



Institutionen för psykologi

Utvärdering av en modifierad KBT-gruppbehandling utifrån kvalitativ metod

Christina Henriksson & Kristina Lindqvist

Psykologexamensuppsats

Handledare: Claes Törnqvist

Tack!

Tack till våra handledare Claes Törnqvist och Johan Holmberg.

Tack också till våra intervjupersoner för er medverkan.

ABSTRACT

The aim of the study is to evaluate a modified form of cognitive behavioural group therapy (CBGT). The treatment is called Tisdagsgruppen and was started by a private care institute, Hjärnhälsan in Lund in August 2008. The method of the study was qualitative and seven semi-structured interviews were conducted. The interviews were analyzed in accordance with Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). The analysis resulted in five clusters of themes: treatment expectations, the general experience of the treatment, the experience of the structure of the treatment, the reasons for ending or continuing with the treatment and treatment effects in everyday life. The results showed that the participants were very satisfied with the treatment they are receiving or have received at Hjärnhälsan. An interesting find was that some of the factors that distinguish Tisdagsgruppen from traditional CBGT were brought up as particularly positive.

Keywords: CBGT, IPA, modified form of treatment, psychiatric outpatient care, qualitative research, semi-structured interviews

SAMMANFATTNING

Studiens syfte är att göra en utvärdering av en modifierad form av kognitiv beteendeterapeutisk (KBT) gruppbehandling. Behandlingen kallas Tisdagsgruppen och startades av ett privat vårdföretag, HjärnHälsan i Lund i augusti 2008. Metoden i undersökningen var kvalitativ och sju personer intervjuades med semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna analyserades med hjälp av Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Analysen resulterade i fem övergripande temakluster: förväntningar på behandlingen, den allmänna upplevelsen av behandlingen, upplevelse av behandlingens struktur, anledning till att deltagarna valde att avsluta eller fortsätta behandlingen och behandlingseffekt i vardagen. Resultatet visade att deltagarna i stort var mycket tillfredsställda med den behandling de får eller har fått på HjärnHälsan. En intressant upptäckt var att en del av de faktorer som särskiljer Tisdagsgruppen från traditionell KBT-gruppbehandling lyftes fram av intervjupersonerna som särskilt positiva.

Nyckelord: KBT-gruppbehandling, IPA, kvalitativ forskning, modifierad behandlingsform, psykiatrisk öppenvårdsmottagning, semistrukturerade intervjuer

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	6
<i>HjärnHälsan</i>	6
<i>Tisdagsgruppen</i>	6
TEORI	8
<i>Kognitiv teori</i>	9
<i>Beteendeteori</i>	10
<i>Mindfulness</i>	11
<i>Vilka mekanismer är verksamma i KBT</i>	12
<i>Forskningsstöd för aktiviteterna i KBT</i>	13
<i>Traditionell kognitiv beteendeterapi i grupp</i>	14
<i>Den traditionella gruppen</i>	14
<i>Grupprocessen i den traditionella KBT-gruppen</i>	15
<i>Fördelar och nackdelar med traditionell KBT-gruppbehandling</i>	16
<i>Den traditionella KBT-gruppens struktur</i>	16
<i>Traditionell KBT-behandling i grupper med flera störningar</i>	18
<i>Ett exempel på en traditionell KBT-gruppbehandling</i>	19
<i>Faktorer som skiljer Tisdagsgruppen från traditionell KBT-gruppbehandling</i>	19
<i>Syfte</i>	20
<i>Frågeställning</i>	20
METOD	20
<i>Kvalitativ forskning</i>	20
<i>Validitet och reliabilitet inom kvalitativ forskning</i>	21
<i>Semistrukturerade intervjuer</i>	22
<i>Val av metod</i>	23
<i>Urvalsförfarande</i>	23
<i>Deltagare och intervju</i>	23
<i>Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)</i>	24
<i>Analys av det enskilda fallet</i>	24
<i>Integration av olika fall</i>	25
<i>Forskningsetiska överväganden</i>	26
RESULTAT	27
<i>Förväntningar</i>	28
<i>Allmän upplevelse av behandlingen</i>	28
<i>Upplevelse av vad som fungerar och inte fungerar i behandlingen</i>	28
<i>Fungerar</i>	29

<i>Fungerar inte</i>	30
<i>Tänkbara förändringar av behandlingen</i>	30
<i>Jämförelse med individuell behandling</i>	32
<i>Upplevelse av behandlingens struktur</i>	33
<i>Öppen form</i>	33
<i>Olika problematik</i>	34
<i>Delmoment</i>	35
<i>Mindfulness</i>	35
<i>Parsamtal</i>	36
<i>Smågrupper</i>	36
<i>Individuellt samtal med psykolog</i>	37
<i>Personal</i>	38
<i>Att avsluta eller fortsätta behandlingen</i>	38
<i>Behandlingseffekt i vardagen</i>	39
DISKUSSION	40
<i>Resultatdiskussion</i>	40
<i>Förväntningar</i>	40
<i>Allmän upplevelse av behandlingen</i>	41
<i>Tänkbara förändringar av behandlingen</i>	42
<i>Jämförelse med individuell behandling</i>	43
<i>Upplevelse av behandlingens struktur</i>	43
<i>Öppen form</i>	43
<i>Olika problematik</i>	44
<i>Delmoment</i>	44
<i>Personal</i>	46
<i>Att avsluta eller fortsätta behandlingen</i>	46
<i>Behandlingseffekt i vardagen</i>	46
<i>Avslutande diskussion</i>	47
<i>Studiens tillförlitlighet</i>	48
<i>Framtida forskning</i>	50
REFERENSER	51
BILAGA A	55
BILAGA B	56
BILAGA C	57

BAKGRUND

HjärnHälsan

Författarna kontaktade HjärnHälsan då de var intresserade av att utvärdera en psykoterapeutisk behandling. Eftersom HjärnHälsan nyligen hade startat upp en modifierad form av kognitiv beteendeterapeutisk gruppbehandling sammanföll våra intressen. HjärnHälsan är en privat psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Lund med avtal med Region Skåne. Mottagningen tar emot ca 11000 besök per år och uppdraget är diagnostik och behandling av depressions- och ångestsjukdomar. På mottagningen arbetar både psykologer, socionomer, sjuksköterskor och läkare. På HjärnHälsan ser man psykiska sjukdomar som behandlingsbara tillstånd och vill genom upplysning och utbildning bidra till ökad öppenhet kring och minskad stigmatisering av psykiska sjukdomar. De eftersträvar att patienterna skall uppnå högsta möjliga funktionsnivå genom att behandla depression, bipolär sjukdom, panikångest, generaliserad ångest, tvångssyndrom samt social fobi. På HjärnHälsan är vården evidensbaserad med utvärderingsbara mål för att höja vårdkvaliteten (www.hjarnhalsan.se). Uppdraget de har fått av Region Skåne är att bota personers problematik. Psykolog Johan Holmberg som är en behandlarna i den grupp som utvärderades, vänder sig dock emot uttrycket att bota, utan vill hjälpa människor att leva det liv de vill leva. Syftet med HjärnHälsan är att hjälpa människor som har ångestproblematik och depression (J Holmberg, intervju, 1 april 2009).

Tisdagsgruppen

Gruppbehandlingen som utvärderats i den här studien benämns som Tisdagsgruppen och deltagarna träffas en gång i veckan. Gruppen är anpassad för samtliga ångest- och depressionssjukdomar. Innehållet i gruppen baseras på deltagarnas olika behov och behandlingsformen är öppen i den bemärkelsen att deltagare kan komma och gå som de vill under ett tillfälle. Man behöver inte heller komma varje gång och nya deltagare kan tillkomma under behandlingens gång. Efter tio tillfällen har klienten ett enskilt samtal med psykolog för att bestämma om han eller hon ska fortsätta behandlingen (skriftlig information, HjärnHälsan, 9 januari 2009).

Formen på Tisdagsgruppen har utformats av HjärnHälsan. Innehållsmässigt finns det teoretiskt stöd för uppbyggnaden på Tisdagsgruppen, t ex används traditionella KBT-tekniker som

är vetenskapligt underbyggda, men formatet på gruppen är inte evidensbaserat. Johan Holmberg tycker inte att formatet är det viktiga, utan innehållet. Poängen är *att* deltagarna lär sig, inte *hur* de lär sig.

Tidigare hade man traditionella gruppterapier på Hjärnhälsan som innebar ett manualbaserat arbetssätt med en grupp personer med samma typ av problematik som träffades ca åtta gånger. Hjärnhälsan upplevde dessa grupper som begränsande, framförallt då det gäller tillgängligheten. Traditionella grupper är tunga rent administrativt sett, förberedelsen är lång, det tar tid att rekrytera deltagare och patienter får vänta. Bortfallet var också stort och därför började man ifrågasätta effektiviteten. Samtidigt hade Hjärnhälsan självhjälsgrupper, som pågick under fem tillfällen. Dessa var effektiva på så vis att de kunde ta stora grupper patienter, 40 – 50 personer. Öppenheten var mycket stor, vilket är kännetecknande för Hjärnhälsan och enligt Johan Holmberg en av de bästa sidorna med organisationen. Då de upptäckte fördelarna med självhjälsgruppernas format lade Hjärnhälsan ner de traditionella grupperna och startade bl a Tisdagsgruppen. Enligt Johan Holmberg arbetar man inte efter en strikt manual i Tisdagsgruppen, men man använder sig av de evidensbaserade tekniker som används i traditionella behandlingsgrupper och som t ex förespråkas i Bieling, McCabe och Antony (2008), eller som exempelvis beskrivs i Erickson (2000).

Potentiella gruppdeltagare har endast ett förberedande samtal med läkare inför Tisdagsgruppen, men däremot inte med psykolog (J Holmberg, intervju, 1 april 2009). Sedan behandlingen startades har 50 – 60 personer påbörjat den och under höstterminen var det endast ett fåtal personer som hoppade av. I stort sett får vem som helst vara med i gruppen, exklusionskriterierna är patienter med risk för suicid, för stora interpersonella problem samt missbruksproblematik eller psykoser. Av de som har sökt gruppen är det ingen som har blivit nekad och endast en person har varit olämplig för gruppbehandling, denna person valde själv att hoppa av och fick annan behandling istället.

Psykologerna planerar och lägger upp innehållet, vilket styrs utifrån deltagarnas intresse och hur längesedan man arbetat med ett tema (J Holmberg, intervju, 1 april 2009). Innehållet i dagens session av Tisdagsgruppen planeras en timme innan grupptillfället. Varje tillfälle inleds kl 13.00 med en femminuterssamling, presentation av dagens innehåll samt inhämtning av deltagarnas egna intressen (se Bilaga A). Vid varje tillfälle får deltagarna fylla i dels CORE-formulär där de får skatta hur de har haft det under veckan och dels ett formulär där de

får fylla i vad de vill arbeta med under sessionen. Detta följs av mindfulnessmeditation alternativt avslappningsträning till ca kl. 13.15. Efter detta samtalar man ca en halvtimme två och två kring beteendeförändringar som skett under veckan som gått. Nya deltagare samlas samtidigt för speciell information. Därefter sker en uppdelning i smågrupper baserade på olika teman, varav ett har valts av psykologerna och ett eller två väljs av deltagarna. Dessa teman kan pågå under tre – fyra gånger. Kl. 14.30 har man utvärdering och formulering av nya målsättningar. Behandlingen avslutas kl. 14.45. Har deltagarna behov av enskilt samtal kan de få ett individuellt besök hos psykolog kl. 15.15 (skriftlig information, HjärnHälsan, 9 januari 2009).

Självhjälpsböcker finns på HjärnHälsans hemsida, vilka kan och uppmuntras av personalen att laddas ner av deltagarna. De får även med sig material från Tisdagsgruppen som de kan arbeta med hemma. Man har därtill öppnat upp möjligheten för deltagare att träffas utanför behandlingen och tillfälle för det har getts två gånger. Dessutom erbjöds det en julfest då deltagarna fick ta med sig mat, vilket också avviker från mer manualbaserad behandling (J Holmberg, intervju, 1 april 2009).

TEORI

Då den gruppbehandling som ska utvärderas utgår från en kognitiv beteendeterapeutisk (KBT) metod har författarna valt att utgå från teorier om KBT i allmänhet och KBT-gruppbehandling i synnerhet. Eftersom Tisdagsgruppen har en annorlunda form än traditionell KBT-gruppbehandling är det intressant att se på de likheter och skillnader som finns mellan dem båda.

Teoriavsnittet inleds med en översiktlig genomgång av kognitiv teori, beteendeteori och mindfulness samt vad som är verksamt i KBT för att därefter gå in på en beskrivning av traditionell KBT i grupp.

The national institute of clinical excellence i Storbritannien har kommit fram till att KBT är det mest effektiva behandlingsalternativet för behandling av depression och ångeststörningar (Salkovskis, 2005). Däremot är KBT inte en enhetlig terapiform, utan det består av en gemensam grund av beteendemässiga och kognitiva modeller som används på olika sätt

beroende på vilken problematik de riktar sig mot. Det tycks som att den specifika formen av terapi som inriktar sig på en viss typ av problematik är mer effektiv än den generaliserade som inte har någon speciell inriktning (Roth & Pilling, 2008).

Kognitiv teori

I den praktiska tillämpningen utgår kognitiv terapi från att beskriva förhållandet mellan kognition, emotion och beteende, både inom normalpsykologin och vid olika psykopatologiska tillstånd. Man utgår från att tankar är bärare av känslor och handlingar, och att leva innebär att individen ständigt reagerar på sin omgivning genom ett flöde av tankar, känslor, kroppsliga sensationer och handlingar (Kåver, 2006). Enligt kognitiv teori är det inte händelserna i sig i våra liv som är problemet eller som gör oss rädda, oroliga och ledsna, utan på det sätt vi tänker och tolkar dem. I terapin fokuserar behandlaren mycket på att utforska individers unika tolkningsmönster. Individens tolkningar och reaktioner påverkar dens omgivning, som i sin tur ger reaktioner tillbaka. Det är en ömsesidig process och kallas interaktionism. När de kognitiva processerna tolkas av individen på ett negativt sätt kan det skapa psykologiska störningar och problem (Passer & Smith, 2004).

Kognition betyder från början undersökning, inläring eller att få kunskap, och till de kognitiva funktionerna räknas t ex varseblivning/perception, uppmärksamhet, minne, och problemlösning. Processerna är ofta omedvetna och kan ske oerhört snabbt (Ashcraft, 2002). Tre olika processer innefattas i begreppet enligt kognitionspsykologin: hur vi inhämtar information om omvärlden och hur vi bearbetar den samt hur vi använder oss av och agerar på informationen. Varje individs erfarenheter och inlärningshistoria är avgörande för hur dessa processer utformas (Kåver, 2006).

I den kognitiva teorin beskrivs tre olika sorters tänkande på tre olika medvetandenivåer av Aaron T. Beck, vilka påverkar oss i vår vardag: automatiska tankar, livsregler/ grundantaganden och kognitiva scheman (Kåver, 2006). Automatiska tankar beskrivs som spontana, snabba och sker omedvetet (Beck, 1997). Grundantaganden eller livsregler är vår samlade kunskap om vad vi lärt oss och om hur vi ska bete oss och förhålla oss till olika situationer. Våra grundantaganden avspeglar sig i våra automatiska tankar och kan visa sig i t ex negativa värderingar. Individer är oftast mer medvetna om sina automatiska tankar än om sina grundantaganden (Kåver, 2006). Grundantaganden går ofta att formulera som om... så-

satser eller måste/borde satser. Om jag umgås med andra så blir jag avvisad eller om jag försöker att åstadkomma något så kommer jag att misslyckas (Beck, 1997). Kognitiva scheman är en benämning på generella tankestrukturer som aktiveras i olika situationer och fungerar som ett filter för den information som individen tar in, uppmärksammar och bearbetar (Kåver, 2006). Dessa strukturer beror på personens syn på sig själv, på andra och växer fram under en människas hela utveckling (Beck, 1997). Om schemat är förvrängt och negativt, kan den negativa grunduppfattningen befastas och vidmakthållas genom att information från omgivningen bara släpps in om det överensstämmer med det befintliga schemat. Våra kognitiva scheman är de minst medvetna och mest svåråtkomliga tankeprocesserna. Scheman kan ofta uttryckas i några få ord som: jag är elak, jag är en vinnare eller andra förstår men inte jag o s v (Kåver, 2006).

För att åstadkomma en förändring hos klienten använder terapeuten sig framförallt av tre strategier eller förhållningssätt: ett insiktsfrämjande förhållningssätt, ett pedagogisk/psykoedukativt förhållningssätt och ett problemlösnings- och copingstärkande förhållningssätt. Den ledande arbetsmetoden i kognitiv terapi har två faser, varav den ena handlar om att man analyserar en problemsituation på så vis att situationens objektiva karaktär och klientens tankar och känslor differentieras. Därefter arbetar man med att omstrukturera den problemskapande eller problemförstärkande delen av tänkandet (Kåver, 2006). Genom att göra individen medveten om det felaktiga eller negativa sättet att tänka kan beteendet förändras. Individen lär sig att det är tankarna som är maladaptiva, inte omgivningen i sig, och det är början på ett mer adekvat tänkande och agerande (Passer & Smith, 2004).

Beteendeteori

Beteendeterapi bygger på inlärningsteori som hjälper oss att förstå hur människor fungerar. Teorin kan definieras som en förändring i sättet en människa tänker, känner och beter sig som ett resultat av nya erfarenheter. Den har en flexibel och positiv syn på människans förmåga att anpassa sig i tillvaron. Inlärning kan ske på olika sätt, genom modellinlärning, instruktioner eller genom egen direkt erfarenhet. Enligt inlärningsteori är beteende både våra känslor, våra tankar och våra fysiska reaktioner (Kåver, 2006). Beteendeteori fokuserar inte lika mycket på människans inre värld som på det sätt den tar sig uttryck i människans sätt att agera (Passer & Smith, 2004).

I beteendeterapi är målet att hjälpa individen att bli av med de gamla destruktiva handlingsmönstren för att istället lära sig använda mer konstruktiva sätt att tänka, känna och bete sig. Målet är att skapa förutsättningar för individen att kunna leva ett normalt liv och kunna uppnå sina önskningar. Förändringen sker antingen genom personens beteende, alltså inklusive känslor och tankar, eller genom att förändra kontexten individen befinner sig i, eller genom båda två (Kåver, 2006). Genom att individen lär sig nya sätt att tänka och bete sig via olika beteendeövningar i terapin antas även hans eller hennes inre verklighet bli mer välfungerande (Aschcraft, 2002).

Terapeuten måste känna till och arbeta med vissa nyckelbegrepp, t ex i arbete med exponeringsövningar, som utsläckning, klassisk betingning och operant inläring. Inom beteendeterapi anser man t ex att fobier och andra rädslor är det emotionella resultatet av klassisk operant betingning, alltså att man någon gång under livet har lärt sig att något är farligt och genom exponeringsövningar kan man återfå ett mer rationellt tänkande kring det (Passer & Smith, 2004). Terapeuten måste veta hur teknikerna ska användas och framsteg i terapin analyseras utifrån dem. Innan terapeuten kan börja arbeta med individens problem gör han eller hon en ordentlig informationsinsamling med analys av individens problem. Denna mynnar ut i en gemensam problemformulering, en konkret målformulering och en plan för själva behandlingen (Kåver, 2006). Eftersom modellinläring är en av de mest effektiva inlärningsmetoderna agerar också terapeuten ofta som en förebild för sin klient och kan visa upp ett mer välfungerande beteende (Passer & Smith, 2004).

Mindfulness

Mindfulnessbaserade behandlingar visar sig kunna öka känslan av kontroll för individer med psykiatriska problem. De lär sig alternativa perspektiv eller förhållningssätt till sin situation genom att observera tanke- och känslöflöden, samt signaler från kroppen. Interventioner riktar sig mot att man i nuet ska bli mer uppmärksam på sina innersta tankar, känslor, kroppssignaler och den yttre världen (O'Haver Day & Horton-Deutsch, 2004).

Genom mindfulness kan självmedvetenhet och acceptans öka. Alla upplevelser behandlas lika och så värderingsfritt som möjligt. Mindfulness strävar efter att individen ska acceptera och tolerera alla sina tankar och känslor, observera dem och beskriva dem ur ett mer "fristående bevitnande" perspektiv. Det medför att klienten kan *agera* snarare än *reagera* på sina tankar,

känslor och handlingar. Genom att vara mer medvetet närvarande kan individen gå från ett tillstånd av ”görande” till ”varande”, vilket förväntas bryta negativa tanke- och känslomönster (O’Haver Day & Horton-Deutsch, 2004).

Vilka mekanismer är verksamma i KBT

KBT är en integrativ behandlingsmetod som bygger på kognitiv teori och inlärningsteori. KBT är en bred psykotераpeutisk inriktning och utgår ifrån empirisk psykologisk forskning. Enligt Andersson och Mörtberg (2008) finns det ett stort stöd för inlärningspsykologiska mekanismer. Metoden innefattar problemspecifika och allmänna behandlingsmetoder. Den är även handlingsorienterad och fokuserar på för problemet utlösande och vidmakthållande faktorer samt strävar efter att ge klienten ”hjälp till självhjälp”.

I KBT anser man att för att få till en terapeutisk förändring krävs det att klienten motiveras till att pröva nya beteenden och genom detta få nya erfarenheter. På lång sikt gör dessa nya erfarenheter att individens sätt att tänka, känna och handla förändras. Detta är kärnan i det inlärningspsykologiska synsättet, vilket utgår ifrån att människans beteende formas av miljöfaktorer och av de specifika interaktioner som finns mellan individ och omgivning (Andersson & Mörtberg 2008).

I KBT antar man att ett dysfunktionellt tänkande är gemensamt för alla psykiska störningar och för att åstadkomma kognitiv förändring används tekniker som t ex sokratiske frågeteknik, beteendexperiment, aktivitetsschema, meningsanalys och självinstruktionsträning. Andersson och Mörtberg (2008) menar dock att man inte kan säga hur viktig kognitiv förändring är i KBT och att evidensläget kan ifrågasättas. Studier har visat att klienter blir hjälpta av kognitiva behandlingsinsatser, men hur pass betydande de olika kognitiva teknikerna är för behandlingsresultaten är oklart (Longmore & Worrel, 2007). T ex är det inte helt klart att kognitiva förändringar behöver inträffa före symtomförändringar. Klienten kan förbättras tidigt i behandlingen trots att det inte har föregått någon omfattande kognitiv terapi.

Under 1990-talet har det vuxit fram nya synsätt inom KBT som har fått namnet ”den tredje generationens KBT” (Andersson & Mörtberg, 2008). Denna betonar förändring av individens tänkande om och acceptans av tankar, känslor och beteende och präglas bl a av att acceptera händelser och vara medvetet närvarande. Ett exempel på metod är Acceptance and

Commitment Therapy (ACT). Detta har fört in ett nytt tankesätt inom KBT då det inte handlar om att reducera symtom utan istället att lära individen att kunna gå vidare i livet trots sina problem. De nya tankesätt som utvidgat KBT gör det svårt att tala om övergripande verksamma komponenter i behandlingen då det finns en så bred uppsättning tekniker och metoder. Då den tredje generationens beteendeterapi är en så pass ny terapiform finns det ännu inte mycket evidens för dess effektivitet (Andersson & Mörtberg, 2008).

Forskningsstöd för aktiviteterna i KBT

Det finns ett mycket starkt stöd för KBT i randomiserade kontrollstudier, fallstudier, effektivitetsstudier, systematiska översikter och metaanalyser, men i klinisk forskning kan det vara svårt att fastställa exakt vilka delar av behandlingen som är verksamma (Andersson & Mörtberg, 2008). En fråga är t ex hur vi kan veta att uppsättandet av en agenda inför varje session är en verksam komponent då detta är något som ingår i nästan alla studier av KBT och även i klinisk praxis. Man kan därför säga att det finns så kallade common factors som främst är gemensamma för KBT-terapi (Lambert & Olgers, 2004, refererade i Andersson & Mörtberg, 2008) och som kanske inte ingår i andra terapiformer, men man vet inte hur verksamma dessa är enskilt. T ex har mindfulness som tidigare nämnts blivit allt vanligare i KBT, men det är oklart hur verksamt det är i sig självt (Kåver, 2006).

En god allians mellan terapeut och klient är lika viktig i KBT som i andra psykoterapimetoder. Forskningsstödet för en god allians har blivit större, även om dess samband med behandlingsresultat inte är särskilt starkt (Raue, Goldfried & Barkham, 1997). Ett problem är här att man har sett på alliansen som något statiskt och mätbart vid ett specifikt tillfälle, faktum är ändå att patienter skattar alliansen högt (Andersson & Mörtberg, 2008). Vad gäller analys och konceptualisering av problem anses även det vara värdefulla redskap, samtidigt saknas det dock forskningsstöd för denna uppfattning. Forskningsstöd för hemuppgifter har också undersökts och här fann man att sambandet mellan hemuppgifter och behandlingsutfall är måttligt ($r=.36$) (Kazantzis, Deane & Ronan, 2000).

Ett utmärkande drag för KBT är den struktur som finns på behandlingen. Många anser att en KBT-behandling utan struktur inte är KBT. Däremot behöver den inte vara rigid. Andersson och Mörtberg (2008) menar att det inte är möjligt att undersöka forskningsstödet för strukturens vikt för behandlingsutfall, men de tror att det inte går att helt utelämna struktur i behandlingen. Vad gäller psykoedukation har forskningen nästan enbart koncentrerat sig på

symtomen och inte på vad patienten lär sig, något som ändå ses som ett viktigt inslag i terapin. I de enstaka undersökningar som gjorts har det visat sig att trots att patienter har lärt sig en hel del om sina problem har det inte förbättrat deras symtom. Det finns samtidigt tecken på att psykoedukation i vissa fall är tillräckligt och att efterföljande behandling inte behöver vara KBT (Shear, Pilkonis, Cloitre & Leon, 1994, refererade i Andersson & Mörtberg, 2008). Då psykoedukation är en så integrerad del i KBT-behandlingen är det svårt att urskilja dess verkning.

De manualer som följs i KBT kan se mycket olika ut och forskare och kliniker är inte överens om dess effekt. Forskning visar att de kan vara ett gott stöd framförallt för KBT-terapeuter (Najavits, Weiss, Shaw & Dierberger, 2000). Det underlättar utbildningen av KBT-tekniker och förhållningssätt (Andersson & Mörtberg, 2008).

Traditionell kognitiv beteendeterapi i grupp

Den traditionella gruppen. Denna teoridel vilar till största delen på litteratur om KBT i grupp, men det används även gruppteori från andra inriktningar. Detta då det inom KBT idag ännu inte finns så mycket egen gruppteori utan den bygger på andra terapiformer (Sandahl, 2008). KBT i grupp har som mål att lindra symtomen hos gruppdeltagarna och få dem att uppnå bästa möjliga funktionsnivå och livskvalitet. Traditionell KBT-gruppbehandling inleds ofta med att deltagarna får ta del av information om den goda behandlingseffekt KBT har och hur deras svårigheter kan lindras. Patientundervisning flätas också samman med de strategier som ställs upp för förändring (Bieling et al., 2008).

En förutsättning för att gruppbehandling ska fungera är att medlemmarna känner trygghet i att kunna öppna sig och en förutsättning för det är en god allians med terapeuten (Sandahl, 2008). Terapeut och gruppmedlemmar måste känna tillit till varandra och känna att man kan arbeta med varandra (Sandell, 2008). Terapeuten ska liksom i individualterapi använda sig av sokratisk dialog, dessutom ska han eller hon uppmuntra deltagarna till att göra detsamma med varandra (Bieling et al., 2008). Om en teknik är utvecklad för att användas i individuella sammanhang, vilket KBT är, måste man ha i minnet att ta tillvara på de unika faktorer som dyker upp i gruppsammanhang, såsom möjligheten för deltagarna att utbyta idéer och erfarenheter med varandra (Sandahl, 2008).

Manualer för individuell KBT-behandling är vanliga, men däremot finns det inte lika många för gruppbehandling, trots att behandlingsformen har ökat i hög grad under de senaste åren. Idag använder man KBT-behandling i grupp av de flesta diagnoser och störningar (Free, 2005). De manualer som finns är oftast skapade för specifika diagnoser och för det mesta informeras individen inledningsvis om metodens generella effektivitet för hans eller hennes problematik. Därmed tar man inte hänsyn till att individer ofta uppvisar olika symtom trots att de har samma störning, inte heller hanteras det faktum att det ofta kan förekomma komorbiditet. Därför blir flexibilitet i följet av manualen av oerhörd vikt (Bieling et al., 2008). Det är också viktigt att tänka på att bara för att man följer en manual innebär inte det att behandlingen är bättre eller mer effektiv utan olika format och strukturer passar för olika individer (Free, 2005). Manualer som används är ofta bra och uppnår sitt syfte, men vilka delar det är i dem som är verksamma vet man inte då de olika delarna eller teknikerna ofta inte har utretts eller mätts gentemot varandra (Roth & Pilling, 2008).

De traditionella KBT-grupperna är ofta slutna och det finns inte möjlighet för deltagare att gå med i eller sluta i en pågående grupp. Anledningen till detta är att man ser KBT som tekniker som måste läras in på ett linjärt sätt, d v s i den traditionella KBT-gruppen sätts innehåll före process. De flesta träffas en gång i veckan mellan en – två timmar (Bieling et al., 2008). Till stor del liknar också terapiarbetet i traditionella KBT-grupper det man har i individuell terapi, med psykoedukation, hemuppgifter, exponerings- och beteendeövningar och liknande (Free, 2005).

Grupprocessen i den traditionella KBT-gruppen. I gruppbehandling spelar även grupprocessen roll och det ger en möjlighet för deltagarna att se att även andra människor har problem och svårigheter (Bieling et al., 2008). Däremot är det inte själva grupprocessen som är det centrala, utan tyngdpunkten ligger på de enskilda individer som ingår i gruppen (Perris, 1996). Genom att se hur andra deltagare arbetar med sina problem kan det ingjuta hopp och tro att man själv kan bli bättre och deltagarna kan på så vis sporra varandra. Genom en stark känsla av gruppsammanhållning, tillit och stöd kan medlemmarna hjälpa varandra (Bieling et al., 2008). I begreppet sammanhållning ingår flera faktorer såsom allians, samspel, tillit och relationen gruppmedlemmar och terapeuten emellan. Det är alla faktorer som visar en positiv korrelation med lyckat behandlingsresultat (Holmqvist, 2008).

Genom att individen har en positiv förväntan på det som ska komma och känner tillit till processen förbättras chansen för ett positivt resultat. Patienterna inser att de inte är ensamma med sina problem och deras känsla av tillhörighet kan höjas genom att terapeuten pekar på likheter deltagarna emellan. Genom att dela sina problem med andra ökar deras förståelse både för de andra deltagarna och för de egna problemen. Lärande i gruppen kan ske både genom undervisning från terapeuten, genom råd och idéer från gruppmedlemmarna och genom observation av terapeut och deltagare (Bieling et al., 2008).

Att kunna hjälpa andra medlemmar är ofta en stor motiverande faktor och det hjälper till att bryta självfokuseringen (Bieling et al., 2008). Yalom (1995) ser grupprocessen i gruppterapi som motsvarigheten till den terapeutiska alliansen i individualterapi. Därför blir det av stor vikt för terapeuten att försöka hålla samman gruppen och skapa en god sammanhållning. Genom större öppenhet, större känsla av trygghet, och mindre känsla för störningar i form av avhopp eller avvikelse från gruppnormen kan detta ske. Utbytet som finns i gruppen mellan deltagarna är en viktig terapeutisk faktor i sig (Sandahl, 2008).

Fördelar och nackdelar med traditionell KBT-gruppbehandling. Fördelarna med KBT-behandling i grupp är att den kan erbjuda beteendeterapi till en lägre kostnad än individualterapi. Det är även lättare att i grupp arbeta med vissa exponerings- och beteendeövningar som kan vara svåra att arrangera i individualterapi. I gruppen får medlemmarna mer varierad feedback och det är fler individer som gemensamt kan försöka finna lösningar. Det stöd man kan finna hos varandra är också något som saknas i individualterapi, ofta driver gruppmedlemmarna på varandra att försöka sig på svåra övningar och skapar en gemensam känsla av ansvar (Bieling et al., 2008).

Nackdelarna kan vara att grupper är svårare att schemalägga än individualterapi då det ska passa för alla. Det ger mindre tid per person att gå igenom hemuppgifter, träna exponering och liknande. Skiljer sig deltagarna åt i form av motivation, förståelse eller symtom kan det vara svårt att anpassa gruppen på rätt nivå. En annan nackdel är att en del medlemmar kan vara ovilliga att ta upp problem i grupp. Negativa upplevelser kan också påverka de andra deltagarna negativt (Bieling et al., 2008).

Den traditionella KBT-gruppens struktur. Innan en grupp sätts samman måste flera faktorer tas hänsyn till. Patienturval, terapeutens arbetssätt och struktur inom såväl som

mellan sessioner måste organiseras. Planeringen av behandlingen måste läggas upp för att uppnå största möjliga effektivitet och resultat. En korrekt diagnos enligt DSM-IV är nödvändig för att hjälpa terapeuten att förutse eventuella problem (Bieling et al., 2008). Den eventuella gruppmedlemmen måste även ha just den diagnos som gruppbehandlingen inriktar sig på. Man måste också försäkra sig om att inga andra troliga hinder står i vägen för behandlingen. En förberedande intervju kan utröna hur individen själv ser på sin problematik och hur lämplig han eller hon är för gruppbehandling. Själva KBT-modellen måste också passa individen och genom att t ex ha ett förtest kan man undersöka om individen tycks vara lämplig för behandlingen (Free, 2005). Av vikt är att patienten är villig att ta ansvar och själv hjälper till att ta sig ur sina problem. Vissa kan tycka att det är obehagligt att dela med sig av sina problem i en grupp inför okända människor och då är det betydelsefullt att gruppen är öppen och tillåtande för att medlemmarna ska känna sig välkomna att dela med sig (Sandahl, 2008).

Av vikt för arbetet i traditionella KBT-grupper är också individernas lämplighet att delta i en gruppbehandling. Därför kan det vara en god idé att undersöka hur individerna kommer att samspela med varandra i gruppen och vilken påverkan de kommer att ha på processen. Det är viktigt att individerna har en vilja och en förmåga att förändras. Saknas motivationen går det inte att utföra någon behandling (Bieling et al., 2008).

Även terapeutens egenskaper spelar in, men ofta saknas det rekommendationer för hur en gruppleddare bör arbeta. Till förutsättningarna hör dock förmåga till empati, samarbete och ett upptäckande genom sokratisk dialog (Bieling et al., 2008). Gruppleddaren måste vara duktig på att fånga upp gruppprocessen och kunna guida deltagarna i rätt riktning. Han eller hon måste få deltagarna att inse vikten av att de arbetar med sina problem för att behandlingen ska kunna fungera, t ex genom att gå igenom och uppmuntra exponeringsövningar och hemuppgifter (Free, 2005). En av gruppleddarens viktigaste uppgifter är att uppmuntra gruppdeltagarna att uttrycka sina negativa tankar och känslor för att de ska kunna ifrågasättas och bearbetas (Perris, 1996).

I en grupp kan det vara en fördel att ha medlemmar med skilda bakgrunder, ålder, kön och etnicitet. Det skapar en mer dynamisk miljö där deltagarna kan lära sig att problem drabbar alla människor. De kan också få synpunkter och erfarenheter från olika kulturer och åldersgrupper (Bieling et al., 2008).

Antal rekommenderade gruppdeltagare brukar ligga på runt åtta personer. En förhållandevis liten grupp skapar utrymme för att medlemmarna blir mer aktiva (Perris, 1996). Då gruppformatet kan lägga på ytterligare en dimension av komplexitet och utmaningar jämfört med individuell terapi bör terapeuten ha tidigare erfarenhet av både individuell terapi och deltagande observation av KBT-gruppbehandling. Är det fler än en terapeut som leder behandlingen brukar de träffas en stund innan varje session för att diskutera vem som ska ansvara för vad, förutse eventuella problem och gå igenom dagens session (Bieling et al., 2008).

Nästan alla traditionella KBT-grupper är slutna. Gruppmedlemmarna väljs ut på förhand och samtliga är närvarande under alla sessioner. Vid första tillfället diskuterar man de regler som bör gälla för gruppen. Innan gruppen startar upp ska det finnas klara regler för hur hemuppgifter ska utformas och följas upp och vad som förväntas av gruppmedlemmarna (Bieling et al., 2008). Ibland finns det individer som av olika skäl inte passar in i gruppbehandlingen. En grupp kan få ett destruktivt inflytande om medlemmarna förstör för varandra snarare än hjälper (Sandahl, 2008). Det måste då vara möjligt att ta ut personen ur gruppen och erbjuda individuell kontakt istället (Bieling et al., 2008).

Traditionell KBT-behandling i grupper med flera störningar. De flesta traditionella KBT-behandlingar i grupp arbetar alltså utifrån en specifik störning eller problematik, men det finns även grupper dels med medlemmar som har flera störningar samtidigt och dels med medlemmar med olika störningar. I sådana fall bör man lämna koncentrationen på syndromet och istället fokusera gruppen på tekniker och färdigheter som går att tillämpa inom många områden. En behandling som har effekt på en sorts problematik har det ofta även på andra. Därför kan man betona tre grundläggande komponenter i behandlingen. Den första är att man vill förändra individens kognitiva bedömning av en situation. Den andra är att man försöker minska det emotionella och beteendemässiga undvikandet. Slutligen vill man även underlätta för de handlingar som motverkar det negativa känslomässiga tillståndet. Genom att använda dessa gemensamma faktorer som grund kan man skapa en manual som passar för de flesta störningar. Sessionerna kan bli lite mer flytande och nyckelordet blir här flexibilitet (Bieling et al., 2008).

I mer heterogena grupper är chansen större att aktivitetsnivån blir högre och deltagarna har möjlighet att lära sig om andra former av problem och svårigheter som de annars kanske hade

varit omedvetna om (Perris, 1996). Idag är det dock ovanligt att man arbetar med flera olika störningar samtidigt och det behövs mer forskning på ämnet för att bedöma dess effektivitet (Bieling et al., 2008).

Ett exempel på en traditionell KBT-gruppbehandling. För att skapa innehållet i Tisdagsgruppen har man bl a tagit material från en tolv veckors gruppbehandling för ångeststörningar av Erickson (2000). Den är upplagd som en traditionell gruppbehandling enligt KBT med introduktion av gruppen inledningsvis och efterfrågan om den är lämplig för individen i fråga. Den inleds även med regler för vad som väntas av gruppdeltagarna och gruppterapeuten samt vilka mål man kommer att arbeta emot. Därefter går den veckovis igenom med detaljerad information om vad som ska göras under de tolv sessioner behandlingen består av.

Deltagarna arbetar på samma sätt som man gör i individuell KBT-behandling. De får bl a ta del av psykoedukation, grundantagandens betydelse och samspelet mellan kognition och beteende. De får arbeta med hemuppgifter, exponeringsövningar och avslappningsövningar. Sessionerna är inriktade på olika områden, t ex blyghet, självhävdelse eller rädsla. Därefter sker en fördjupning av dessa ämnen och hur de kan eller bör hanteras under följande veckor. Avslutningsvis får deltagarna råd om hur de bör fortsätta arbeta med sin problematik även efter att behandlingen är avslutad (Erickson, 2000).

Faktorer som skiljer Tisdagsgruppen från traditionell KBT-gruppbehandling. I Tisdagsgruppen använder man sig av traditionella KBT-tekniker som hemuppgifter, psykoedukation, exponeringsövningar och avslappningsövningar, men det används ingen strikt manual. Själva formen på behandlingen skiljer sig åt från traditionell KBT-gruppbehandling då gruppen är öppen d v s deltagare kan komma och gå som de vill både under och mellan sessionerna. Deltagarna har även olika former av svårigheter, både ångest- och depressionsproblematik. Urvalsprocessen är mindre strikt då man inte tar så hårt på inklusion och exklusion och tänkbara gruppdeltagare bedöms enbart av läkare. Dessutom erbjuds det individkontakt efter varje tillfälle, vilket är ovanligt i traditionell KBT-gruppbehandling. Tisdagsgruppen skiljer även ut sig på så sätt att den har öppnat upp för deltagare att träffas utanför själva behandlingen och man har också anordnat en julfest i HjärnHälsans lokaler (intervju, J Holmberg, 1 april 2009).

Syfte

Författarna fick i uppdrag av Hjärnhälsan i Lund att göra en utvärdering av denna modifierade form av gruppbehandling som startade upp i augusti 2008. Då det är en form av KBT-gruppbehandling som skiljer sig från det traditionella upplägget vill Hjärnhälsan veta hur deltagarna upplever den. Författarna anser att området är mycket intressant att undersöka då det finns lite forskning på KBT-gruppbehandling och i synnerhet i modifierad form. Syftet med den aktuella studien är att utifrån deltagarnas egna berättelser utforska hur de har upplevt den behandling de genomgår eller har genomgått på Hjärnhälsan. Detta görs genom att på ett explorativt sätt ta reda på vad som har varit verksamt i behandlingen, d v s vad intervjupersonerna har ansett fungerat respektive inte fungerat samt hur de upplever de delar av behandlingen som inte är typiska för KBT. Genom att utgå ifrån intervjupersonernas egna upplevelser vill författarna fånga det unika perspektivet hos varje individ.

Frågeställningar

- Hur upplever deltagarna behandlingen?
- Vad upplevs som verksamt respektive inte verksamt i behandlingen?
- Hur upplever deltagarna det som skiljer den här behandlingen från traditionell KBT-gruppbehandling?

METOD

Då syftet med studien var att undersöka de subjektiva upplevelserna hos deltagarna i Tisdagsgruppen har den en explorativ ansats med ett kvalitativt arbetssätt.

Kvalitativ forskning

Kvalitativ forskning har ökat drastiskt under de senaste tio åren. Syftet med kvalitativ forskning är att förstå och fånga människors erfarenheter och handlingar i deras upplevelse av olika situationer (Kvale, 1997). Inom kvalitativ forskning anser man det vara omöjligt för forskaren att vara objektiv och åsidosätta sina egna föreställningar och perspektiv. Kvalitativ forskning innefattar flera olika inriktningar som t ex fenomenologi, diskursanalys och grundad teori. De har gemensamt att de försöker utöka förståelsen snarare än att verifiera

tidigare slutsatser eller teorier. Viktigast är att man väljer metod utifrån de forskningsfrågor man har. Detta gäller både kvantitativ och kvalitativ forskning inklusive ovanstående inriktningar (Elliott, Fischer & Rennie, 1999). Genom att använda sig av en kvalitativ ansats görs det ett försök att fånga mångfalden av teman som dyker upp i den undersökta personens utsagor (Smith, 1995).

Kvalitativ forskning vilar bl a på en fenomenologisk filosofi. Dess forskare försöker förstå sociala skeenden utifrån individens egna upplevelse och ser verkligheten ur hans eller hennes egna perspektiv. Det är en del av deras livsberättelse och representerar den psykologiska värld de lever i och det är denna värld forskaren är intresserad av (Smith, 1995). För att förstå individen måste man se dennes strävan efter att skapa mening i sin tillvaro som central. Alla människor har en bild av världen som härrör ur individens bakgrund, erfarenheter och upplevelser och därför kan olika individer tolka samma objekt olika (Allwood & Eriksson, 1999).

Validitet och reliabilitet inom kvalitativ forskning. Kvalitativ forskning är alltså inte ute efter att beskriva en objektiv verklighet. Dess syfte är snarare att skapa en förståelse för det fenomen den undersöker. Man vill se hur människor upplever och tolkar sin omgivande verklighet (Backman, 1998). Validitet och reliabilitet har traditionellt knutits till kvantitativ forskning, men naturligtvis ska även den kvalitativa forskningen ge valida och reliabla resultat. De traditionella kriterier som existerar inom den kvantitativa forskningen är dock inte alltid användbara inom den kvalitativa. När kvalitativa forskare diskuterar validitet och reliabilitet inom sin inriktning brukar de referera till den som trovärdig och tillförlitlig och därmed försvarbar (Merrick, 1999). Genom att t ex växelvis gå mellan forskningsobjektet och analysprocessen kan forskaren revidera och bearbeta det resultat han eller hon får fram tills all data har blivit genomarbetad och resultatet tillförlitligt (Polkinghorne, 2003).

Kvalitativ forskning kräver en öppenhet hos forskaren som tillåter att denna stiger in i den undersökta personens värld. Det sätter alltså höga krav på den kvalitativa forskaren som hela tiden måste vara medveten om den påverkan han eller hon har på forskningsprocessen och på den som undersöks, samtidigt som man måste vara medveten om den påverkan den har på forskaren. Forskarens subjektiva attityder, tankar, känslor och historia påverkar honom eller henne i alla sammanhang. Till skillnad från kvantitativ forskning ses detta dock inte som negativt, utan forskarens subjektiva uppfattning kan utveckla hans eller hennes förståelse för

den undersökta personen och hur dennas livsvärld skiljer sig från forskarens (Sciarra, 1999). Genom att forskaren hela tiden är medveten om sin egen inverkan på resultatet stärks reliabiliteten (Kvale, 1997).

Då avsikten med fenomenologisk forskning är att försöka fånga individens mening och förståelse av sin livsvärld blir syftet för ett forskningsprojekt som eftersträvar validitet just att försöka fånga den mening individen skapar för sig själv. Vad man som forskare måste vara medveten om är att denna mening är en föränderlig process och att den är högst subjektiv (Sages, 2003).

Semistrukturerade intervjuer. Ett vanligt sätt att undersöka individers egna perspektiv inom kvalitativ forskning är att använda semistrukturerade intervjuer, vilket är det arbetsätt författarna har valt. Dessa ger en detaljerad bild av intervjupersonens upplevelse av ett specifikt ämne. Det ger mer flexibilitet än en strukturerad intervju då forskaren kan följa spår som dyker upp under intervjuens gång. Viktigt att tänka på när man konstruerar frågorna är att de måste vara neutrala, anpassade efter intervjupersonen på så sätt att de känner sig bekväma samt att de är öppna för att uppmuntra personen att tala så mycket som möjligt (Smith, 1995). Fördelarna med en strukturerad intervju är att de ger kontroll över intervjusituationen, reliabilitet då samma strikta struktur används vid alla intervjuer samt att intervjuaren har så lite påverkan på intervjupersonen som möjligt. Nackdelarna är dock att det begränsar det intervjupersonen kan prata om eftersom frågorna har bestämts på förhand. Detta kan leda till att viktig information om det aktuella ämnet inte kommer fram.

Valet av semistrukturerade intervjuer gjordes med anledning av att intervjupersonernas egna berättelser ska stå i fokus i syfte att få ut så mycket relevant och intressant information som möjligt. Den minskade styrning som semistrukturerade intervjuer tillåter är även i linje med fenomenologisk forskning (Kvale, 1997). Forskaren har en idé om vilket område som är intressant att undersöka, men önskemålet är att stiga in i intervjupersonens psykologiska och sociala värld så långt som möjligt. Intervjupersonen ses som experten på ämnet och bör därför ges utrymme att berätta sin egen historia (Smith, 1995). Den kvalitativa intervjun är en forskningsmetod som ger en unik ingång till individens fundamentala sätt att se på världen (Kvale, 1997).

Val av metod

Syftet med studien var att utgå utifrån intervjupersonernas egna berättelser och utforska hur de upplevde den behandling de genomgått på Hjärnhälsan. För detta ändamål sågs alltså semistrukturerade forskningsintervjuer som den mest lämpliga metoden. Genom den semistrukturerade intervjun erhöles information om den intervjuades egna upplevelser av behandlingen och hur de förhöll sig till den. Den efterföljande analysen av det material som framkom gjordes med hjälp av Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) som är framtagen av Johathan A. Smith (1995).

Urvalsförfarande. Deltagarna valdes ut av psykolog Johan Holmberg på HjärnHälsan. En lista med alla som varit med i Tisdagsgruppen delades upp i två efter personer som gått ett fåtal gånger och personer som har gått fler än tio gånger. Därefter ringde Johan Holmberg upp personer i alfabetisk ordning och slutade efter att han fått tag på åtta personer som var villiga att ställa upp på intervju. Fyra personer hade gått fler än tio gånger och fyra personer hade gått några få gånger (J Holmberg, intervju, 1 april 2009). Ursprungligen var tanken att göra en jämförelse mellan personer som hade fullgjort behandlingen och personer som hade hoppat av den i ett tidigt skede. Under intervjuernas gång visade det sig dock att ett par av de personer som endast gått ett fåtal gånger inte hade hoppat av, utan ämnade fortsätta.

Innan intervjuernas genomförande skickades brev ut med information om författarna, studiens syfte, sekretess och informerats samtycke (se Bilaga B). Därefter kontaktades intervjupersonerna per telefon där intervjutid bestämdes.

Deltagare och intervju. Författarna konstruerade en intervjuguide med ett antal frågor utifrån studiens syfte (se Bilaga C). Alla frågor i intervjuguiden berördes, men ordningen följdes inte strikt då det var en halvstrukturerad intervju. Sju personer intervjuades mellan 30 – 60 minuter. På personliga omständigheter var en person tvungen att tacka nej. Alla intervjuer utom en utfördes i lokalerna på Institutionen för psykologi vid Lunds universitet, en intervju utfördes i personens hem. Personerna var mellan 25 och 55 år, fem kvinnor och två män bosatta i Skåne. I studien har vi kallat dem Kerstin, Margareta, Anna, Mats, Karin, Sara och Kristoffer. Personerna hade olika former av problematik, vilket inte benämndes nämnvärt i intervjuerna då det inte var studiens huvudfokus.

Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)

Författarna har använt sig av analysmetoden IPA. Det är ett tillvägagångssätt inom den fenomenologiska metoden som anser att man inte kan få direkt åtgång till intervjupersonernas värld. Utan istället görs en tolkning av vad personen har uttryckt utifrån forskarnas eget synsätt. Utifrån IPA transkriberas och analyseras semistrukturerade intervjuer. Fokuserade frågor används enbart som uppmuntran till intervjupersonerna att utveckla det de talar om (Willig, 2008). Den data som framkommer analyseras och tolkas en i taget, d v s IPA har en ideografisk ansats. Det är först senare i processen som man integrerar texterna med varandra (Smith, 1995).

Analys av det enskilda fallet. När transkriberingen är klar är det första steget, av sju, att man läser texten flera gånger. I det här stadiet producerar forskaren noteringar som speglar de ursprungliga tankar och observationer han eller hon tycker är relevanta. Dessa kan t ex vara frågor, associationer, kommentarer om uttryckssätt, sådant som saknas osv. Dessa noteringar ska vara så öppna som möjligt och är ett sätt för forskaren att dokumentera saker som dyker upp under det första mötet med texten (Willig, 2008). Smith (1995) rekommenderar att man gör det i den vänstra marginalen.

Under det andra stadiet ska forskaren identifiera och namnge teman som karaktäriserar varje del av texten och detta ska skrivas in i den högra marginalen (Willig, 2008). Man använder nyckelord som fångar kärnan i det forskaren finner i texten (Smith, 1995).

Det tredje stadiet involverar ett försök att introducera struktur i analysen. De teman som har identifierats listas och forskaren tittar på om de är kopplade till varandra på något sätt. Vissa teman formar naturliga kluster som delar mening, medan andra kännetecknas av hierarkiska relationer med varandra. T ex kan skolminnen, relation med föräldrar och barndomsminnen forma ett barndomskluster (Willig, 2008). Man kan här även finna nya teman som samlar en del av de ursprungliga noteringarna. I denna analys sker det ett nära samspel mellan forskaren och texten där forskaren försöker förstå intervjupersonen, men genom sina egna tolkningar (Smith, 1995). Detta innebär att forskaren måste gå fram och tillbaka mellan listan av teman och texten som frambringade teman under det första stadiet (Willig, 2008).

I det fjärde stadiet produceras en sammanfattande tabell av de teman som har strukturerats tillsammans med citat som belyser varje tema. Tabellen ska endast innehålla sådana teman

som säger något viktigt om deltagarens upplevelse av fenomenet som undersöks. Det innebär att en del av de teman som skapades under stadium två tas bort, t ex de teman som inte är så väl representerade i texten eller som är mindre viktiga för fenomenet. De teman som behålls eller förkastas beror på forskarens intressen och inriktning. Antal kluster och teman kan ha stor variation beroende på texten som analyseras (Willig, 2008).

I det femte stadiet ska man vid varje tema skriva exempel på var man kan finna citat eller nyckelord i texten, se tabell 1. Analysen är cyklisk på så sätt att man som forskare måste gå igenom varje stadium flera gånger (Smith, 1995).

Tabell 1.

Exempel på en sammanfattande tabell (Willig, 2008).

Klusterbeteckning		
Klusterbeteckning 1		
Temabeteckning	Kort citat/nyckelord	Sida och linjenummer
Temabeteckning	Kort citat/nyckelord	Sida och linjenummer
Temabeteckning	Kort citat/nyckelord	Sida och linjenummer
Klusterbeteckning 2		
Temabeteckning	Kort citat/nyckelord	Sida och linjenummer
Temabeteckning	Kort citat/nyckelord	Sida och linjenummer
Temabeteckning	Kort citat/nyckelord	Sida och linjenummer

Författarna har tillsammans suttit och letat teman samt citat hos den första intervjupersonen för att skapa ett gemensamt förhållningssätt till hur intervjuerna skulle analyseras. Detta för att försäkra sig om att intervjuerna analyseras på likvärdigt sätt och därmed öka reliabiliteten. Sida och linjenummer har inte skrivits ut i analysen av materialet till denna studie då det har varit förhållandevis litet och därmed lätt att orientera sig i.

Integration av olika fall. Nästa steg är att integrera fallen med varandra. Det finns två sätt för forskaren att arbeta med integrationen av fallen. Antingen skapar man sammanfattande tabeller för varje individ som deltar i en intervju. Dessa integreras sedan i övergripande teman som speglar den samlade gruppens erfarenheter. Här är det åter viktigt att man använder sig av ett cykliskt förhållningssätt och att varje tema som dyker upp jämförs med texterna, så att det finns lika mycket grund i den data som finns i de integrerade temana som i de

individuella. Det andra alternativet är att man utgår från den första sammanfattande tabellen i analysen av efterföljande fall. Här används den ursprungliga listan på teman som utgångspunkt för att koda de andra intervjuerna. Även här är ett cykliskt tillvägagångssätt viktigt så att teman som dyker upp i senare texter kan jämföras med tidigare (Willig, 2008). Risken med det andra alternativet kan vara att man letar efter de ursprungliga temana även i de andra fallen. Då författarna upplever att man kan hålla sig mer öppen till vad som visar sig vara viktiga teman för varje individ har det första alternativet valts.

Det sjunde och sista steget består av att listan med övergripande teman från alla deltagare sätts samman, se tabell 2. Det är viktigt att forskaren fortsätter sin analys tills full integration av teman har uppnåtts, d v s tills alla teman som är gemensamma för deltagarna har fångats (Smith, 1995).

Tabell 2.

Exempel på en tabell med integrerade teman (Willig, 2008).

Övergripande tema	Deltagare 1	Deltagare 2	Deltagare 3
Övergripande tema 1			
Integrerat tema	Sida och linjenummer	Sida och linjenummer	Sida och linjenummer
Integrerat tema	Sida och linjenummer	Sida och linjenummer	Sida och linjenummer
Integrerat tema	Sida och linjenummer	Sida och linjenummer	Sida och linjenummer
Övergripande tema 2			
Integrerat tema	Sida och linjenummer	Sida och linjenummer	Sida och linjenummer
Integrerat tema	Sida och linjenummer	Sida och linjenummer	Sida och linjenummer
Integrerat tema	Sida och linjenummer	Sida och linjenummer	Sida och linjenummer

Forskningsetiska överväganden

Psykologer är bundna att följa de etiska krav som är antagna av Sveriges Psykologförbund. Dessa principer är framtagna dels för att skydda klienterna och dels för att skydda psykologen. Psykologen ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och hon eller han ska respektera varje människas grundläggande rättigheter och värdigheter (Övreidee, 2002). I studien har de yrkesetiska principerna tagits hänsyn till under hela processens gång. Deltagarna blev meddelade om tystnadsplikt i det brev de inledningsvis fick skickat till sig. De blev även informerade om syftet med undersökningen, att det krävdes informerat samtycke om deras medverkan och att de när som helst hade möjlighet att hoppa av studien.

De blev även meddelade om vilka som främst skulle komma att läsa uppsatsen samt att resultatet skulle återföras till personalen på HjärnHälsan.

Data från varje individ har avidentifierats i uppsatsen och de namn som står är fingerade. Deltagarna informerades om att citat skulle komma att användas från intervjuerna i uppsatsen, men att det inte skulle gå att identifiera dem för utomstående. Etiska överväganden har under processens gång diskuterats med handledare och med personal på HjärnHälsan.

RESULTAT

Då studien som tidigare beskrivits är en kvalitativ undersökning är det varje individs unika perspektiv som hamnar i fokus (Kvale, 1997). Exakt antal personer kommer inte att anges i texten, utan mängduttryck används för att skapa någon slags uppfattning om hur utsagorna formulerades av intervjupersonerna. För det totala antalet intervjupersoner, sju stycken, används uttrycket alla, för fem – sex personer används uttrycken de flesta eller nästan alla, tre – fyra personer beskrivs som flera eller några och för en – två personer används ett par eller någon.

Resultatet presenteras genom de övergripande teman som har kommit fram i det sjunde steget i analysen. De övergripande teman inleds var och en med en beskrivning på vad de innefattar, därefter kommer belysande citat som valts ut då de är representativa för temat. För att undvika onödiga upprepningar kommer inte varje intervjuperson att citeras under varje tema, utan talande exempel som i största möjliga mån täcker alla aspekter av intervjupersonernas upplevelser har valts ut. Resultatet presenteras i fem övergripande teman. Det första handlar om de förväntningar intervjupersonerna hade på behandlingen. Det andra gäller den allmänna upplevelsen av behandlingen och med det menas hur deltagarna upplevde själva innehållet i behandlingen. Det tredje temat behandlar deltagarnas upplevelse av behandlingens struktur, alltså själva formen eller de olika delarna i behandlingen. Det fjärde handlar om anledning till att de valde att avsluta eller fortsätta behandlingen och det femte och sista temat gäller vilken effekt den har haft i vardagen. Ett par av intervjupersonerna har enbart gått i behandlingen några gånger och har därför inte kunnat uttala sig om alla frågor.

Förväntningar

Här ingår de förväntningar intervjupersonerna hade innan de påbörjade behandlingen. Förväntningarna skilde sig åt mellan personerna, vissa hade inga speciella förväntningar, medan andra var mycket positivt inställda och hade höga förväntningar på den. Några såg t ex möjligheten att träffa andra människor med liknande problem som positivt. Det var ingen som uttalade sig i negativa termer.

”Jag hoppades på att kunna träffa andra som också har svårigheter och prata med dem.” (Margareta)

”[---]jag hade väldigt höga förväntningar [---] trodde att det skulle bli precis det [---] jag hade frågat efter.” (Karin)

Även om man inte hade några speciella förväntningar fanns det ändå en positiv känsla kring behandlingen.

”[---] inga uttalade förväntningar så, utan en positiv känsla av att det nog kommer kännas bra och att det kommer ge mig positiva saker [---] jag tror det skulle hjälpa mig och just att träffa andra människor med samma problem”. (Anna)

Allmän upplevelse av behandlingen

Intervjupersonerna berättade om hur de upplevde behandlingen, både det de tyckte fungerade och det de inte tyckte fungerade med den. De talade även om vad de eventuellt ville förändra samt gjorde jämförelser med individuell behandling.

Upplevelse av vad som fungerar och inte fungerar i behandlingen. Nästan alla intervjupersonerna såg det som en trygghet och styrka att sitta många människor tillsammans. De tog upp olika sidor av behandlingen som positiv, t ex att den gav dem verktyg att lättare handskas med sina problem, eller att det var speciellt bra att den erbjöd ett så brett utbud under de få timmar den varade. En person hade dock inte samma positiva upplevelse av behandlingen som de andra, då den inte svarade mot hennes förväntningar. Denna person är den enda som tyckte att det faktum att deltagarna hade olika problematik, enbart var negativ. Vad gäller de faktorer som inte fungerade i behandlingen tyckte någon att det inte gavs tid till

uppföljning av hemuppgifter och t o m att det därför var meningslöst att göra dem. Flera av personerna uttryckte det som svårt att hålla en enhetlig linje när det var många personer med olika problem, de kände inte igen sig i det andra tog upp och individen försvann lite. En person ansåg att det kunde vara svårt att hantera en situation där någon annan i gruppen mådde väldigt dåligt.

Fungerar

”[---] man får lite mera verktyg att handskas med sina demoner [---] Det som jag tycker varit ganska fantastiskt med behandlingen är att det har varit ett så brett utbud. Ja, att man har kunnat gå igenom så pass mycket olika saker som ändå hör ihop med det här sociala livet och att man ändå bara har haft några timmar på tisdagarna till sitt förfogande.” (Kerstin)

Känslan av att man inte är ensam framhölls av många av intervjupersonerna.

”[---] det är rätt så givande att se andra människors problem, hur de beskriver sånt som jag inte alls har problem med, men de beskriver det på samma sätt som jag har beskrivit mina problem [---] Det vill jag gärna poängtera det där, just att man får se andra människors, hur de gör samma sak med andra problem. Det har varit väldigt nyttigt.” (Kristoffer)

”[---] det har inte varit det som är mina problem ännu [---] samtidigt tycker jag att det känns värt det och jag har sett fram emot att gå dit [---] någon slags lättnad över att man inte är ensam” (Anna)

”[---] just det att där är folk som pratar om samma problem och just det med olika synvinklar och så också. Det är ju också en aha-upplevelse. Man är inte ensam” (Sara)

”Vi fick göra en övning där vi skulle stirra varandra i ögonen, det var jobbigt men av någon anledning lyckades man ändå och det gjorde den andre med som man satt och stirrade på. [---] Det var jobbigt men det var lite lustigt för man blev uppmärksam på att det fanns en person till, man kände de är också här av en anledning, man är inte här själv, så det var en rätt häftig upplevelse fast att den var jobbig.” (Margareta)

Gruppen tillät även en hög grad av acceptans.

”Man känner sig delaktig i ett gäng, det känns tryggt [---] känner man att man är ledsen så är det ok [---] det finns en acceptans av varandra där.” (Mats)

”Det var strax innan jul och vi satte oss i en ring och började prata om, jag minns inte riktigt vad vi pratade om, men det var tre stycken i gruppen som blev väldigt ledsna och började gråta och gruppen reagerade inte på något konstigt sätt det kändes som det var fullt acceptabelt att sitta och gråta och vara ledsen. Så det minns jag väldigt starkt och varför jag minns det är för att det blev mycket känslor i ringen och när vi plötsligt slutade och gick åt var sitt håll [---] jag tyckte det kändes jättekonstigt.” (Mats)

Fungerar inte

”Det ger inte lika mycket när människor som inte delar samma problem lyssnar, jag kände inte igen mig [---] så jag fick inte ut något extra ur gruppen.” (Karin)

”Det som inte funkade, det är att man kommer till en träff och så pratar man om någonting och så får man någon typ av hemuppgift [---] och sen rinner det ut i sanden.” (Margareta)

”[---] det är svårt att ha en grupp på 10 – 15 personer där alla har sina olika problem [---] det är svårt att hålla en enhetlig linje, det flummar gärna ut [---] det kan bli lite för fokuserat på vissa personers problem [---] problemet rör inte mig” (Mats)

”[---] om det är någon som t ex mår jättedåligt och sen ändå går dit där och börjar prata om hur dåligt den mår [---] då är det jobbigt för att vi som sitter där i helhet som grupp kan inte riktigt hantera den situationen [---] Då blir det helt plötsligt, den personens problem blir mitt problem och då måste jag försöka lösa problemet åt den här personen och det hjälper ju inte mig, det stjälper mig istället” (Sara)

Tänkbara förändringar av behandlingen. Det fanns inget specifikt som alla eller många av intervjupersonerna tyckte borde förändras, istället fanns det olika saker som ett par av dem tog upp att de önskade förändra, antingen genom att utöka momentet eller ta bort det. Åsikterna om de olika delmomenten skiljde sig åt. Vad gäller mindfulness var det en person

som skulle vilja ha mer av det momentet medan två personer inte riktigt fick ut något av det. Någon av intervjupersonerna tog upp nackdelarna med parsamtal och tyckte att de kan leda till att man öppnar upp sig för mycket och att de därför eventuellt skulle kunna tas bort, medan andra skulle vilja vara uppdelade i två eller tre grupper redan från början där man håller kvar ett tema några gånger. Ett par personer tog som tidigare nämnts upp det faktum att det inte skedde någon direkt uppföljning på hemuppgifterna och önskade en förbättring av detta samt att de borde bli mer individriktade. En person förväntade sig något annat av behandlingen och tyckte därför att många saker borde förändras för att det skulle kunna passa henne. Hon ville ha färre deltagare och samma personer vid varje tillfälle. Det skulle även vara personer med samma problematik som man kunde sitta och diskutera med och få tips av. Hon skulle även vilja ha haft mer uppföljning på det hon gjorde.

”[---] (mindfulness) är väl bra för de det fungerar för [---] men jag är för rastlös person av mig [---] hade kunnat vara (kortare) eller så hade de kunnat ta bort den helt och hållet.” (Sara)

”Jag skulle vilja ha mer fokus på tankar och sådär, hur man förhåller sig till dem [---] hur man får distans så att man inte går upp i sina problem [---] där kommer vi in på en del viktiga saker tycker jag, jag skulle vilja ha mer av det. Mer mindfulness, mer träna på det där.” (Kristoffer)

Sara ville att psykologerna skulle vara mer uppmärksamma och se till att alla gruppedlemmar kände sig bekväma i de olika konstellationer de satt i.

”Nackdelarna är väl, kan jag känna ibland, att jag kanske öppnar mig lite för mycket och blir för privat [---] det blir liksom obekvämt/men samtidigt, det finns ju ingen mer än en själv som kan bromsa det heller, så det är väl lite på gott och ont.” (Sara)

”[---] de kan ha tre grupper varje gång med olika problem och kan man [---] försöka behålla dem några gånger (vore det bra) [---] jag skötte inte hemuppgifterna och det är ju inte varje gång det är något som jag kan använda mig av [---] Jag behöver ”nu ska du göra det och det” (Margareta)

Karin, som hoppade av behandlingen p g a att hon inte var nöjd, hade velat ha en helt annan sorts behandling.

”(Tycker du det är något som bör förändras?) Ja, färre deltagare, alltså att det var en liten grupp och att samma deltagare kom varje gång [---] att man kan diskutera i gruppen och få tips [---] att det är människor i samma situation [---] att man liksom kan få mer personliga råd.” (Karin)

Jämförelse med individuell behandling. Tre av personerna hade erfarenhet av annan behandling och de gick samtidigt i individualterapi. Ett par av dem upplevde att de blev mer hjälpta av individualterapin medan den tredje tyckte att hon fick ut olika saker ur de båda terapiformerna. De andra har inte själva haft erfarenhet av annan behandling, men när de tänkte sig in i en sådan situation beskrev de den ungefär på samma sätt som de andra.

”Det jag upplever som allra bäst, det är kanske den individuella kontakten som jag har med en av psykologerna (i individualterapi) [---] om man ska ta det i procent, så kanske 30 – 40 % av det positiva kommer från gruppen och 60 – 70 % någonstans där från den individuella [---] jag kan säga att gruppterapin var A-kursen och är fortfarande det, nu går jag B-kursen samtidigt.” (Kristoffer)

”Nackdelarna är väl när jag sitter med min psykolog att jag får ju ett utbyte, men det blir individualiserat och bara pekat på mig hela tiden [---] På något sätt känns det väldigt ensamt (i individualterapi) [---] På de grejer jag känner mig otrygg på kan jag sitta och lyssna i gruppen. Jag kan liksom gömma undan mig lite sådär i bakgrunden. Hos psykologen så är ju allting öppet [---] Jag tror att hade jag bara haft det ena eller haft det andra, då hade jag nog inte kommit lika långt lika fort” (Sara)

Anna och Kerstin har inte gått i annan behandling, men de beskriver det på liknande sätt som de andra.

”[---] ja, fördelarna är väl (med grupp) att man delar problem gemensamt [---] och känner man sig kymig den dagen så kan man dra sig undan lite [---] man renodlar på något sätt vad ens bekymmer är (i individualterapi), så det kan vara bra att fortsätta enskilt” (Anna)

”[---] när man har en individuell terapi har man ju oftast lite längre tid [---] man kanske kommer lite längre och djupare än vad man kan göra i en grupp men å andra sidan har ju den här gruppen erbjudit viss tid för individuell rådgivning [---] Risken med enskild terapi är kanske att man tjarar in sig i ett hörn även då det stackars proffset försöker knuffa ut dig från det hörnet” (Kerstin)

Upplevelse av behandlingens struktur

Intervjupersonerna berättade om hur de upplevde behandlingens öppna form, t ex att man kunde komma och gå som man ville mellan och under sessionerna, eller att gruppdeltagarna hade olika problematik, samt vad de tyckte om de olika delmomenten och personalen på HjärnHälsan.

Öppen form. Nästan alla intervjupersoner tyckte att det var bra med den öppna formen, att det avdramatiserade processen. Endast en var negativ till det.

”[---] om det hade funnits att man måste närvara så tror jag inte att det hade funkade på oss [---] det skulle bli tvång [---] man kan ju inte tvinga de människorna som går på HjärnHälsan att komma dit, det är ju viljan, deras vilja som är där som ska styra [---] man kan också välja att inte gå dit överhuvudtaget om man vet att det är ett ämne som inte är något för mig [---] på så vis är det väldigt öppet, det känns inte som ett tvång” (Mats)

Den öppna formen beskrevs av flera deltagare som att den tog bort känslan av tvång och att det ökade tillgängligheten.

”[---] jag tycker att det är bra [---] det avdramatiserar det lite” (Anna)

”Jag tror att det är ganska bra för dels är det säkert ganska många som kanske bara behöver det här stödet en viss period och sen kan det ju vara så att många har ett sådant blandat liv att det är svårt att avsätta tid varje tisdag.” (Kerstin)

”[---] tycker jag är skönt, just det att kan man inte någon gång så finns det alltid så att man kan följa via Internet om man känner att det är något man vill fortsätta med och jag tror inte att själva upplägget skulle fungera om det inte fick cirkulera människor [---] Jag tror att om vi hade suttit uppdelade alla i grupper med samma diagnoser, så hade vi inte kommit så långt heller.” (Sara)

Karin upplevde det som negativt att behandlingsformen är öppen.

”[---] jag (blev) väldigt förvånad när det ramlade in massor med människor och jag vet ju inte deras bakgrund eller vad deras problematik var [---] så kändes det för mig att det var alldeles för stort på något sätt och att det inte var samma personer som man liksom lär känna lite, eller vad man ska säga.” (Karin)

Olika problematik. De flesta tyckte att det var positivt att det var människor med olika problematik i gruppen. Genom att se att det fanns andra människor i liknande situation gav det perspektiv åt det egna problemet. Ett par personer tyckte dock att det kunde finnas svårigheter med att gruppen var sammansatt av individer med olika sorters problem eftersom det var svårt att hålla en enhetlig linje med många personer.

”Jag ser nog bara fördelar (med det) [---] det avdramatiserar det lite [---] man breddar sitt synfält och hur olika man kan må, man får perspektiv på sig själv” (Anna)

Insikten att man slåss med olika problem, men på likartat sätt kunde bli en aha-upplevelse.

”Det var specifikt en gång faktiskt när vi pratade om en grej på ett viss sätt som det var en person som jag märkte att det var jobbigt för och det var först då jag förstod liksom att, oj, så har jag inte insett det innan. [---] Man kanske kan fokusera mer på det där, eller lyfta fram det mer. Man gör samma sak (med) olika problem.”
(Kristoffer)

”[---] så tänker man, jaha, jag är inte ensam [---] Ja, det känns lite som en lättnad, att oh ja, det har inte jag problem med” (Margareta)

”Vi slåss ju med likartade problem många gånger även om vi har olika etiketter [---] så därför kan det vara ett givande och tagande [---] man lär sig alltid i mänsklig samvaro” (Kerstin)

”Jag ser nog bara fördelar.. man breddar sitt synfält och hur olika man kan må, man får perspektiv på sig själv”. (Anna)

Karin ville hellre gå i en grupp med individer med likartad problematik.

”[---] jag känner också att det skulle vara personer som sitter i samma situation [---] det känns nästan som en förutsättning” (Karin)

Delmoment. Intervjupersonerna uttryckte hur de tänker kring de olika delarna som ingår i behandlingen. Uppfattningarna kring mindfulness skiljde sig mycket som tidigare nämnts, då ett par fann övningarna för långa och kanske t o m skulle tas bort, en person tyckte inte att hon kunde ta till sig dem, medan andra tyckte att de är mycket bra och t o m ville förlänga dem. Vad gäller parsamtal skiljde sig åsikterna också åt, men de flesta var positiva och tyckte bl a att det både kunde ge riktiga aha-upplevelser och på andra sätt vara värdefullt, men att det inte fungerade efter sitt syfte. Någon nämnde inte parsamtalen medan en person däremot kunde tänka sig att ta bort det. När det gäller smågruppsformatet var nästan alla positiva, men en tyckte samtidigt att det var svårt att ta till sig det medan en annan upplevde uppdelningen av alla olika moment som stressande. En person var helt negativt inställd till det. Vad gäller erbjudandet om psykologkontakt så uttrycktes det också skilda tankar bland intervjupersonerna, en person nämnde det inte, några var positiva, ett par hade inte använt sig av momentet medan en person var negativt inställd till det nuvarande formatet.

Mindfulness

”[---] det är väldigt behagligt [---] det lägger en bra start i gruppen, alla samlas runt det här [---] man stänger av och småpratet försvinner” (Anna)

”Man samlar sig, man känner närheten av dem som är i rummet, så det känns på något sätt att man är i ett skyddat område.” (Mats)

”Det är väl bra för de det fungerar för [---] men jag är för rastlös person av mig [---] hade kunnat vara (kortare) eller så hade de kunnat ta bort den helt och hållet” (Sara)

”[---] det har inte jag kunnat ta till mig än. Än så länge har jag inte haft någon användning av det” (Margareta)

Parsamtal

Parsamtalet gav möjlighet för deltagarna att komma i direkt kontakt med andra människors problem och både känna att man blev hjälpt och att man kunde hjälpa någon annan.

”Det var väl första gången, då när jag hamnade [---] i parsamtalet med den här mannen [---] Vi fann varann direkt och kunde identifiera samma problem med ensamhet och så [---] Det är det vi skrattar och gråter åt, att vi har funnit varandra och att vi har liksom som en våg mellan oss, en jämn balansgång [---] Det är en jättehärlig känsla” (Sara)

”[---] mer input än om [---] man pratade med någon som är professionell eftersom man står lite på samma nivå och kanske slåss med samma demoner [---] man får en bekräftelse på att man är inte ensam och bara det i sig kan vara ganska uppmuntrande” (Kerstin)

”[---] det har inte funkat att man ska prata om sina tekniker, det har inte funkat med någon som jag har pratat med [---] man hittar personer som upplevt samma sak och med samma bakgrund till att det händer, och det är värdefullt i sig” (Anna)

”Det kan vara jobbigt, om man mår lite sämre så kan det vara väldigt jobbigt [---] Det känns som man lämnar ut sig själv [---] det kan vara lätt att ta en lyssnarroll [---] sitter jag där så ska det ju handla om mig.” (Mats)

Smågrupper

”[---] jag skulle vilja klona mig, jag vill vara med i båda [---] de senaste gångerna har vi haft givande små diskussioner [---] man får olika infallsvinklar från olika människor och känner igen sig och man utvecklar sina egna tankar [---] det är lite

som att vara tillbaka i skolan när grupparbetena är som bäst [---] vi gör det tillsammans och man kan lära sig av varandra” (Kerstin)

”Jag ser det som väldigt positivt med de här diskussionsgrupperna och att man får välja och att de har gjort så att man fyra tisdagar med samma ämne, det blir mer fördjupat” (Mats)

”Jag blev lite besviken för jag klarar inte av att öppna upp mig i en storgrupp [---] Men det har ändrat sig efter hand.” (Margareta)

”Det tycker jag är jättebra [---] samtidigt kan jag känna att det blir lite rörigt också för först ska man sitta där allihop och ha mindfulness och sen ska man sitta i två och tvåpartssamtal och sen helt plötsligt så ska man dela hela gruppen [---] För mig är det ett väldigt stressmoment.” (Sara)

”[---] det är vem som helst som bara dyker upp [---] inte så inriktat på mig [---] som jag behöver” (Karin)

Individuellt samtal med psykolog

”Det tycker jag är jättebra [---] Jag har tagit det som ett verktyg att komma vidare [---] något specifikt problem jag har tagit upp och sen har jag fått bolla lite med det där då [---] Det är väldigt genomtänkt att ge den möjligheten.” (Kerstin)

Även om inte alla har använt sig av psykologerbjudandet ansåg de det vara positivt att möjligheten finns.

”[---] har faktiskt inte (använt det). Jag går kvar i psykologkontakt en gång i veckan, så jag tycker att det, det räcker” (Sara)

”Jag gick ju aldrig in till någon av psykologerna, för det kändes ju som att det var så många som stod på kö [---] där är så många människor [---] som ville prata [---] så jag hoppade det” (Karin)

Personal. I stort sett var alla positivt inställda till personalen på Hjärnhälsan. En person var mer neutral medan två personer inte berörde ämnet.

”[---] de (är) väldigt förstående de som är där [---] och kunniga också, mycket.”

(Kristoffer)

”De som har hållit i det här tycker jag har gjort det jättebra, alltså när de står och informerar om olika saker, det tycker jag är bra, att de tar upp lite information eller fakta. Det är också en viktig del. Om hur människan funkar så man kan förstå lite mer.” (Margareta)

”[---] (läkarna) är jättebra [---](psykologerna är) lika bra och duktiga” (Kerstin)

Att avsluta eller fortsätta behandlingen

Som tidigare nämnts hålls ett samtal efter att en person har gått i behandlingen tio gånger, för att bedöma om personen ska fortsätta eller inte. Flera av intervjupersonerna har fortsatt efter de första tio gångerna och endast en person hoppade av efter två – tre gånger. Ett par personer hade gått få gånger och därför inte uttalat sig om detta. De som har valt att fortsätta gjorde det för att de tyckte att det var en trygghet och blev en rutin. En person hoppade av efter att hon gick drygt tio gånger på praktiska omständigheter och en person hoppade av för att hon inte var nöjd med gruppen.

”Det är en trygghet och att få rutin i vardagen [---] det är trevligt att komma dit, det kan vara svårt annars att komma ut i samhälle med det sociala om man inte är så väldigt social person, så det är lätt att man hamnar utanför och det är inte så lätt att ta sig tillbaka och då har man Hjärnhälsan som en hjälp” (Mats)

”Efter ett visst antal gånger [---] verkar det vara så att man upprätthåller problemet snarare [---] där finns en gräns, men jag upplever ju att jag inte passar in i den statistiken. Man kan inte passa in i en mall på alla människor.” (Kristoffer)

Karin var som tidigare nämnts den enda intervjuade som hoppade av på grund av missnöje.

”[---] det hela baserades på att det var inte det jag hade tänkt mig [---] Så jag fick inte ut något [---] ur gruppen” (Karin)

Behandlingseffekt i vardagen

En person kunde inte bedöma om det har blivit någon effekt i vardagen då hon ansåg sig ha gått få gånger och hennes problematik inte hade berörts än. Den person som hoppade av i ett tidigt skede hann inte heller märka någon effekt i vardagen, i övrigt upplevde sig intervjupersonerna på olika sätt ha blivit hjälpta av behandlingen.

”(Innan behandlingen) då hade jag svårt att handla och åka buss och träffa, ja ringa min pappa [---] så det var väldigt mycket vardagsångest för allt möjligt och när jag kom med i gruppen där och fick prata, då blev det bättre [---] den där grundångesten försvann bara av att få vara med i ett sammanhang och träffa andra människor.”

(Kristoffer)

Förutom konkreta förändringar ute i vardagen tog intervjupersonerna även upp förändringar i tankar och känslor.

”[---] man har öppnat sinnet lite mer, man är inte så självfokuserad.” (Margareta)

”Ja, jag har ju lärt mig dels att kontrollera [---] tankarna [---] i mån de får utlopp i [---] vardagen, så är det inte säkert att jag säger det eller reagerar på en tanke utan jag har lärt mig att lägga den till sidan och eventuellt helt bortse från den/så skulle du fråga min bästa vän så skulle hon nog säga att den här Tisdagsgruppen har varit bra för Kerstin, för hon har blivit lättare att handskas med” (Kerstin)

”[---] bättre självförtroende tror jag [---] jag tror mer på mig själv än jag gjorde innan [---] det handlar ju om att kunna röra sig ute i samhället” (Mats)

”Jag har blivit lugnare, jag stannar upp mer och tänker efter [---] Jag får inte lika lätt ångest över grejer [---] Jag har lärt mig att bromsa upp, stanna och tänka efter ”hur ska jag hantera det här?”” (Sara)

DISKUSSION

Diskussionen inleds med en övergripande sammanfattning av resultatet. Därefter sammanfattas varje tema för sig kopplad till teori med författarnas tankegångar och slutsatser. Sedan ges en översikt över vad resultatet har visat. Avslutningsvis följer en diskussion kring studiens tillförlitlighet samt förslag till vidare forskning.

Resultatdiskussion

Syftet med undersökningen var som tidigare nämnts att utifrån deltagarnas egna berättelser utforska hur de upplever behandlingen de går eller har gått på HjärnHälsan samt vad de tycker har fungerat respektive inte fungerat. Studien har utgått från tre frågeställningar. Huvudfokus ligger på hur intervjupersonerna upplevde behandlingen, och däri ligger vad de har upplevt som verksamt respektive inte verksamt i behandlingen samt hur de upplever det som skiljer den här behandlingen från traditionell KBT-gruppbehandling.

Sammantaget kan man säga att intervjupersonerna har varit mycket nöjda med behandlingen och att den har hjälpt dem i vardagen i högre eller lägre grad. Däremot skiljde sig upplevelserna om vad som fungerade respektive inte fungerade mellan deltagarna. Personerna nämnde även olika faktorer och moment som betydelsefulla för just dem.

Ursprungligen var tanken som tidigare nämnts att göra en jämförelse mellan individer som hoppat av behandlingen i ett tidigt skede med individer som har fullföljt den. Denna utgångspunkt hade författarna tyckt vara intressant att undersöka då åsikterna förmodligen hade varit ännu mer varierade. Under intervjuernas gång visade det sig dock att de personer som valts ut för att de endast gått i behandling vid några tillfällen ändå ämnade fortsätta den. Det har i efterhand också visat sig vara mycket få personer som har hoppat av behandlingen sedan dess start i augusti 2008, vilket författarna bedömer som ett tecken på att deltagarna generellt sett är nöjda med den. Av de intervjuade var det endast en person som har hoppat av behandlingen i ett tidigt skede p g a att den inte passade henne. Detta gör att hennes åsikter skiljer sig en hel del ifrån de andra intervjupersonerna som är mer nöjda med behandlingen.

Förväntningar. Förväntningarna hos intervjupersonerna skilde sig åt, men det fanns inte några negativa förväntningar. Detta är inte förvånande då det inte är sannolikt att man påbörjar en behandling man inte tror kommer att fungera. Samtidigt kan man ha olika

inställningar beroende på vem man är som person, erfarenhet och liknande. Deltagarna var antingen mycket positiva inför behandlingen eller mer neutrala. Om individen har en positiv förväntan på det som ska komma ökar chansen att behandlingsutfallet också blir positivt (Bieling et al., 2008). Det är dock svårt att uttala sig om behandlingsresultatet kommer att bli positivt för deltagarna eftersom de flesta fortfarande deltar i behandlingen. Vid intervju tillfällena har det framkommit att nästan alla deltagare redan känner sig hjälpta, vilket kan ses som ett gott tecken på behandlingens verkan.

Allmän upplevelse av behandlingen. Deltagarnas upplevelser skilde sig åt. När det gäller de faktorer som de upplevt som positiva i behandlingen är det många som tar upp samhörigheten med varandra som viktig, det ger en känsla av trygghet och styrka. Att de får möta och se andra människor kämpa med sina problem ger också känslan av att de inte är ensamma. Detta är något som stämmer väl överens med forskningen (Bieling et al., 2008, Sandahl, 2008). Författarna tycker att detta är rimligt då risken är att när en person mår dåligt kan det sociala livet begränsas och individen isolerar sig med sina problem. Att komma in i ett sammanhang gör att problemen normaliseras. Genom att individen ser att det går att få hjälp, t ex då man ser att en annan person hjälps av en viss teknik eller intervention ökar förmodligen tilltron till att bli bättre själv.

Ett par personer tycker att de hade blivit hjälpta av behandlingen då det ger dem verktyg att handskas med sina problem. Utbudet har varit brett och de har hunnit gå igenom mycket under sessionerna. Den manualbaserade behandling som Tisdagsgruppen till viss del tar material från innefattar många olika tekniker och moment (Erickson, 2000). Det ökar chansen att varje gruppmedlem kan finna något som fungerar för just honom eller henne.

Ett par intervjupersoner ansåg inte att det gavs tillräcklig tid att gå igenom hemuppgifterna. Därför tyckte en av dem t o m att de var meningslösa. Forskning visar att samband mellan hemuppgifter och behandlingsutfall är måttligt ($r=.36$), enligt psykologiska mått mätt, d v s det finns ett visst samband däremellan. Det är därför av vikt att man tar hemuppgifterna på allvar. Det är gruppterapeutens uppgift att gå igenom och uppmuntra utförandet av hemuppgifter (Free, 2005) och tar inte gruppledaren hemuppgifterna på allvar är risken att inte heller deltagarna gör det. I Tisdagsgruppen har det framkommit att planering och genomgång av hemuppgifter inte har fungerat tillräckligt bra och är något som önskas förbättras av intervjupersonerna.

Flera personer uttrycker svårigheter med att hålla en enhetlig linje i behandlingen då det ingår personer med olika problematik i gruppen. De känner ibland inte igen sig i det andra deltagare tar upp och individen försvinner lite. Annars är det endast en av intervjupersonerna som uttrycker sig helt och hållet negativt över att det är människor med olika problematik som deltar. I traditionell KBT-gruppbehandling har alla deltagare vanligtvis samma svårigheter eller problematik (Free, 2005). Detta kan öka känslan av förståelse och gör det lättare för utbyte av tankar och råd. Individerna vet helt enkelt vad de andra går igenom. Det blir därför en extra utmaning med en grupp individer med olika problematik. Behandlingen måste då bli mer generell samtidigt som deltagarna känner att de är berörda av det som tas upp.

En person nämnde att hon tyckte det var jobbigt när någon annan i gruppen mådde dåligt, då hon själv tar över den negativa känslan och känner ansvar för att hjälpa den andra personen. Får en gruppmedlem ta del av negativa upplevelser från en annan medlem är det risk för att man själv påverkas negativt av det (Bieling et al., 2008). Vi upplever att det är terapeutens uppgift att ta på sig ansvaret i en sådan situation och att t ex ha ett enskilt samtal med den berörda personen för att hon eller han ska kunna gå vidare i behandlingen.

Tänkbara förändringar av behandlingen. Det finns inget enhetligt och tydligt med behandlingen som deltagarna är missnöjda med och som de tycker bör förändras. Istället har de olika idéer om vissa saker som kan förbättras. Åsikterna om mindfulness går t ex som tidigare beskrivits isär då en person skulle vilja ha mer av det medan ett par personer däremot tycker att den kan förkortas eller tas bort. Som tidigare nämnts togs även bristen på genomgång och uppföljning av hemuppgifter upp som en negativ faktor. Ett par intervjupersoner tar upp att nackdelen med parsamtalen är att de kan göra att man öppnar upp sig för mycket. Det är gruppterapeutens ansvar att fånga upp de processer som sker i gruppen och kunna guida deltagarna åt rätt håll (Free, 2005). Att sitta i parsamtal tänker vi är just en situation där en tvingande stämning kan skapas. Därmed är det viktigt att psykologerna är aktiva och rör sig bland paren för att kunna fånga upp sådana situationer.

Ett par intervjupersoner tycker att gruppen skulle kunna vara uppdelad i två eller tre redan från början och att man i dessa grupper håller fast vid ett tema under några gånger. Antal rekommenderade gruppdeltagare brukar ligga runt åtta personer för att försäkra sig om alla medlemmars aktiva deltagande (Perris, 1996). I Tisdagsgruppen deltar mellan 15 - 20 personer vid varje tillfälle. Är gruppen för stor är det risk för att inte alla deltagare vill eller

vågar öppna upp sig. I en stor grupp försvinner också den enskilda personen lättare och terapeuten har svårare att överblicka gruppen. Att ha en stor grupp ökar dock möjligheten att dela in den i mindre grupper efter olika teman och därmed ge deltagarna tillfälle att arbeta med just det tema de önskar. Johan Holmberg berättar att de har ändrat på upplägget i Tisdagsgruppen vad gäller teman. Nu följer man ett tema under några sessioner, vilket kom fram som ett önskemål i intervjuerna.

En person var som tidigare nämnts inte nöjd med behandlingsformen. Detta då hon förväntade sig något annat. Hon ville ha en mindre grupp, med människor med samma sorts problematik och att hon fick mer uppföljning på det hon gjorde. Med andra ord var det en traditionell KBT-gruppbehandling hon efterfrågade. Här syns vikten av att ha den grundliga förberedande intervjun som förespråkas av Free (2005) för att ta reda på om personen passar för den här typen av behandling.

Jämförelse med individuell behandling. Två av de gruppdeltagare som har erfarenhet av annan behandling upplevde att de blev mer hjälpta av individualbehandling, medan den tredje får ut olika saker ur behandlingsformerna. Även de som inte hade egen erfarenhet av annan behandling föreställde sig skillnaderna mellan grupp- och individuell terapi på liknande sätt. I individualterapi ligger fokus på individen, vilket gör att det t ex blir en grundligare genomgång och uppföljning av hemuppgifter. I gruppen kan man dela problem och få mer input av andra deltagare, men det finns möjlighet att dra sig tillbaka vid behov. Samtidigt blir fokus på den egna personen mindre och det blir mindre tid per person att gå igenom t ex hemuppgifter och träna exponering, vilket ses som en nackdel med gruppterapi (Bieling et al., 2008). I Tisdagsgruppen erbjuds möjlighet till individualkontakt efter varje session, vilket är ovanligt i traditionell gruppbehandling. Momentet upplevs som positivt av de intervjupersoner som har utnyttjat det, men även de andra tycker att det är bra att möjligheten finns.

Upplevelse av behandlingens struktur

Öppen form. Nästan alla deltagare var positiva till den öppna formen på behandlingen, dvs att deltagarna kunde komma och gå som de ville under och mellan sessionerna. Det avdramatiserade processen och gjorde att det inte kändes som ett tvång. Endast en person var missnöjd med den öppna formen. Traditionell KBT kännetecknas av en strikt struktur (Andersson & Mörtberg, 2008) där det inte finns möjlighet att gå med eller sluta i en pågående grupp (Bieling et al., 2008). Genom en stor känsla av trygghet och mindre känsla av

störningar, t ex i form av avhopp ökar sammanhållningen i gruppen (Sandahl, 2008). Det är intressant att de flesta av deltagarna dock tyckte att denna öppnare behandlingsform var positiv eftersom det motsäger den traditionella synen på hur KBT ska bedrivas. I detta sammanhang får man ha i åtanke att det endast har skett ett fåtal avhopp från gruppen och även att deltagarna i stort har närvarat under hela sessionerna och vid varje tillfälle. Därmed har inte processen störts i någon högre grad. Hade det kommit och gått människor under sessionernas gång är det risk för att deltagarna hade blivit störda och det finns även en risk för att individen själv missar något som är essentiellt för honom eller henne. Genom att möjligheten finns minskar känslan av tvång och individen kan känna sig fri att själv välja om han eller hon ska delta. Detta tror vi resulterar i att de väljer att stanna kvar och därmed blir mer aktiva aktörer i sin behandling.

Olika problematik. Nästan alla tyckte att det var positivt att gruppdeltagarna har olika former av problematik. Det ger perspektiv åt de egna svårigheterna och ger möjlighet att se att andra människor befinner sig i liknande situationer. Även här skiljer sig intervjupersonernas åsikter från hur det ser ut i traditionell KBT-behandling i grupp. Där arbetar man med specifika problem och gruppmedlemmarna måste ha den diagnos gruppbehandlingen inriktar sig på (Free, 2005). Intervjupersonerna tycks snarare se det som positivt att även om de inte delar de exakta problemen så kan de känna igen sig i reaktionerna och hur det känns inom dem. I grupper som är mer heterogena vad gäller problematik är chansen större att aktivitetsnivån är hög och medlemmarna får möjlighet att ta del av problem de annars kanske hade varit omedvetna om (Perris, 1996). Det ses alltså som en fördel att människor med skild problematik ändå kan lära sig av varandra och det är något som det ges uttryck för även i Tisdagsgruppen. Problem kan kännas som mer generella och det blir mer tydligt att vem som helst kan drabbas av dem.

Delmoment. Åsikterna kring mindfulness skiljer sig då vissa tycker att det är jättebra och vill förlänga det, medan andra inte kan ta det till sig och vill förkorta eller kanske t o m ta bort momentet. De som finner mindfulness positivt upplever att det är behagligt och en bra start på sessionen, att det samlar gruppen. Alla människor är inte lika mottagliga för avslappningsövningar och även om man tycker att det är behagligt och avslappnande vet vi inte vad det har för effekt på individens symtom och funktion (Kåver, 2006). De flesta deltagarna är ändå nöjda med detta inslag och ser man det som ett positivt moment är det också troligare att man blir hjälpt av det. Positivt med Tisdagsgruppen är att deltagarna kan

välja vilka delar av behandlingen de vill delta i. Upplever personen att ett moment inte passar eller att han eller hon inte blir hjälpt av det behöver personen alltså inte närvara.

Även vad gäller parsamtal skiljer sig åsikterna något åt. De flesta är förhållandevis positiva, känslan av att hitta personer som har upplevt samma sak gör att individen känner sig mindre ensam. Det har dock även uttryckts att det inte fungerar enligt sitt syfte som är att diskutera tekniker och beteendeförändringar under veckan. Endast en person tycker att det kan tas bort då det är lätt att man lämnar ut sig för mycket samt att individen kan hamna i en passiv lyssnarroll. Här är det åter viktigt att terapeuten har överblick över vad som sker i gruppen och att deltagarna känner sig trygga i det som sker. Detta pågår att det utbyte som finns mellan gruppmedlemmarna i sig har en terapeutisk faktor (Sandahl, 2008). Som vi tidigare nämnt kan en situation då man sitter två och två skapa en stämning där deltagaren känner sig pressad att vara personlig vilket kan skapa en känsla av att hon eller han har lämnat ut sig för mycket, något terapeuten måste fånga upp. Dessutom är det viktigt att samtalen verkligen rör sig kring det de är ämnade för, i det här fallet diskussion kring beteende. Om inte syftet uppnås, men ändå uppfattas som värdefullt kanske innehållsbeskrivningen av det momentet borde ändras.

Nästan alla är positivt inställda till smågruppsformatet. Endast en person är negativ till det, medan en tycker att de upprepade delningarna av gruppen under dagens session kan utgöra ett stressmoment. De som upplever smågrupperna som positiva tycker att diskussionerna är givande, det ger olika infallsvinklar från olika människor och det utvecklar de egna tankarna. De ser det även som positivt att de själva får välja det ämne de vill diskutera och att dessa ämnen hålls kvar under flera sessioner, vilket gör att de blir mer fördjupade. Traditionella KBT-grupper är mindre och alla diskuterar samma ämne. Därmed delas inte de upp på samma sätt som Tisdagsgruppen. Eftersom rekommenderat antal gruppmedlemmar är åtta personer i traditionell KBT-gruppbehandling, ges deltagare en bättre möjlighet att yttra sig (Perris, 2005). Därmed är smågrupperna ett viktigt inslag i Tisdagsgruppen. Vi tror även att det är lättare att våga öppna upp sig när gruppen inte är för stor.

Möjligheten till individualsamtal upplevdes som positiv av många, ändå är det flera som inte har använt sig av erbjudandet. Vår tolkning av detta är att deltagarna antingen inte har ork att stanna kvar och prata efter en intensiv session eller att de tycker att det är för kort tid för att diskutera det de tycker är svårt. Även här är det kanske själva möjligheten att kunna använda

sig av individualkontakt som är det positiva och ses som en trygghet, snarare än att använda själva erbjudandet.

Personal. De flesta intervjupersoner som uttalade sig om personalen på HjärnHälsan var mycket positiva. För att behandling ska fungera är det av vikt att det finns en bra allians mellan terapeut och deltagare. De måste också känna tillit till varandra och känna att de kan samarbeta (Sandell, 2008). Det tycks alltså som att personalen på HjärnHälsan har uppnått detta. Utifrån intervjuerna var det tydligt att intervjupersonerna var nöjda både med behandling och personal, även om inte alla explicit uttryckte sig om det senare.

Att avsluta eller fortsätta behandlingen. Flera personer valde att fortsätta behandlingen efter det samtal deltagarna har med psykolog efter tio sessioner. Detta val gjorde de då de fann en trygghet i behandlingen och att det skapade en rutin i vardagen. En person gick mer än tio gånger, men har avslutat behandlingen. Endast en person avslutade den på grund av missnöje. Vi kan se det som en fara att personer som fortsätter behandlingen under lång tid riskerar att bli beroende av gruppen och vidmakthålla sina problem. Samtidigt kanske gruppen är det enda sociala sammanhang som en del gruppmedlemmar har och utgör därför en träningsmöjlighet för dem. Detta gäller framför allt vid social fobi där gruppbehandling har fler möjligheter än vid individualterapi där klienten sitter ensam med sin terapeut. Frågan är om Tisdagsgruppen blir ett substitut och hindrar individen från att komma ut i ”verkligheten”. Vetskapen om att det finns ett avslut på behandlingen, tänker vi kan tvinga individen att verkligen arbeta med sina problem på ett mer effektivt sätt för att kunna hantera sin vardag.

Behandlingseffekt i vardagen. Av de som har gått fler än tio gånger upplevde alla att de blivit hjälpta av behandlingen. Det finns mycket starkt stöd för att KBT är verksamt i flera sorters studier (Andersson & Mörtberg, 2008). Även The national institute of clinical excellence i Storbritannien har kommit fram till att KBT är det mest effektiva behandlingsalternativet för behandling av depression och ångeststörningar (Salkovskis, 2005), vilket även är huvudfokus för HjärnHälsans verksamhet. Dessa studier är dock baserade på individualterapi medan forskning inom KBT-gruppbehandling till stor del saknas. Även i Tisdagsgruppen är det svårt att säga vad det är och vilka moment som har varit verksamma för deltagarna. Det är tydligt att de har upplevt sig bli hjälpta, ibland i ett tidigt skede, men vi kan inte exakt peka på vad det är som har lett till förändringen. Dels för att vi inte frågade

specifikt efter det och dels för att intervjupersonerna inte själva är medvetna om vilket som har varit mest verksamt. Kanske är det helt enkelt delarna som tillsammans skapar framsteg.

Avslutande diskussion

Tisdagsgruppen är en modifierad form av behandling som till vissa delar bygger på traditionell KBT-gruppbehandling. Traditionella KBT-tekniker som hemuppgifter, psykoedukation, exponeringsövningar och avslappningsövningar används i behandlingen. Däremot skiljer sig formen åt på så vis att gruppen är öppen - deltagare kan komma och gå som de vill både under och mellan tillfällena. Olika former av problematik är också representerade i gruppen och urvalsproceduren är inte så strikt i den bemärkelsen att man inte tar så hårt på inklusion och exklusion. Viktigast för gruppen är att det är öppet och välkomnande. Dessutom erbjuds det individualkontakt efter varje tillfälle, vilket är ovanligt i traditionell KBT-gruppbehandling.

Risken med att inte använda sig av en grundlig förintervju i Tisdagsgruppen gör att individer som inte är lämpliga för gruppbehandling kan komma med. På HjärnHälsan är exklusionskriterierna psykos, missbruksproblematik, personlighetsstörningar och suicidbenägna individer. Urvalsprocessen är inte särskilt grundlig och det är möjligt att personer med dessa problem ändå kan slinka igenom. Däremot skapar denna inställning en öppenhet som gör att många olika sorters människor får tillgång till behandling, vilket vi ser som positivt. Att inte begränsa antalet till ca åtta personer gör också att tillgängligheten blir större och fler personer får möjlighet att arbeta med sina problem. Psykolog Johan Holmberg ser öppenhet som betydelsefullt och tillgängligheten är något som HjärnHälsan lägger stor vikt vid.

I en gruppbehandling är det bra att deltagarna har skild bakgrund i form av ålder, kön och etnicitet eftersom det skapar en mer dynamisk miljö (Bieling et al., 2008) och genom att ha skild problematik kan gruppmedlemmarna lära sig att problem kan drabba alla människor och på olika sätt. Gruppen som helhet består av personer i olika åldrar, t ex var intervjupersonerna mellan 25 och 55 år. I gruppen finns även båda könen representerade. Vi vet inte hur fördelningen ser ut i gruppen, men bland intervjupersonerna var kvinnor i majoritet. Vad gäller etnicitet tror vi att gruppen är ganska homogen då alla intervjupersoner hade svensk

bakgrund. Det kan göra att det kulturella utbytet och perspektivet går förlorat, men samtidigt kan det göra att deltagarna lättare kan identifiera sig med varandra.

Även om KBT som behandlingsform visar goda resultat vet man inte exakt vilka delar i den som är verksamma (Andersson & Mörtberg, 2008). Det finns flera faktorer som idag är utmärkande för KBT. Det är intressant att vi i intervjuerna har funnit att flera av de mer okonventionella faktorerna har uppskattats av intervjupersonerna. Framförallt den öppna formen och det faktum att det är människor med olika former av problematik har setts av deltagarna som mycket positivt. Frågan är då hur det kommer sig att man i traditionell gruppbehandling använder sig av manualbaserade gruppbehandlingar när det egentligen inte finns så mycket forskning på att just den formen av KBT-grupper är effektiv. Manualer ses som ett gott stöd för KBT-terapeuter (Najavits et al., 2000), men frågan är hur verksamma de är och hur de upplevs av klienten.

De som intervjuades var alla nöjda med sin behandling, utom en person som hoppade av efter ett par tillfällen. Vår utgångspunkt var från början att jämföra individer som fullgjort behandlingen med individer som hoppat av i förtid. Det är som vi tidigare nämnt, mycket möjligt att vi hade fått ett annat resultat med mer varierade åsikter om upplägget hade varit sådant. Hade även andra eller fler gruppmedlemmar intervjuats är det också möjligt att resultatet hade blivit annorlunda.

Studiens tillförlitlighet

Studiens syfte var att göra en utvärdering av en modifierad form av KBT-grupperapi som HjärnHälsan startade i augusti 2008. För övrigt fick författarna fria händer att utforma studien. En kvalitativ forskningsansats valdes dels då antal deltagare var för få och gruppen endast har pågått sedan augusti 2008, men framför allt då författarna upplevde det som mest intressant att undersöka varje individs unika syn på sina upplevelser. Genom halvstrukturerade intervjuer har deltagarna fått möjlighet att berätta om sina erfarenheter. I den kvalitativa forskningsansatsen anser man som tidigare nämnts det inte vara möjligt för forskaren att förhålla sig helt neutral utan det viktiga är att han eller hon är medveten om den påverkan man har på deltagarna i undersökningen (Elliott, Fischer & Rennie, 1999). Författarna valde att utföra intervjuerna separat, dels för att den intervjuade inte skulle känna sig trängd och dels på grund av tidsbrist. Däremot kan detta ha påverkat resultatet på så sätt att vi förmodligen hade olika uttrycksätt, framtoning och la olika vikt vid olika frågor. För att ändå få ett så reliabelt

resultat som möjligt, analyserades den första intervjun som tidigare nämnts tillsammans av författarna.

Då författarna använde sig av semistrukturerade frågor var huvudfrågorna förutbestämda och därmed skapade utifrån det författarna upplevde var relevant för undersökningens syfte. Andra frågor hade förmodligen gett andra svar. Däremot är det inte frågorna som är relevanta, utan snarare vart frågorna leder. Det viktigaste är att de kommer fram till relevanta områden och att de skapar ny kunskap (Kvale, 1997). Då uppdraget från HjärnHälsan var att utvärdera hur deltagarna upplevde behandlingen formulerade författarna frågor kring detta tema. Författarna valde att använda sig av semistrukturerade intervjuer eftersom de försökte fånga den mening individen skapar för sig själv. När man använder öppna frågor ökar individens frihet att prata om det som är viktigt för honom eller henne och genom att försöka fånga den mening individen skapar höjs den fenomenologiska validiteten (Sages, 2003).

Mängden intervjupersoner är i kvalitativ forskning inte det relevanta, utan fokus ligger på det de säger. Lämpligt antal intervjupersoner bestäms helt enkelt av studiens syfte (Kvale, 1997). Åtta personer bedömdes som ett relevant antal individer för att fånga flera olika perspektiv i studien. Dock kan man inte med säkerhet säga att detta urval är representativt för hela gruppen utan hade andra personer intervjuats kanske resultatet hade blivit annorlunda.

I denna studie har vi inte främst fokuserat på om deltagarna har blivit bättre av att delta i Tisdagsgruppen, utan snarare hur de upplever själva behandlingen och dess upplägg. Det är omöjligt för oss att t ex säga vilken behandlingsform det är som har varit mest verksamt för de individer som gått i individualterapi samtidigt som de har deltagit i Tisdagsgruppen. Dessutom kan andra faktorer som t ex medicinering inverka på behandlingens resultat och på deltagarnas upplevelse av att ha blivit hjälpta. Detta är inte heller något som har undersökts.

Intervjuerna utfördes på Institutionen för psykologi vid Lunds universitet, utom en som utfördes i personens hem. Författarna valde att utföra intervjuerna på universitetet istället för i HjärnHälsans lokaler då de ansåg att påverkan på intervjupersonerna blev mindre och att de därmed gavs utrymme att svara mer uppriktigt. Däremot går det inte att bortse från t ex intervjupersonernas eftersträvan efter social önskvärdhet, d v s i hög grad svarade de utifrån hur de trodde att vi eller HjärnHälsans personal ville att de skulle svara? Eftersom de flesta intervjupersonerna fortfarande deltar i behandlingen kan det finnas en oro för att kritisera

den då man är rädd för att detta ska upptäckas och ogillas av Hjärnhälsans personal. En annan kommentar angående urval är att intervjupersonerna valdes ut av psykolog Johan Holmberg som även är behandlare i Tisdagsgruppen. Detta innebär att författarna inte hade kontroll över urvalsförfarandet och risken är därför större att urvalet inte är representativt för den övriga gruppen.

Framtida forskning

Studien har visat att vissa faktorer som idag ses som icke-KBT och som t o m går emot dagens traditionella syn på hur det bör bedrivas ändå uppskattas och lyfts fram av de personer vi har talat med. Idag finns det ännu inte särskilt mycket forskning på KBT-gruppbehandling och dess verksamma faktorer. Därför vore det intressant med mer forskning inom detta område. Vi tycker att det hade varit önskvärt att från KBT-forskarnas sida vara mer öppna för att undersöka om faktorer som inte ses som sedvanliga KBT-element ändå kan ge effekt.

Målet med en gruppbehandling är naturligtvis att effekten ska vara långvarig. Därför tycker vi att det vore intressant att göra en uppföljning på denna studie, efter avslutad behandling, för att undersöka hur deltagarna ser på den retrospektivt. Slutligen hade det som tidigare nämnts varit intressant att göra en jämförelse med individer som har hoppat av gruppbehandlingen i ett tidigt skede, för att undersöka orsakerna till detta. Genom detta skulle behandlingen kunna utvecklas och bli ännu mer effektiv och verksam i framtiden.

REFERENSER

- Allwood, C. M. & Erikson, M. G. (1999). *Vetenskap för psykologi och andra samhällsvetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, G. & Mörtberg, E. (2008). Verksamma mekanismer i kognitiv och beteendeorienterad terapi. I B. Philips & R. Holmqvist (Red.). *Vad är verksamt i psykoterapi?* (ss. 68-98). Stockholm: Liber.
- Ashcraft, M. H. (2002). *Cognition*. (3. ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Beck, A. (1997). Beyond Belief: A Theory of Modes, Personality, and Psychopathology. I P. M. Salkovskis (Eds.). *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford Publications.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E. & Antony, M. M. (2008). *Kognitiv beteendeterapi i grupp*. Stockholm:Liber.
- Elliott, R., Fischer, C. T. & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215-229.
- Erickson, D. H. (2000). *Participant handbook for the anxiety management group: A 12-week series for people with anxiety and avoidance problems*. Vancouver: Vancouver Coastal Health Authority.
- Free, M. L. (2005). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. Chichester: Wiley.

- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. & Simon, K. M. (1994). *Kognitiv psykoterapi i klinisk tillämpning*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Holmqvist, R. (2008). Behandlingsrelationens betydelse för utfallet. I B. Philips & R. Holmqvist (Red.). *Vad är verksamt i psykoterapi?* (ss. 211 - 228). Stockholm: Liber.
- Kazantzis, N., Deane, F. P. & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 189-202.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling: En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Longmore, R. J. & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27(2), 173–187.
- Merrick, E. (1999). An exploration of quality in qualitative research: Are "reliability" and "validity" relevant? I M. Kopola & L. A. Suzuki (Eds.). *Using qualitative methods in psychology* (ss. 25 – 36). Thousand Oaks: Sage.
- Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, S. R. & Dierberger, A. E. (2000) Psychotherapists' Views of Treatment Manuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(4), 404-408.
- O'Haver Day, P. & Horton-Deutsch, S. (2004). Using Mindfulness-Based Therapeutic Interventions in Psychiatric Nursing Practice-Part II: Mindfulness-Based Approaches for all

- Phases of Psychotherapy - Clinical Case Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(5), 170-177.
- Passer, M. W. & Smith, R. E. (2004). *Psychology: The science of mind and behavior*. (2. ed.). New York: McGraw-Hill.
- Perris, C. (1996). *Kognitiv terapi i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Polkinghorne, D. E. (2003). Validation in physical, organic, and human realms. I J. Lindén & P. Szybek (Eds.). *Validation of knowledge claims in human science* (pp. 11-24). Lyon: L'Interdisciplinaire.
- Raue, P. J., Goldfried, M. R. & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 582-587.
- Roth, A. D. & Pilling, S. (2008). Using an evidence-based methodology to identify the competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for depression and anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 129-147.
- Sages, R. (2003). Truth as unveiling. I J. Lindén & P. Szybek (Eds.). *Validation of knowledge claims in human science* (ss. 51 - 80). Lyon: L'Interdisciplinaire.
- Salkovskis, P. (2005). Editorial: Promoting good practice in cognitive-behavioural psychotherapies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 129-130.
- Sandahl, C. (2008). Gruppens terapeutiska potential. I B. Philips & R. Holmqvist (Red.). *Vad är verksamt i psykoterapi?* (ss. 99 – 119). Stockholm: Liber.
- Sandell, R. (2008). Patienten och terapeuten, två avgörande faktorer. I B. Philips & R. Holmqvist (Red.). *Vad är verksamt i psykoterapi?* (ss. 180 – 210). Stockholm: Liber.

Sciarra, D. (1999). The role of the qualitative researcher. I M. Kopala & L. A. Suzuki (Eds.). *Using qualitative methods in psychology* (pp. 37-48). Thousand Oaks: Sage.

Smith, J. A. (1995). Semi-structured interviewing and qualitative analysis. I J. A. Smith, R. Harré & L. Van Langenhove (Eds.). *Rethinking methods in psychology* (ss. 9 - 27). London: Sage.

Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology*. Buckingham: Open University Press.

Yalom, I.D. (1995). *Theory and practise of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Øvreeide, H. (2003). *Yrkesetik i psykologiskt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

BILAGA A

Tisdagsgruppen

På tisdagar 1300-1445 med undantag för semesterperioder har vi grupper för patienter på Hjärnhälsan. Innehållet i dessa grupper skall vara anpassat för samtliga ångest- och depressionssjukdomar, och därmed vänder sig innehållet till majoriteten av patienter på mottagningen. Innehållet i gruppen och de undergrupper vi skapar kommer baseras på deltagarnas olika behov. Vi kommer ha pågående teman som löper över flera gånger.

Innehållet vid varje tillfälle ser så här:

- 1300 Samling och presentation av dagens innehåll.
- 1305 Mindfulnessmeditation alt avslappningsträning.
- 1315 Samtal två och två kring beteendeförändringar under veckan som gått. Nya deltagare samlas för speciell information.
- 1345 Uppdelning i smågrupper baserade på olika teman och olika fokus för beteendeförändringar. Vissa teman kommer sträckas över flera tillfällen.
- 1430 Utvärdering och formulering av nya målsättningar.
- 1445 Avslutning.
- 1515 Individuella besök vid behov.

Viktigt att tänka på

- Innan man deltar i denna insats föreslår vi att man tar del av någon av våra självhjälpsbehandlingar; grupperna på onsdagar 1715 eller självhjälpsboken som finns tillgänglig via vår hemsida.
- Inför första tillfället föreslår vi att du går igenom den lista på beteenden som finns beskrivna i självhjälpsboken som utgångspunkt för uppdelning i smågrupper.
- Ett deltagande i grupperna bygger på att deltagarna kan känna respekt för sin integritet. Man deltar endast med sitt förnamn och i och med deltagande förbinder man sig att inte berätta utanför gruppen vad någon annan deltagare tagit upp.
- Man kan under tiden byta mellan olika grupper beroende på vad man vill jobbar vidare med.
- Det är ok att komma för sent men då första kvarten kommer att ägnas åt mindfulnessmeditation och/eller avslappningsträning får man vänta tills detta är avslutat innan man ansluter sig till gruppen.
- Vi har för avsikt att vara lyhörda för enskilda deltagares behov men kommer inte att kunna anpassa innehållet fullständigt. Upplever man att inte ens behov blir uppmärksammade, eller att bemötandet i något avseende inte blir bra föreslår vi att man använder en enskild tid för uppföljning. Det kommer att finnas tid avsatt för detta mellan 1500 och 1600.
- På liknande sätt föreslår vi att man bokar enskild tid om man tycker sig ha fastnat och inte kommer vidare, eller om man inte vet vilka problem eller beteendeförändring som man skall inrikta sig på.
- Ett deltagande innebär också att ansvarig psykolog kommer kunna föreslå enskild uppföljning kring specifika problem som inte kan avhandlas i grupp.
- Vi föreslår att man efter tionde tillfället man deltar har en enskild uppföljning hos en av nedan angivna psykologer

Vi som leder grupperna är

Katarina Åkerlind leg. Psykolog
Björn Paxling, leg. Psykolog
Johan Holmberg leg. Psykolog

BILAGA B

Hej!

Malmö, 2009-02-20

Vi heter Christina Henriksson och Kristina Lindqvist och läser sista terminen på psykologprogrammet vid Lunds universitet. Vi håller just nu på att skriva vårt examensarbete, vilket vi gör i samarbete med Hjärnhälsan. Du får detta brev då du vid samtal med Johan Holmberg har tackat ja till medverkan i vår studie genom att ställa upp på en intervju.

Syftet med arbetet och intervjun är att göra en utvärdering och undersöka dina upplevelser av den behandlingsgrupp du har varit med i. Detta kan leda till att Hjärnhälsan kan förbättra behandlingen i framtiden.

Intervjun kommer att pågå i upp till en timme. Du kan när som helst välja att inte delta i projektet. I detta fall tar du kontakt med Johan Holmberg.

Vi har även tystnadsplikt, vilket innebär att det som sägs i intervjun behandlas så att du inte kan identifieras. När vi diskuterar intervjuerna med vår handledare på universitetet och Johan Holmberg kommer ditt namn aldrig att framgå. I uppsatsen kommer vi även att skriva på ett sätt som gör att du inte kan identifieras. Det är möjligt att vi använder citat som du känner igen som ditt eget, men det är inte möjligt för andra att göra det eftersom vi kommer att blanda citat från olika personer.

De som läser uppsatsen är i första hand psykologstudenter och personal på Hjärnhälsan. Vi kommer att kontakta dig via telefon inom kort för att bestämma tid för intervju.

Vi tycker att det ska bli spännande och intressant att ta del av dina upplevelser av behandlingen och är mycket tacksamma för din medverkan.

Med vänliga hälsningar,

Christina Henriksson och Kristina Lindqvist

BILAGA C

Frågeformulär

1. Bakgrundsfakta:
 - Ålder
 - Kön
 - Yrke/Utbildning
2. Hur kom det sig att du sökte den här behandlingsgruppen?
3. Vilka förväntningar hade du på behandlingen?
4. Hur har du upplevt behandlingen?
5. Vad tycker du har fungerat/inte fungerat i behandlingen? Är det något du hade velat förändra i den? Vad finns det för fördelar/nackdelar med den öppna formen på behandlingen, t ex att man inte behöver vara med varje gång, eller att man kan komma och gå som man vill?
6. Vilka är fördelarna/Nackdelarna med att möta olika människor som ibland har annan problematik än du själv?
7. Har behandlingen hjälpt dig i vardagen? På vilket sätt i så fall?
8. Har du genomgått tidigare behandling? Vilken typ? Om du gör en jämförelse, vilka för- och nackdelar finns det med de olika behandlingssätten?
9. Om personen har gått fler än 10 gånger – Hur kommer det sig att du valde att fortsätta att gå i behandlingsgruppen. Om personen har hoppat av – Hur kommer det sig att du valde att hoppa av?
10. Finns det någon händelse som du minns speciellt från behandlingen som du skulle vilja berätta om?
11. Är det något mer du vill berätta innan vi avslutar?