deltagarna skollades in i att uttrycka sina känslor och affekter istället för att låsa dessa inom sig och därigenom kunna öppet tala om vad som bekymrar dem istället för att behålla det för sig själv samt uppleva tillit genom de andras empati.

I gruppen får vi bekräftelse på vilka vi är. Vi upplever samhörighet med andra men ser också tydligt vad som särskiljer oss. Gruppsykoterapi ger andra processer och ett annat förlopp än individualpsykoterapi. Yalom (1975) beskriver grupp-specifika faktorer som:

- grupp-sammanhållning (ex. tillhörighet och nära kontakt med andra människor)
- altruism
- universalitet (ex. flera i samma båt)
- normalisering
- relationsskapande (ex. hur jag upplevs av andra)
- identifikation (ex. se hur andra förhåller sig till svårigheter)
- rådgivande
- utbyte av känslor (med hjälp av andra få bättre tillgång till sina egna känslor)
- återupplevande av familjekonstellationen
- självförståelse
- hopp och existentiella faktorer

Man kan därtill lägga dels att människor kommer bort från sin stigmatisering dels att de inte uppfattar sig bortom all räddning.

Vanligt förekommande teman i gruppbehandling är:

- behov av upprättelse
- att sluta säga ja till allt
- koppla affekt samt sensationer i kroppen till emotioner
- existentiella frågor

Under den avslutande separationsfasen vill ingen skiljas från gruppen och terapeuten får här vara den som håller fast vid det från början satta avslutningsdatumet. Den som har ett utmattningssyndrom har oftast problem med att färdigställa och avsluta (Perski, 2002). Därför är denna fas viktig; en början, en mellantid och därefter ett slut. Det är en naturlig gång. Att läm-

na bakom sig och blicka framåt. Under den sista sessionen utvärderas de tidigare uppsatta målen. Sista samtalet har alltid präglats av värme, respektfullhet, kontemplation och öppenhet. Vad som tidigare nämnts angående terapeutens hållning och metod gällde naturligtvis även under denna fas.

.Angående målsättningen i det psykoterapeutiska arbetet uttrycker Lärner (2000) detta som att:

1. Växa i sin förmåga att visa behov och affekter med psykiska uttryck och inte till största delen via organ eller funktioner i kroppen. Det vill säga att kunna formulera sig kring sina upplevelser och känslor och bygga en grund för symboliskt fungerande.
2. Utvecklas mot att kunna stå på egna ben, från ett beroende där självupplevelsen bara kan tryggas i närvaron av en person som man är beroende av. Det vill säga att bygga upp eller återfinna en egen trygghet.
3. Kunna differentiera mellan sensationer i kroppen och psykiska upplevelser. Behandlingen ska hjälpa patienten att inte vara i sina symtoms våld utan herre över dem.

Terapin blir alltså ett slags ”psykodynamisk” inlärning analog med det lilla barnets växande genom separations- individuationsfasen och erövringen av ett språk för känslor. Arbetet i terapin handlade alltså inte i första hand så mycket om att tolka konflikter utan om att hjälpa patienten att sortera sin känslvärld. För alexithymin fick de också ett redskap genom affekt-skola och träningen att sätta ord på det man känner:

- att få namn på affekter och våga uttrycka dem
- att få språk för sina känslor
- att organisera preverbala upplevelser i föreställningar och ord.

HYPOTES

Hypotesen var att gruppterapi med psykodynamisk inriktning vid utmattningssyndrom ger positiv effekt samt att detta ska kunna verifieras av deltagarna själva samt genom de mät-instrument som extern utvärderare använde.

METOD

Av de patienter som remitterats till terapeuten för utmattningssyndrom, har de som velat och där terapeuten bedömt det lämpligt, fått möjlighet att ingå i studien mellan 2005 och 2007. Endast en gruppterapi åt gången kunde genomföras då det kurativa arbetet inte gett utrymme för fler. Elva (11) personer kom slutligen att ingå och var beredda att ingå i utvärderingen av metod.

Uppsatsen är en beskrivning av psykodynamiskt inriktad gruppterapi vid utmattningssyndrom, samt resultatet för just dessa elva (11) personer som grupp.

Instrument

- SCL-90 för symtom
- BDI för depressionssymtom
- KASAM – upplevelse av sammanhang
- Utbrändhetsformuläret – Karolinska
- DIP-Q för personlighetsstörning
- BCT för grundläggande karaktärsdrag
- CRI – Coping Resource inventory
- Nätverkskarta
- Klinisk intervju

En extern medhjälpare, som inte hade kännedom om patienternas individuella problembild eller övriga data samt ej stod i relation till terapeuten, genomförde, insamlade och sammanställde alla tester. På så sätt undveks ett allegiance förhållande. En del instrument användes enbart vid ett mättillfälle.

På vårdcentralen användes Karolinska institutets utbrändhetsformulär vid första samtalet med varje patient som en mall för att tillsammans med patienten säkerställa diagnos dessutom tecknades social nätverkskarta. Kliniska intervjuer med patienterna gjordes inför, vid avslutning samt vid sex (6) månaders uppföljning av gruppterierna. Vid dessa tillfällen berättade deltagarna fritt om deras nuvarande tillstånd och detta nedtecknades på whiteboard.

Kortfattad beskrivning av mätinstrument

Gruppterapierna utvärderades genom extern utvärderare vid inledning samt vid avslutning av terapin. Mätinstrumenten beskrivs kortfattat nedan. Avseende mätinstrumentens validitet och reliabilitet var vänlig se respektive referens.

Symtom Check List (SCL-90)

Formuläret mäter olika symtom som en person upplever och består av påståenden om 90 olika symtom som man ber personen skatta på en skala från 0 – 4: ”inga besvär alls” till ”besväras väldigt mycket”(ref. Derogatis och Cleary; standardisering och validering för svenska förhållanden Fridell et al. ,2002). De Nio (9) olika symtomkategorier är:

Somatiska symtom

Tvångsmässiga symtom

Interpersonella sensitivitet

Depressiva symtom

Ångest symtom

Aggressivitet

Fobiska symtom

Paranoida symtom

Psykotiska symtom.

BDI (Becks Depression Inventory)

En självskattningsskala med 21 variabler, vilka avser att mäta depressionssymptom hos ungdomar och vuxna. BDI ger ett mått på svårighetsgrad av depressionssupplelse hos vuxna och tonåringar som har diagnostiserats enligt kriterierna i DSM-IV. Forskning har visat att BDI har hög reliabilitet oavsett klinisk population. Såväl samtidig validitet som begreppsvaliditet har undersökts mot en mängd andra psykologiska mått (ref. Lezak, 2004).

DIP-Q (Diagnostic Inventory Personality Questionnaire)

Testet består av 140 påståenden av typen stämmer/stämmer inte, utformade för att mäta samtliga personlighetsstörningar enligt DSM-IV och ICD-10. Testet innehåller även en självskattningsvariant av GAF (Global Assessment of Functioning) (ref. Ottosson et al, 1995).

BCT (Basic Character Trait)

Ett formulär för personlighetsbedömning där stabila personlighetsegenskaper bedöms. Det bygger på analys av fyra grundläggande karaktärsdrag enligt klassisk psykoanalytisk teori och omfattar 80 frågor som besvaras med ja eller nej (ref. Cesarec & Fridell, 2009).

CRI (Coping Resource Inventory)

Ett frågeformulär för att uppskatta personers välbefinnande, speciellt i stressituationer. Instrumentet består av fem delskalor, samt ett sammanfattningsvärde. CRI har visat på god validitet och reliabilitet, (Hammer och Marting, 1988)

De fem skalorna är:

COG Kognitiv skala som handlar om i vilken utsträckning individen upprätthåller en positiv syn på sig själv och andra samt har en allmänt optimistisk inställning.

SOC Social skala som avspeglar i vilken utsträckning individen ingår i ett socialt nätverk.

EMO Emotionell skala som anger i vilken grad individen accepterar och kan uttrycka alla slags känslor.

S/P Andligt/filosofisk skala som antyder i vilken grad individens handlingar styrs av stabila värderingar som härrör ur religiösa, familjära eller kulturella traditioner eller ur en personlig filosofi.

PHY Fysisk skala som anger i vilken grad individen genomför hälsobefrämjande aktiviteter.

TOT Sammanfattningskala som ger ett mått på individens sammantagna välbefinnande.

KASAM (Känsla av sammanhang)

En skala utvecklad av Antonovsky ursprungligen kallad Sense of Coherence Scale (SOC) som i svensk översättning heter Känsla av sammanhang. KASAM innehåller frågor som täcker in tre olika dimensioner: förmågan att förstå vad som händer i omgivningen, i vilken utsträckning personen kan hantera en situation själv eller med hjälp av närstående samt förmågan att finna mening i tillvaron. (ref. Antonovsky, 2001; Hansson & Olsson, 2002)).

Formuläret består av 29 item med en 7-gradig svarsskala och genererar dels en total poäng och dels tre subskalor kallade begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. En total poäng mellan 120 och 150 anses befinna sig inom normalvärdet (Fridell et al, 2002). Formuläret avser framförallt mäta förmågan att hantera stress där låga värden även indikerar sämre fysisk och psykisk hälsa (Eriksson & Lindström 2005).

Karolinskas utbrändhetsformulär

Formuläret består av sammanlagt 40 påståenden. De första fem utgörs av påståenden avseende olika stressorer under det senaste året såsom arbetsliv, hemsituation, ekonomi, relationer och stora förändringar i livet där testpersonen kan svara nej (0 poäng) eller ja (1 poäng). De övriga fokuserar på kognitiva, somatiska, affektiva samt emotionella symtom där personen

svarar på påståendena utifrån en Likert skala; 1. aldrig 2. sällan 3. ibland 4. ofta och 5. alltid. Vid höga poäng föreligger ett tillstånd som man här kallar utbränd (ref. Perski & Grossi, 2003)

Deltagarna ifyllde formuläret vid start för att säkerställa diagnos men resultatet är tveksamt då några av deltagarna ej var i skick förstå vad de läste eller svara på alla frågor.

Kliniska intervjuer

Varje deltagare har intervjuats vid tre (3) tillfällen; vid inledning av terapin, vid avslut samt vid sex (6) månaders uppföljning. Deltagarna fick vid inledning berätta om mål med terapin samt vilka symtom de hade vid intervjutillfället, vid avslutning av terapin vad som åstadkommits samt ca sex (6) månader efter terapins avslut huruvida resultatet kvarstår som uppföljning av effekten av gruppterapin. Allt nedtecknades på whiteboard, skrevs ner av terapeuten och lästes upp för deltagarna så att inga missförstånd skulle ske. Uppföljningarna har gjorts i grupp utom vid ett tillfälle.

Social nätverkskarta

Genom att intervjua personen om familj, släkt, arbets- och/eller studiekamrater samt övriga ingående i personens sociala nätverk utifrån kartan, kan man se olika mönster framträda. Hur många viktiga personer finns det i den här människans liv? Hur många hon har som hon kan räkna med om hon behöver hjälp? Är det ett nätverk där alla känner alla eller ett glesare nätverk med få kontaktytor? Två centrala begrepp är Nexus- en individ som har relation till många i personens nätverk (oftast den personen är boende tillsammans med eller någon mycket nära vän) det andra begreppet är Plexus (= cluster)- grupperingar i nätverket som känner varandra men i övrigt inte har kontakt med andra (Pattison 1973; Svedhem, et al. 1985).

Kontakt- och undersökningsprocedur

Den inledande kontakten bestod i samtal med läkare som gjorde bedömningar oberoende av författaren. Hon ställde diagnos, begärde mätningar av funktionsnivåer, registrerade sjuk-skrivning och kontakter med andra remissinstanser.

Gruppterapeuten gjorde sedan sin bedömning, social nätverkskarta tecknades och analyserades tillsammans med patienten, information gavs avseende gruppterapin och för indi-

vidualterapi. Patienten fick sedan välja vilken metod som upplevdes som mest framkomlig samt förväntades ge den effekt som patienten var ute efter.

Som ett komplement till de individuella samtalen fylldes Karolinskas utbrändhetsformulär i. Deltagarna hade i vissa fall stora svårigheter att besvara frågorna och svaren blev därför ej genomtänkta utan bara "ditsatta", som en deltagare uttryckte det.

Deltagarna före behandling - vid base-line-bedömning

Grundläggande information (se Appendix)

Antal: Antalet deltagare i undersökningen har varit elva (11).

Kön: Gruppen innehåller två (2) män och nio (9) kvinnor.

Ålder: Yngre medelåldern upp till pensionsålder.

Uppväxt: Sju (7) av deltagarna uppgav sig ha en tillräckligt god uppväxt däremot hade fyra (4) av deltagarna svåra uppväxtförhållanden som de upplevde påverkade dem än idag.

Social indelning: Nedre medelklass till övre medelklass. Fem (5) av deltagarna var högskoleutbildade akademiker emedan sex (6) var gymnasieutbildade. Alla är boende i samhälle med närhet till både lantlig miljö och storstadsmiljö och med full service såväl kommunalt som regionalt.

Yrkesindelning: Yrkesmässigt arbetade tre (3) inom skola, tre (3) inom sjukvård och övriga inom tjänstesektorn.

Sjukskrivningar: Alla var sjukskrivna 100 % innan terapin inleddes. Alla deltagarna hade tidigare många sjukskrivningar bakom sig men hade oftast brutit dessa för att återgå i arbete

Medicinering: En person medicinerade med antidepressiv medicin sedan ett antal år tillbaka. Två personer hade ett antal år tidigare fått utskrivet antidepressiv medicin men inte ansett sig bli bra och slutat med dessa efter några månader. Således använde 10 personer av 11 ingen receptbelagd medicinering.

Alla deltagare har erhållit diagnosen Utmattningsyndrom, F43.8.A.

Bakgrundsdata

Vad de elva (11) deltagarna velat fokusera på och ha som mål att arbeta med under grupp-
terapi anges i nedanstående tabell.

Tabell 1. Illustrerande vad deltagarna velat arbeta med i terapin

Symptom	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Att alltid försöka anpassa mig till vad andra vill och anser sig behöva	X	X		X	X	X	X	X		X	X
Att inte orka säga nej när man blir ombedd att göra saker	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Att glömma saker, personer, information samt hur man praktiskt genomför saker	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Att inte orka lyssna på patienterna			X		X				X		
Att åläggas mer arbetsuppgifter än vad man orkar	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Att sakna förmåga till att bära svåra upplevelser och händelser sedan tidigare i livet						X	X			X	
Att inte kunna ta in all information; hemma, på jobbet, tidningar, TV, myndigheter och kurser.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Att glida in i gamla mönster	X	X		X	X		X			X	
Att kunna fokusera	X	X	X	X	X	X			X		X
Att finna ord på det jag känner och upplever	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Gruppernas elva (11) deltagare angav vid terapins inledning omfattande symptom som visas i nedanstående tabell. De symptom som uppgavs motsvaras av de kriterier som tidigare angetts för fastställande av diagnosen utmattningssyndrom.

Tabell 2. Illustrerande deltagarnas upplevda symptom vid start.

Symptom	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ofta förekommande Hjärtklappning	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Flimmer för ögonen				X							
Öronsusningar				X					X		
Koncentrationssvårigheter	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Svårt att förstå text och information	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Irritation	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ostrukturerade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Svårighet att bära tidigare svåra upplevelser				X		X	X				
Magbesvär (diarréer, sveda och värk)				X				X	X		
Orolig sömn			X	X		X	X		X	X	X
Inte kunna sova		X						X			
Dåligt minne	X	X			X		X			X	X
Tappat intresse för sexualliv	X				X	X	X		X		X
Gråter av rädsla eller ilska	X			X	X	X	X				X
Upplevelse av att vara förföljd av arbete	X	X			X		X			X	X
Högt blodtryck		X	X							X	

Patienternas självbild

De självbilder som angavs bland gruppdeltagarna var enligt nedanstående och väldigt nyansrika:

- ganska tålig och glad för det mesta
- lugn och pålitlig kan nog uppfattas som tråkig
- det händer liksom aldrig något
- lite tystlåten
- godtrogen och varmhjärtad
- vill att alla ska ha det bra
- snäll fast ingen man sätter sig på
- svårt att sätta gränser
- blir lätt utnyttjad
- lojal
- plikttrogen
- har en styrka när det väl gäller

Social nätverksskarta (se Appendix) tecknades med alla deltagare. Ingen av deltagarna hade ett destruktivt socialt nätverk utan ett nyanserat sådant fyllt med goda relationer. Endast en deltagare hade ett nätverk som antydde ensamhet och avsaknad av resurspersoner. Ett fåtal av deltagarna kunde tänka sig vissa förändringar i övrigt hade alla nätverk de var tillfreds med.

Tester och skalor vid inledande kontakt

SYMPTOM ENLIGT SCL-90

Tabell 3. Symptom enligt SCL-90 – T-poäng

Symptom	Medelvärde	Spridning
Somatisering	80.64	16.476
Obsessivt-kompulsiva symptom	79.55	14.618
Mellanpersonlig sensitivitet	72.36	18.662
Depression	79.82	18.170
Ångest	83.82	23.477
Aggressivitet	65.45	17.666
Fobiska symptom	68.00	19.095
Paranoid tänkande	78.73	20.303
Psykoticism	73.18	23.958
Global Severity Index	82.45	18.041

Resultatet från SCL- 90 visar att gruppmedelvärden ligger över kliniskt påvisbar valör på variablerna somatisering, obsessivt-kompulsiva symptom, mellanpersonlig sensitivitet, depression, ångest, paranoidt tänkande, och psykoticism med ett högt värde på sammanfattningsskalan GSI. Spridningen i SCL-90 är 10 och det innebär att flera av skalorna ligger mer än två Standardavvikelseenheter högre än normalgrupp

PERSONLIGHETSDRAG

Tabell 4. Personlighetstestet Grundläggande karaktärsdrag (BCT). Staninepoäng

Symptom	Medelvärde	Spridning
Oral Optimism	4.55	2.252
Oral Pessimism	5.18	2.228
Analt Reaktiva drag	5.36	2.014
Omnipotent kompulsiva drag	6.09	2.587

Personlighetsdragen har bedömts med ett nyutvecklat test som mäter tidiga karaktärsdrag i fyra variabler. Testet är standardiserat på 800 personer i normalbefolkning och validerat på 1300 patienter i olika kliniska syndrom. BCT ligger inom normalvariationen på samtliga delskalor. Gruppen avviker således inte på något markant sätt från normalbefolkningen i övrigt.

UPPLEVELSE AV MENING

Testet Känsla av Sammanhang användes för att mäta deltagarnas upplevelse mening vid in-Dexvårdtillfället. Nedan presenteras totalskala och delskalor med spridningar.

Tabell 5. Upplevelse av sammanhang (KASAM)

Symptom	Medelvärde	Spridning
Kasam	111.364	23.3464
Begriplighet	3.445	.9658
Hanterbarhet	4.009	1.0144
Mening	4.173	.8211

Av tabell 5 framgår att gruppen har ett lågt värde gällande Kasam (totalpoäng) då det endast är 111.364 medan man för normalgrupp räknar med 120 som en lägsta normalitetsnivå.

FÖRMÅGA ATT LÖSA PROBLEM

Som ett sätt att mäta deltagarnas förmåga att lösa problem, att anpassa sig till nya situationer och kriser användes CRI.

Tabell 6. Coping Resource Inventory (CRI). T-poäng anges

Symptom	Medelvärde	Spridning
Tcog	51.64	35.970
Tsoc	44.27	11.341
Temo	39.91	10.653
ts_p	41.27	8.001
Tphy	40.09	10.242
Tctot	39.55	12.778

Värdena på CRI indikerar att deltagarna inte ligger vare sig över eller under en standardavvikelse från en normalgrupp och att de således förfaller ha samma copingmekanismer som andra personer utan utbrändhetssyndrom.

BECK DEPRESSION INVENTORY

För att mäta depressionssyndrom användes Beck Depressions Inventory (BDI).

Tabell 7. Beck Depression Inventory (BDI)

	Medelvärde	Spridning
Bditot	18.591	5.5849
Kogaff	10.00	3.5426
Som	8.591	2.7186
Compl	13.55	2.464

Människor med utmattningssyndrom upplever sig ofta som deprimerade och ibland används uttrycket "utmattningsdepression" som synonymt med tillståndet. Det bör därför noteras värdet för BDI total på 18.591 som visas i nedanstående tabell 7. BDI indikerar en mild nivå av depression i gruppen.

PERSONLIGHETSSTÖRNING

För att mäta ev. förekomst av personlighetsstörning användes DIP-Q. Ingen i gruppen hade någon personlighetsstörning enligt DIP-Q.

RESULTAT

Då gruppen är liten återges deras redogörelser i tabellform för att inte riskera sekretessen.

Inledning

Nedanstående tabell 8, visar på de elva (11) deltagarnas utveckling gällande sjukskrivningsbehov från start, under terapins gång samt vid avslut och uppföljning efter 6 månader.

Tabell 8. Illustrerande de elva (11) deltagarnas sjukskrivning

Deltagare	Före	Under terapin	Avslut	Uppföljning
1	100%	50 %- 0 %	0 %	0 %
2	100 %	0 %	0 %	0 %
3	100 %	100 %- ålderspension	ålderspension	Ålderspension
4	100 %	100 %- 50 %-25 %- 0 %	0 %	0 %
5	100 %	100 %	Ålderspension	Ålderspension
6	100 %	50 %- 25 %	0 %	0 %
7	100 %	100 %- 50 %	0 %	0 %
8	100 %	100 %- 50 %-25 %	0 %	Ingen uppgift
9	100 %	100 %	ålderspension	Ålderspension
10	100 %	100 %- 50 %- 25%	0 %	0 %
11	100 %	100 %- 50 %- 0 %	0 %	0 %

Förändringar i skalor och test

Tabell 9. Variansanalys av SCL-90 före och efter behandling

Symptom	Före		Efter		F	P
	Medelvärde	Spridning	Medelvärde	Spridning		
Somatisering	80.64	16.476	74.73	20.587	.552	.466
Obsessivt-kompulsiva symtom	79.55	14.618	70.18	13.999	2.354	.141
Mellanpersonlig sensitivitet	72.36	18.662	69.45	21.445	.115	.738

Depression	79.82	18.170	70.45	15.009	1.736	.202
Ångest	83.82	23.477	74.18	19.595	1.092	.308
Aggressivitet	65.45	17.666	56.18	19.343	1.378	.254
Fobiska symtom	68.00	19.095	78.27	31.724	.847	.368
Paranoidt tänkande	78.73	20.303	71.09	23.696	.659	.427
Psykticism	73.18	23.958	64.18	17.954	.994	.331
Global Severity Index	82.45	18.041	75.27	19.142	.820	.376

I alla 9 skalorna och sammanfattning är värdena högre, klart patologiska före gruppterapin, jämfört med efter behandling men det föreligger ingen signifikant skillnad på någon skala. Somatisering ($F = .552$, $p < .466$), Obsessivt-kompulsiva symtom ($F = 2.354$, $p < .141$), Mellanpersonlig sensiti-vitet ($F = .115$, $p < .738$), Depression ($F = 1.736$, $p < .202$), Ångest ($F = 1.092$, $p < .308$), Agg-ressivitet ($F = 1.378$, $p < .254$), Fobiska symtom ($F = .847$, $p < .368$), Paranoidt tänkande ($F = .659$, $p < .427$), Psykticism ($F = .994$, $p < .331$), Global Severity Index ($F = .820$, $p < .376$).

Tabell 10. Beck depressions Inventory (BDI).

Variabler	N	F	P
bdi tot	11	12.236	.002
kog aff	11	4.673	.043
som	11	11.316	.003
compl	11	15.265	.001

Det finns en signifikant minskning av depressionspoäng i samtliga skalor i BDI efter behandling: Totalpoäng ($F = 12.236$, $p < .002$), Kognitivt- affektivt: ($F = 4.673$, $p < .043$), Somatiskt: ($F = 11.316$, $p < .003$ och Komplikationer: ($F = 15.265$, $p < .001$).

Patienternas subjektiva uppfattningar om sin situation vid avslutad terapi

Vid gruppterapins sista sammankomst gjordes en utvärdering av vad deltagarna upplevde ha skett. Det var klart positiv förändring jämfört med upplevelser de haft vid inledning om än formulerat på ett annorlunda sätt. Även vid uppföljning efter 6 månader kvarstod ett gott resultat. Dock avböjde en deltagare att delta i uppföljningen och kommenterade aldrig varför.

Tabellerna 11 och 12 redovisar mer konkret resultaten.

Tabell 11. Illustrerande de elva (11) deltagarnas subjektiva obehag/symtom vid avslutning

Obehag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Nöjd och har fått tillbaka arbetsglädjen och livslusten	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Känner mig trygg och har tillit igen	X		X			X	X	X	X	X	X
Inga kroppsliga symtom	X			X				X	X	X	
Mycket bättre på att lyssna till mig själv och andra än tidigare			X	X	X	X	X		X	X	X
Jag mår bra nu	X	X	X	X	X	X		X			X
Familjen säger att jag är lättare att vara med, har slutat ha bråttom hela tiden	X		X	X			X	X		X	X
Skönt att känna stöd och empati i gruppen. Förstår förstår bättre hur min bakgrund bidragit till hur jag mår idag.							X		X	X	
Kan uttrycka vad jag känner.	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Funnit en bättre mening i	X	X			X	X	X		X	X	
Slutat att bara fokusera på arbetet	X	X	X	X	X						X

Tabell 12. Illustrerande tio(10) av de elva (11) deltagarnas upplevda resultat vid sex (6) månaders uppföljning

Symptom	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Betydligt bättre självbild	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Kan trivas med mig själv	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Bättre sexualliv	X			X		X	X			X
Känner mig i balans	X	X	X	X	X	X			X	X
Har inte längre några problem med att säga ifrån	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Upprättelse både inför mig själv och omgivningen	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Kan koncentrera mig på saker, fokusera och komma ihåg	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Börjat göra nya saker, utmanar mig själv			X		X	X				X
Lärt mig mycket om mig själv med hjälp av gruppen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fått tillbaka tilliten	X	X	X			X	X	X	X	X
Sätter gränser för mig själv	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tar inte på mig mer än jag klarar	X			X		X			X	X
Kommit underfund om saker jag inte var medveten om själv	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Upplever mig själv som en tillgång för andra utan att det går ut över mitt eget utrymme				X	X	X	X	X	X	X
Bättre förmåga att bära saker jag varit med om	X						X			X

Majoriteten anser sig ha fått hjälp till en bättre tillvaro. En person väntar på svar kring individualterapi och 6 har inga symtom eller obehag alls.

DISKUSSION

Syftet med uppsatsen har varit att beskriva samt utvärdera psykodynamiskt inriktad grupp-terapi, för människor med utmattningssyndrom, på Oxie vårdcentral. Utvärderingen pågick 2005- 2007 och omfattade 11 deltagare. Alla deltagarna angav inledningsvis stora svårigheter i sin livsföring och uppfyllde kriterierna för diagnosen utmattningssyndrom. Ingen av deltagarna orkade säga nej när de ombads att göra saker, alla uppgav att de glömde saker, personer, information samt hur man praktiskt utför saker. Ingen kunde ta in all information; i hemmet, på jobbet, i tidningar, genom TV, från myndigheter och kurser. Alla hade problem med att finna ord på det man kände eller upplevde. Flertalet hade problem med att alltid försöka anpassa sig till vad andra ville och ansåg sig behöva och de ålades mer arbetsuppgifter än vad de orkade. De som arbetade inom vården uppgav att de ej orkade lyssna på sina patienter.

Alla uppgav att de ofta hade problem med hjärtklappning, koncentrationssvårigheter, svårt att förstå text och information, upplevde irritation och att de var ostrukturerade. 7 av deltagarna uppgav att de hade orolig sömn och 2 att de ej kunde sova. 6 av deltagarna hade dåligt minne, tappat intresset för sexuallivet, grät av ilska eller rädsla och upplevde sig förföljda av arbetet. Ett fåtal angav symtom som flimmar för ögonen, öronsusningar, svårigheter att bära tidigare svåra upplevelser, högt blodtryck och magbesvär såsom diarréer, sveda och värk.

Vid avslutning av behandlingen uppgav 10 deltagare att de var nöjda och hade fått tillbaka arbetsglädjen och livslusten igen samt att de nu kunde uttrycka vad de kände inom sig med ord. 8 av deltagarna uppgav att kände sig trygga och fått tillbaka tilliten igen, att de nu mådde bra samt att de nu upplevde att de var mycket bättre på att lyssna till sig själv och andra än tidigare. 7 av deltagarna uppgav att de funnit en bättre mening med livet och att familjen sagt att de var lättare att vara med och att de slutat ha så bråttom hela tiden. 6 av deltagarna berättade att de slutat med att bara fokusera på arbetet, 5 hade inte längre några kroppsliga symtom och 3 upplevde stöd och empati samt att de bättre förstod hur deras bakgrund bidragit till hur de mådde.

En av deltagarna medverkade ej vid uppföljning efter 6 månader, och har inte uppgett anledning, varför det var 10 som deltagit i uppföljningen. 10 av deltagarna uppgav att de hade en betydligt bättre självbild, trivdes med sig själv, lärt sig mycket om sig själv med hjälp av gruppen, kunde sätta gränser för sig själv, hade kommit underfund om saker de inte var medvetna om innan hos sig själv och kunde koncentrera sig på saker, fokusera och komma ihåg. 9 av deltagarna hade inte längre några problem med att säga ifrån och kände att de fått upprättelse både inför sig själv och omgivningen. 8 av deltagarna kände sig i balans och att de fått tillbaka tilliten. 7 upplevde sig som en tillgång för andra utan att det gick ut över deras eget utrymme. 6 hade fortfarande inga kroppsliga symtom, 5 tog inte på sig mer än de klarade av och lika många hade ett bättre sexliv. Några hade börjat göra nya saker och utmana sig själv, några ansåg sig bättre kunna bära saker de varit med om och en väntade på svar angående individualpsykoterapi för att bearbeta sin bakgrund.

Generellt kan sägas om SCL- 90 att värdena är högre, klart patologiska före behandlingen jämfört med efter behandlingen i samtliga 9 skalor och sammanfattning. Det föreligger dock ingen signifikant skillnad.

När det gäller KASAM så är generellt värdena efter behandling något mer förbättrade i samtliga variabler jämfört med före och efter. Totalpoängen har stigit från 111 poäng till 121 (Appendix tabell), vilket indikerar en klar förbättring i upplevelse av mening. Det finns dock endast en tendens i meningsfullhet till signifikans ($p < .081$).

Avseende BDI, så finns en klar förbättring så att samtliga BDI-variabler har förbättrats signifikant, det vill säga att det finns lägre värden i alla skalorna. Det finns en signifikant minskning av depressionspoäng i samtliga skalor i BDI efter behandling: Totalpoäng ($F=12.236$, $p < .002$), kognitivt- affektivt: ($F=4.67$, $p < .043$), somatiskt: ($F= 11.316$, $p < .003$) och komplikationer ($F=15.265$, $p < .001$).

Således finns det en klar indikation på förbättring i samtliga test men enbart, men starka signifikanta förbättringar i BDI.

Deltagarna har själva upplevt en klar förbättring, funnit symptomen utsläckta samt uppnått de mål som uppsattes vid terapins inledning. Vid 6-månadersuppföljningen har effekten visat sig bestående för tio (10) av de elva (11) deltagarna. En av deltagarna valde att ej medverka vid

denna uppföljning och det kan således inte uteslutas att förbättringen för personen ej varit bestående.

Hypotesen att gruppterapi med psykodynamisk inriktning vid utmattningssyndrom ger positiv effekt samt att detta ska kunna verifieras av deltagarna själva samt genom de mätinstrument som extern utvärderare använde, anser jag således vara belagd.

Det har varit svårt att finna andra utvärderingar av psykodynamiskt inriktade gruppterapier vid utmattningssyndrom. Det jag funnit har varit Karolinska institutets forskningsprojekt på Sektionen för personskadeprevention (Sandahl m.fl., 2007).

Urvalet man använt sig av är hämtat ur Alectas register som även finansiellt stöttat projektet tillsammans med AFA Försäkring. Mätinstrument de använt sig av är: Comprehensive Psychopathological Rating Scale- Self –Affective (CPRS-S), Symptom Checklist-90 (SCL-90), Oldenburg Burnout Inventory (OLBI; Demerouti et al, 2001).

I studien jämfördes psykodynamisk inriktad fokuserad gruppterapi med kognitiv inriktad gruppterapi och en grupp som stod på väntelista. Resultatet pekade på att det inte fanns någon större skillnad i resultat vare sig mellan de två terapiformerna eller vid jämförelse med väntelista. Detta visade sig bero på att människor som stod på väntelista hade sökt egna individualterapi som gett ungefär samma resultat.

Metodiskt hade man integrerat koncept och teknik från socioedukativ teori, jagpsykologi, kognitiv psykologi, anknytningsteori, gruppanalys, interpersonell grupppsykoterapi och systemteoretiskt tillvägagångssätt i ett försök att som eklektiker finna gemensamma faktorer.

Intressant är att studierna, trots den stora skillnaden i omfång och resurser, visat snarlika resultat. Det stora flertalet har efter terapi kunnat återgå till sina arbeten eller funnit andra framkomliga vägar till ett bra liv.

En annan likhet är försöken att som eklektiker korsbefrukta metodiskt och teoretiskt även om grunden är psykodynamisk. På vårdcentralen användes systemteori, arbete med social nätverkskarta samt starka influenser från Sterns teori om "ögonblickets psykologi" och "the something else" (Stern m.fl., 1998; Stern, 2005). Att teckna en social nätverkskarta tillsam-

mans med varje deltagare i grupperna har gett en bild av att detta inte är människor med destruktiva eller isolerade nätverk, förutom antydning till ensamhet och avsaknad av resurspersoner i ett fall, utan människor med nyanserade och levande sådana. Dessa nätverk har även visat på det lidande men även det engagemang som finns runt varje individ där resurspersoner kunnat aktiveras och belastade, till exempel familjemedlemmar, kunnat avlastas

På vårdcentralen hade deltagarna inte enbart arbetsrelaterade utmattningssyndrom. Fokus låg aldrig på en återgång i arbete utan på den existentiella nivån. Vad jag har kunnat förstå skiljer detta sig från Karolinska institutets fokus på en återgång i arbete.

Kritik av studien och förslag till vidare studier

Ett stort problem som vållas av utmattningssyndromet som fenomen, är svårigheten för personer med denna diagnos att läsa och förstå vilket ju behövs vid ifyllande av formulär. Nästan alla deltagarna har själva sett detta och berättat hur de första gången fyllt i enligt ormen (typ: 1 x 2 x 1 x 2) eller haren (x x 1 2 x x 1 2 x x) eller stolpen (2 2 2 2 2 2 2) eller på grund av ökande trötthet helt på måfå. Detta får mig att undra över tillförlitligheten i våra undersökningar. Vid slututvärderingsformulären, när deltagarna förhoppningsvis är i bättre balans, blir kanske stringensen större.

Gällande gruppterapi är det i mötet mellan människor (Ricaeur,1994; Stern, 2005; Buber, 2001) inkluderat terapeuten, som förändringsmöjligheterna uppstår. Det skapande som sker i en grupp går inte att återskapa i en annan grupp. I interagerandet sker en utveckling som är unik beroende på de olika deltagarnas unika nyanserade inre liv som korsbefruktar varandra och skapar en otrolig drivkraft till förändring. Därvidlag blir varje gruppterapi mycket speciell, spännande men olik.

En annan sida av studien anser jag vara problemet med den samhälleliga indefinieringen (Mathiesen, 1989). Vi har alla kommit att betrakta utmattningssyndrom som ett sjukligt tillstånd. Frågan är om det inte är det omvända. Alltså är det en sund reaktion på en sjuk miljö (Gleick, 2000). En variant på utdefiniering borde då vara att betrakta sig som frisk samt att hävda att det är de yttre omständigheterna som är sjuka.

Man kan fråga sig om det är ett samhälle vi vill ha med alfa, beta och gamma människor (jämför Huxley, 1932). I det sammanhanget undrar jag om det borde föras en diskussion på en annan nivå, kring den samhälleliga indefinieringen och utdefinieringen, alltså en genomsyn av maktstrukturerna i samhället. I vilket syfte ska vi mäta, väga och räkna allt? Är det verkligen enbart i vetenskapligt syfte? Finns det andra aktörer i bakgrunden som styr vetenskapliga undersökningar, till exempel privata ekonomiska intressenter?

Vad jag lärt mig om utmattningssyndrom

Under arbetet med gruppterapierna har jag förstått att människor med utmattningssyndrom inte är någon homogen grupp. Många har tidigare i sitt liv haft en hyfsad bakgrund med en god förmåga att bära sina liv men ställts in för en omöjlig arbetssituation eller livssituation utan möjlighet till återhämtning. Andra har på grund av brist på återhämtning blivit konfronterad med den "bristproblematik" de burit på hela sitt liv. De förra har en grundtrygghet att falla tillbaka på väl de återvunnit sin förmåga medan de senare aldrig egentligen haft någon förmåga utan deras problematik har legat "gömd" bakom deras stressade livssituation. I det senare fallet har gruppterapin hjälpt dem att se behovet av bearbetning av trauma från barndomen genom erkännande och empati från terapeuten samt övriga gruppdeltagare. De utan bristproblematik har funnit egna strategier och verktyg för att inte gå in i utmattningssyndromets återvändsgränd ännu en gång utan lärt sig lyssna på sina egna signaler.

Det verkar som om människor med utmattningssyndrom går att se utifrån en brist- eller konfliktproblematik. Det senare kan man kanske tolka som en oupplöst oidipalkonflikt som hanterats genom konfliktfyllda situationer som ej gått att hantera på arbetet. Någon att vara i konflikt med, någon som man ska försvara eller bli räddad av, någon man "sviker" genom att överge för att rädda sig själv. Man "behöver" konflikterna föra att de ska motsvara ens inre scenario. Det blir först problem när det bli lugnt på arbetet utan konflikter och man inte behöver stressa längre.

LITTERATURLISTA

- Antonovski, A. (2001). *Hälsans mysterium*. Natur och kultur. Sverige
- Buber, M. (2001) *Jag och du*. Dualis. Sverige
- Cade & Hudson O'Hanlon. (1993). *En kort guide till strategisk korttidsterapi*. Natur och kultur. Sverige
- Cesarec, C. och Fridell, M. (2007) *Grundläggande karaktärsdrag , Basic Character Trait test(BCT) MANUAL: Normerings-, standardiserings- och valideringsdata*. Institutionen för psykologi, Lunds universitet. Sverige
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S. och Covi,L. (1973). SCL-90: An Outpatient Psychiatric Rating Scale- Preliminary Report. *Psychopharmacology Bulletin*, 1, 13-28

- Eriksson, M. och Lindström, B. (2005) Validity of Antonovskys sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and community health*, 59, 460- 466
- Fridell, M., Zvonimir, C., Johansson, M. och Malling Thorsen, S. (2002). SCL- 90Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan. Statens Institutionsstyrelse. Sverige
- Gleick, J. (2000). *Fortare; Nästan allt accelererar*. Sverige
- Hammer, A. L. & Marting, M.S. (1988). *Manual for the coping resources inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press
- Hansson, K. och Olsson, K. (2001). Känsla av sammanhang- ett mänskligt strävande. *Nordisk psykologi* 53 (3): 238- 255. Sverige
- Hirigoyen, M-F. (2003) *Vardagens osynliga våld*. Sverige
- Huxley, A. (1932). *Brave new world*. Harper Collins Publishers. Storbritannien
- Lerner, M (2000). *Psykosomatik; Kroppens och själens dialog*. Natur och kultur. Sverige
- Lezak, M. D.(2004). *Neuropsychological Assessment*. Oxford University Press. Storbritannien
- Mathiesen, T. (1989). *Den dolda disciplineringen*. Korpen. Sverige.
- McDougal, J. (1990). *Kroppens teatrar*. Natur och kultur. Sverige
- Nordström, L & Thörn- Danestig, B. (2002) Man måste brinna för att bli utbränd. *Socionomen* 4, sid 23- 27. Sverige
- Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., von Knorring, L., Kullgren, G., Lindgren, E. & Söderberg, S. (1995). (1995) The DSM-IV and ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q) Construction and preliminary validation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49, 285- 291
- Pattison, E. M. (1973) Social system psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 27: 396- 409. USA
- Perski, A. (2002) *Ur balans*. Bonnier fakta 001. Sverige
- Perski, A. och Grossi, G. (2003) *Karolinskas Utbrändhetsskala*. Opublicerat manuskript. Stockholm
- Ricaeur, P. (1994) *One self as another* . The university of Chicago press. USA
- Sandahl & Lindgren. (2007) Focused Group Therapy, *J. of Contemporary psychotherapy* DOI 10.1007/sid 10879- 006-9014-0
- Sandahl, C. & Lindgren, A. (2004) Psykodynamisk terapi som syftar till beteendeförändring. *Psykisk hälsa* 3, sid 242-254. Sverige
- Sivik, T. och Theorell, T. (red.) (1995) *Psykosomatisk medicin*. Studentlitteratur. Sverige
- Stern, D:N., Sander, L.W., Nauhum, J.P., Harrison, A.M., Luons-Ruth, K., Morgan, A.C., Bruschiweiler- Stern, N. & Tronick, E.Z. (1998). Non- interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy- the "something more" than interpretation. *Int.J.Psycho- Anal*, 79, sid 903-921. USA
- Stern, D. (2005) *Ögonblickets psychology- om tid och förändring I psykoterapi och vardagsliv*. Natur och kultur. Sverige
- Svedhem, L. (red.), Bergerhed, E., Brendler, M., Forsberg, G., Hultkrantz- Jepsson, A., Klefbeck, J., Linnér, A., Marklund, K., Mårtensson, L. & Swaling, J. (1985) *Nätverksterapi*. Carlssons. Sverige
- Theorell, T. (red.), Konarski, K., Engström, R., Lagerkrantz, A. M., Teszáry, J. och Thulin, K.(1998) *När orden inte räcker*. Sverige
- Utbildningsradion, Projektledare: Malin Eivergård (1998) Filosofiska frågor, Meningen med livet. En filmsekvens ur TV- serien "Filosofiska frågor". *Sveriges Utbildningsradio AB*. Sverige
- Währborg, P. (2003) *STRESS och den nya ohälsan*. Smedjebacken: Natur och kultur. Sverige
- Yalom, I.D. (2002) *Terapins gåva*. Natur och kultur. Sverige
- Yalom, I.D. (2001) *Mamma och meningen med livet*. Natur och kultur. Sverige

Åsberg, M & Nygren, Å. (2003) *Utmattningssyndrom*. Socialstyrelsen. Sverige
Örnsköldsviks Hälso- och sjukvård; i samarbete med Umeå universitet 2002. *Affektskola,
slutrapporten*. Sverige

APPENDIX

Appendixtabell 1. Medelvärden och spridningar för delskalorna i SCL-90.

Variabler	N	Mean	Std.Deviation	Std.Error
tsoma_1 före	11	80.64	16.476	4.968
efter	11	74.73	20.587	6.207
Total	22	77.68	18.445	3.933
tobsko_1 före	11	79.55	14.68	4.407
efter	11	70.18	13.999	4.221
total	22	74.86	14.766	3.148
tmelse_1 före	11	72.36	18.662	5.627
efter	11	69.45	21.445	6.466
total	22	70.91	19.673	4.194
tdepr_1 före	11	79.82	18.170	5.479
efter	11	70.45	15.009	4.525
total	22	75.14	16.955	3.615
tangst_1 före	11	83.82	23.477	7.079
efter	11	74.18	19.595	5.908
total	22	79.00	21.671	4.620
tvrede_1 före	11	65.45	17.666	5.326
efter	11	56.18	19.343	5.832
total	22	60.82	18.690	3.985
tfofi_1 före	11	68.00	19.095	5.757
efter	11	78.27	31.724	9.565
total	22	73.14	26.086	5.562
tpartan_1 före	11	78.73	20.303	6.122
efter	11	71.09	23.696	7.145
total	22	74.91	21.885	4.666
tpsok_1 före	11	73.18	23.958	7.223
efter	11	64.18	17.954	5.413
total	22	68.68	21.167	4.513
tgsi_1 före	11	82.45	18.041	5.440
efter	11	75.27	19.142	5.772
total	22	78.86	18.520	3.948

Tabell 2. Variansanalys av SCL-90, före och efter behandling

Variabler		Sum of Squares	Df	Mean square	F	Sig.
tsoma_1	Between groups	192.045	1	192.045	.552	.466
	Within groups	6952.727	20	347.636		
	Total	7144.773	21			
tobsko_1	Between groups	482.227	1	482.227	2.354	.141
	Within groups	4096.364	20	204.818		
	Total	4578.591	21			
tmelse_1	Between groups	46.545	1	46.545	.115	.738
	Within groups	8081.273	20	404.064		
	Total	8127.818	21			
tdepr_1	Between groups	482.227	1	482.227	1.736	.202
	Within groups	5554.364	20	277.718		
	Total	6036.591	21			
tangst_1	Between groups	510.727	1	510.727	1.092	.308
	Within groups	9351.273	20	467.564		
	Total	9862.00	21			
tvrede_1	Between groups	472.909	1	472.909	1.378	.254
	Within groups	6862.264	20	343.118		
	Total	7335.273	21			
tfobi_1	Between groups	580.409	1	580.409	.847	.368
	Within groups	13710.182	20	685.509		
	Total	14290.591	21			
tpartan_1	Between groups	320.727	1	320.727	.659	.427
	Within groups	9737.091	20	486.855		
	Total	10057.818	21			
Tpsyk_1	Between groups	445.500	1	445.500	.994	.331
	Within groups	8963.273	20	448.164		
	Total	9408.773	21			
Tgsi_1	Between groups	283.682	1	283.682	.820	.376
	Within groups	6918.909	20	345.945		
	Total	7202.591	21			

Tabell 3. Medelvärden och spridningar för KASAM före och efter behandling.

Variabler		N	Mean	Std.Deviation	Std.Error Mean
begr_1	Före	11	3.445	.9658	.2912
	Efter	11	3.636	.8441	.2545
	Total	22	3.541	.8905	.1899
hanter_1	Före	11	4.009	1.0144	.3058
	Efter	11	4.327	.5641	.1701
	Total	22	4.168	.8173	.1742
mening_1	Före	11	4.173	.8211	.2476
	Efter	11	4.745	.6267	.1890
	Total	22	4.459	.7707	.1643
kasam_1	Före	11	111.364	23.3464	7.0392
	Efter	11	121.182	17.0986	5.1554
	Total	22	116.273	20.5917	4.3902

Tabell 4. Variansanalys av KASAM före och efter behandling.

Variabler		Sum of squares	Df	Mean squares	F	Sig.
begr_1	Between groups	.200	1	.200	.244	.627
	Within groups	16.453	20	.823		
	Total	16.653	21			
hanter_1	Between groups	.557	1	.557	.827	.374
	Within groups	13.471	20	.674		
	Total	14.028	21			
mening_1	Between groups	1.804	1	1.804	3.382	.081
	Within groups	10.669	20	.533		
	Total	12.473	21			
kasam_1	Between groups	530.182	1	530.182	1.266	.274
	Within groups	8374.182	20	418.709		
	Total	8904.364	21			

Tabell 5. Beck Depression Inventory före och efter behandling (BDI). Medelvärden och spridningar

Variabler		Sum of squares	Mean	Std.Deviation	Std.Error
bdtitot_1	Före	11	18.591	5.5849	1.6839
	Efter	11	9.273	6.8460	2.0642
	Total	22	13.932	7.7403	1.6502
kogaff_1	Före	11	10.000	3.5426	1.0681
	Efter	11	5.773	5.4331	1.6381
	Total	22	7.886	4.9712	1.0599
Som_1	Före	11	8.591	2.7186	.8197
	Efter	11	4.682	2.7320	.8237
	Total	22	6.636	3.3280	.7095
Compl_1	Före	11	13.55	2.464	.743
	Efter	11	7.82	4.191	1.264
	Total	22	10.68	4.455	.950

Tabell 12. Variansanalys av Beck depressions Inventory: före-efterjämförelser

Variabler		Sum of squares	df	Mean Square	F	Sig.
bdtitot_1	Between groups	477.557	1	477.557	12.236	.002
	within groups	780.591	20	39.030		
	Total	1258.148	21			
kogaff_1	Between groups	98.284	1	98.284	4.673	.043
	Within groups	420.682	20	21.034		
	Total	518.966	21			
som_1	Between groups	84.045	1	84.045	11.316	.003
	Within groups	148.545	20	7.427		
	Total	232.591	21			
compl_1	Between groups	180.409	1	180.409	15.265	.001
	Within groups	236.364	20	11.818		
	Total	416.773	21			