



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

"Unga kvinnor"
Fallstudier av KBT i grupp inom ramen för ett
samverkansprojekt

Pia Blecher & Madeleine Håden

Psykioterapeutexamensuppsats Vol. V (2010):09

Handledare: Lars-Gunnar Lundh
Examinator: Gardar Viborg

PST PSYKOTERAPEUTPROGRAMMET

ABSTRACT

This is an explorative qualitative study of a cognitive-behavioural group treatment (CBT) with seven young women within the framework of a larger project. The project's main objective was to get participants to start working or studying. The function of our particular treatment program was to help the participants reach this goal. Group CBT treatment included psychoeducational components as well as methods derived from applied behavioral analysis and elements of Acceptance Commitment Therapy (ACT). The CBT was also combined with separate mindfulness exercises in order to further strengthen the participants' ability to cope with discomfort. The participants filled in the Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI) at the first session, after eight sessions and 16 weeks after the start of treatment. They also responded to an evaluation questionnaire at the start and end of each individual session. A change was noted in regards to their outlook on the future and in each individual's level of activity which can be seen as increased social interaction, work, studies and regular physical exercise. The self-rating scales also indicated a clear positive change for several participants, after eight weeks and after completed treatment. One problem was the participants' irregular attendance. Results from the study must be interpreted restrictively as our treatment program was only one part of a larger project and this project was still ongoing when this paper was written, though our treatment was completed.

Key words: CBT, exposure, mindfulness, ACT, group therapy

Innehållsförteckning

Introduktion.....	6
<i>Inledning.....</i>	6
<i>Projektet Unga Kvinnor.....</i>	6
<i>Teori.....</i>	8
<i>KBT.....</i>	8
<i>Funktionell kontextualism.....</i>	8
<i>Funktionell analys.....</i>	8
<i>Exponering.....</i>	9
<i>Beteendeaktivering.....</i>	9
<i>ACT.....</i>	10
<i>Mindfulness.....</i>	10
<i>Stress.....</i>	12
<i>Sömn.....</i>	12
<i>Gruppbehandling.....</i>	13
<i>Syfte.....</i>	13
Metod.....	13
<i>Undersökingsdeltagare.....</i>	13
<i>Demografisk data.....</i>	14
<i>Mätinstrument</i>	15
<i>BAI, Beck Anxiety Inventory.....</i>	15
<i>BDI, Beck Depression Inventory.....</i>	15
<i>Egenkonstruerade frågeformulär.....</i>	16
<i>Proceduren.....</i>	16
<i>Behandlingsupplägg.....</i>	16

<i>Mindfulnessbehandling</i>	17
<i>Etiska överväganden</i>	17
Resultat.....	18
<i>Deltagarnas depressions och ångestskattningar</i>	18
<i>Deltagare Anna</i>	19
<i>Frågor inför behandlingen</i>	19
<i>Resultat Anna</i>	19
<i>Reflektioner Anna</i>	21
<i>Deltagare Doris</i>	21
<i>Frågor inför behandlingen</i>	21
<i>Resultat Doris</i>	22
<i>Reflektioner Doris</i>	23
<i>Deltagare My</i>	24
<i>Frågor inför behandlingen</i>	24
<i>Resultat My</i>	25
<i>Reflektioner My</i>	27
<i>Deltagare Magda</i>	28
<i>Frågor inför behandlingen</i>	28
<i>Resultat Magda</i>	28
<i>Reflektioner Magda</i>	29
<i>Deltagare Lena</i>	30
<i>Frågor inför behandlingen</i>	30
<i>Resultat Lena</i>	30
<i>Reflektioner Lena</i>	32
<i>Deltagare Sara</i>	33

<i>Frågor inför behandlingen</i>	33
<i>Resultat Sara</i>	34
<i>Reflektioner Sara</i>	35
<i>Deltagare Tina</i>	36
<i>Frågor inför behandlingen</i>	36
<i>Resultat Tina</i>	36
<i>Reflektioner Tina</i>	38
<i>Närvaron</i>	38
Diskussion.....	39
Referenser.....	44
Bilaga 1 Manual för upplägg i KBT-inriktad behandling	47
Bilaga 2 Fyra inledande frågor.....	51
Bilaga 3 Samtyckesblankett.....	52
Bilaga 4 Frågeformulär 1, Utvärdering av KBT.....	53
Bilaga 5 Frågeformulär 2, Utvärdering av KBT.....	54
Bilaga 6 Frågeformulär 3, Utvärdering av hela KBT-behandlingen.....	55

INTRODUKTION

Inledning

Det verkar vara stora skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män. Kvinnor löper större risk än män att bli långtidssjukskrivna, har oftare sjukersättning och har större sjukfrånvaro (Karlsson, 2008). Kvinnor söker mer psykiatrisk vård och unga kvinnor upptar allt mer av psykiatrins slutenvårdsresurser. Drygt var tionde person av de som är långvarigt arbetslösa och/eller socialbidragsberoende i den tidiga 20-årsåldern är det tio år senare, och en person som är marginaliserad i 20-årsåldern löper sex-sju gånger större risk att också vara det senare i livet jämfört med en jämnårig som fått in en fot på arbetsmarknaden (Angelin, 2009). Regeringskansliet skrev i ett pressmeddelande den 9:e april 2009 (Regeringskansliet, 2009) att Karolinska institutet har beviljades 10 miljoner kronor i projektmedel 2009-2010 för att undersöka om upprepad sjukfrånvaro oftare leder till sjukersättning för kvinnor än för män. Stressrelaterade psykologiska besvär, lindrig och medelsvår psykisk ohälsa, samt svårare psykisk ohälsa hanteras idag av olika samhällsinstanser som inte samarbetar i någon vidare utsträckning. Det är svårt för både enskilda och professionella att skilja psykosocial belastning från stressrelaterade specifika besvär till mer avancerad psykisk ohälsa. Unga kvinnor utgör en grupp som i hög grad behöver samordnade insatser där man på olika sätt kan bidra till att minska den psykosociala belastningen och förmedla verktyg för att hantera tecken på psykisk ohälsa såsom ångestproblematik och depressivitet.

Projektet Unga Kvinnor

Projektet "Unga kvinnor" är ett samverkansprojekt mellan Integrerad Närsjukvård Malmö, INM, Primärvården Region Skåne, Individ och Familjeomsorgen, Hyllie Arbets- och Integrationscenter, AIC, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Samverkansprojektet finansieras av FINSAM, som står för finansiell samordning mellan försäkringskassa, arbetsförmedling, landsting/region och kommun, vilka har i syfte att återställa eller öka den enskildes funktion - och arbetsförmåga. Projektet vänder sig till unga kvinnor som är aktuella inom dessa myndigheter, vilka har behov av samverkande insatser. Syftet med projektet är att arbeta med kvinnor som står utanför arbetsmarknaden och som med insatser från INM, primärvården och AIC ska kunna komma närmare målet arbete eller studier.

Vilket i första hand innebär att arbeta för att de skall klara av att aktivt delta i en rehabiliteringsprocess och kunna utsätta sig för den belastning som kontakter med myndigheter och arbetsgivare kan innebära. Kvinnorna skall få ett brett stöd för att komma igång med praktik och arbete alternativt studier.

En del av detta projekt, vilken denna uppsats handlar om, består i att bedriva gruppbehandling med kvinnor som ingår i projektet. Gruppmetodiken innehåller psykopedagogiska insatser, samt metodik utifrån tillämpad beteendeanalys. Modellen tar sin utgångspunkt i KBT och innehåller även inslag från ACT. ACT räknas till den ”tredje vågens beteendeterapi”, som har visat sig ha goda profylaktiska effekter och behandlingsresultat på stress- och ångestrelaterad problematik (Livheim, 2004). Metoderna innebär att man istället för att undvika belastningssymptom, bekantar sig med dessa, samt lär sig att agera gentemot långsiktiga mål. Metoden kombineras med separat mindfulnesssträning, med ambition att ytterligare förstärka individens förmåga att hantera obehag. Gemensamt för kvinnorna har varit passivitet och en hög grad av undvikande i deras vardag. Vi har båda mångårig erfarenhet av att arbeta med patienter i grupp.

Personal på AIC, däribland de två coacherna som arbetar med kvinnorna i denna pilotgrupp, fick under december- 09 av KBT-terapeuterna utbildning i ACT/KBT/mindfulness, samt stressproblematik vid två tillfällen om vardera tre timmar. Därefter handleds/utbildas coacherna från AIC, av KBT-terapeuterna, fortlöpande under projektet 1½ timme varannan vecka för att fånga upp aktuell problematik med gruppen och informeras om behandlingen. Coacherna från AIC leder gruppverksamhet tre halva dagar i veckan under 10 veckor. Starten sker två veckor efter att KBT-insatsen har börjat. Syftet med coachningen är att identifiera behov och resurser utifrån målet arbete/studier. Parallellt med grupprocessen skall varje deltagares väg till målet kartläggas och stödjas genom bl. a. en handlingsplan.

Målsättningen med samverkan är att säkerställa att olika aktörer inte motverkar varandras insatser, utan drar åt samma håll med deltagarna i centrum. Den bärande idén i projektet är att samtliga aktörer tillägnar sig samma förhållningssätt avseende att stödja och träna personerna i att handskas med olika belastningssituationer, exempelvis stressrelaterad problematik på praktikplats, studiesituation, kontakt med andra myndigheter med mera.

TEORI

Vi har utgått från kognitiv beteendeterapi med vissa inslag av ACT och mindfulness. Vi har fokuserat på beteendeförändringar och vårt terapeutiska fokus har legat på funktion av beteenden snarare än lindring av symtom. Psykoterapeutiskt arbete ger bättre resultat om det görs mot ömsesidigt överenskomna och uttalade mål. Att man tidigt pratar igenom vad patienten vill uppnå med behandlingen ger terapeuten en möjlighet att värdera sina möjligheter att hjälpa patienten att nå detta (Ramnerö & Törneke, 2006).

KBT

KBT har kognitions- och inlärningsteoretisk bas. KBT har haft goda framsteg på ganska kort tid och i mitten av 1970-talet började termen dyka upp i den vetenskapliga litteraturen. Under slutet av årtiondet publicerades de första kontrollerade studierna av denna behandlingsmodell. En tänkbar förklaring till dessa goda framsteg är den nära förbindelsen mellan forskning och praktik (Clark & Fairburn, 1997).

Funktionell kontextualism

I en funktionell modell samlar man inte beteendeobservationer för att i första hand komma fram till en klassificering i form av en diagnos, utan man gör det för att förstå det unika samspelet mellan individens beteende och hennes omgivning och därmed kunna bidra till förändring (Ramnerö & Törneke, 2006). Två saker står i centrum när man ska beskriva, förstå och så småningom försöka påverka beteenden. Dels är det beteendets funktion för individen, men även i vilken kontext beteendet uppträder. Att tala om ett beteendets funktion är ju att tala om vart det syftar och se vilka konsekvenser det leder till. Dessa konsekvenser står att finna i just det sammanhang som omger beteendet. Detta synsätt kallas funktionell kontextualism (Hayes, 1993).

Funktionell analys

Funktionell analys utgår från beteendeanalysen som kommer från inlärningsteorin. Analysen grundar sig på operant och respondent inlärning för att försöka förstå funktionen hos olika beteenden. Vid en beteendeanalys försöker man att översätta egenskaper till beteendebeskrivningar. Beteendeanalysen ska ligga till

grund för beteendeförändringar. I funktionell analys försöker man noga ange vilka förstärkarna är till problembeteendena, samt ta reda på varför önskvärda beteenden inte har blivit förstärkta. Det kan hända att personen aldrig har lärt sig vissa beteenden eller har bestraffats så att beteendet har minskat. SORK är en funktionell analys utvecklad av Marvin R. Goldfried. SORK står för följande;

Situation: Det gäller att identifiera aktuella stimulin, d.v.s. triggers, som utlöser ångest/obehag, exempelvis folk ser på mig, vissa dofter, ljud, röstlägen.

Organism, i form av tankar, känslor, fysiska reaktioner.

Känslor, t ex rädsla, sorg, skam.

Fysiska reaktioner, t ex hjärklappning, svettningar, tunnelseende.

Respons, reaktion, d.v.s. beteende.

Konsekvens på kort sikt, eventuell ångestlindring i form av undvikande av obehag.

Konsekvens på lång sikt, vilket exempelvis kan vara ökad ångest, minskad upplevelse av kontroll, mer fokus på undvikande, vilket leder till att livet ytterligare begränsas.

Exponering

Problem med emotioner är ofta anledningen till att personer söker terapi. De kan ha svårigheter att hantera ilska, ångest eller sänkt sinnesstämning. Exponering har starkt empiriskt stöd och används inom flera behandlingsområden såsom depression, fobier, generaliserad ångest, posttraumatiskt stressyndrom (Öst, 2006). Exponering bygger på klassisk och operant betingning. Behandlingsmetoden innebär att personen förmås att successivt närma sig det som väcker obehag så länge så att utsläckning sker. Exponering med responsprevention, ERP, används mest vid ångest. Personen ska låta bli att i handling eller tankemässigt göra något för att eliminera obehaget.

Före själva exponeringen ska en funktionell analys ha gjorts där man tittar på de i sammanhanget betydelsefulla faktorerna. Personen exponeras också för sina inre upplevelser, dvs. interoceptiv exponering. I kliniska sammanhang är det oftast fruktbart att söka konsekvenser i den sociala kontexten och i termer av affektreglering. Påfallande ofta kommer vi att kunna förstå beteenden utifrån dess funktion att undvika obehag (Ramnerö & Törneke, 2006).

Beteendeaktivering

Exponering är den behandlingsprincip som framförallt förknippas med ångesttillstånd och aktivering har en motsvarande position vid depressioner (Martell,

Addis & Jacobson 2001). Depressivitet är ett tillstånd av tillbakadragenhet och passivitet. Det innebär att många av de förstärkningsmekanismer som normalt styr en människa sätts ur funktion. Att få en patient att öka sin aktivitet är därför ett sätt att se till att möjliga konsekvenser, som vore belönande för individen, kan förstärka ett beteende. Aktivering innebär en sorts exponering och det är viktigt att aktivering inte väljs på måfå, utan kopplas till saker som är väsentliga för patienten (Ramnerö & Törneke 2006).

ACT

ACT, Acceptance and Commitment Therapy är en terapiform som brukar falla inom benämningen "Tredje vågens beteendeterapier". Teorin som ACT vilar på är Relational Frame Theory, RFT (Hayes, 2001). RFT beskriver hur språket påverkar vårt tänkande och hur vi ramar in upplevelser och beteenden för att kategorisera dem. Enkelt uttryckt beskriver denna teori hur vi blandar ihop språket med verkligheten och tror att det vi tänker är synonymt med verkligheten. Denna sammanblandning innebär en så kallad fusion, av personliga uppfattningar i form av tankar och av verkligheten. Behandlingen i ACT fokuserar på följande sex nyckelkomponenter;

1. Kontakt med det nuvarande ögonblicket, vilket innebär att notera, fokusera på det som är nu.
2. Själv som perspektiv, dvs. det perspektiv varifrån allt vi ser och upplever iakttas.
3. Acceptans, villighet inför att ha det man upplever i form av tankar, känslor och fysiska reaktioner.
4. Defusion, vilket kan beskrivas som den process genom vilken fusion bryts.
5. Värderingar, vilka är generellt giltiga, önskvärda konsekvenser.
6. Värderad riktning, handlingar i enlighet med egna, valda, värderingar.

Dessa komponenter innehåller tekniker och metaforer för att arbeta kliniskt med dessa områden. Vid psykiskt lidande blir vi allt mer rigida och regelstyrda i våra beteenden. Ofta vågar vi inte prova något okänt beteende och vill minimera risker till lidande. Har jag inte tillgång till alternativa beteenden, är med största sannolikhet undvikande det beteende som jag använder mig av (Ramnerö & Törneke, 2006).

Mindfulness

En av många amerikaner som under 1970-talet kom i kontakt med buddhismen och lärde sig meditera var Jon Kabat-Zinn, professor i medicin. Han startade 1979 the Stress Reduction Clinic vid University of Massachusetts Medical

Center, där han systematiskt började lära ut mindfulnessmetoder till kroppsligt sjuka patienter med ex obotlig cancer och andra svåra tillstånd. Bakgrunden var en önskan om att sprida buddhismens kunskap om hur mänskligt lidande kan hanteras och lindras, men i en form som befriats från religiöst och filosofiskt innehåll (Kabat-Zinn, 1990). Hans forskarbakgrund bidrog säkert till att metoden tidigt kom att utvärderas i vetenskapliga studier.

Det finns ett stort växande intresse för MBSR, Mindfulness Based Stress Reduction, även om det mer sällan används som det ursprungliga programmet som Jon Kabat-Zinn utvecklade. De tre psykologiprofessorerna Mark Williams, John Teasdale och Zindel Segal använde MBSR som utgångspunkt när de utvecklade ett program i början av 2000-talet, MBCT, Mindfulness Based Cognitive Therapy, för att förebygga återfall hos deprimerade patienter som blivit bra efter kognitiv psykoterapi (Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn, 2007).

Mindfulness har definierats som ett tillstånd av avsiktlig, icke värderande uppmärksamhet på nuet (Kabat-Zinn, 1990). Det är denna uppmärksamhet som uppfattas som läkande. Tanken är att mindfulness ska ge ökad grad av medveten närvaro också i vardagen och att det är denna vardagliga erfarenhet som ger effekter som minskad stressupplevelse och bättre hälsa (Williams et al., 2007).

Det finns en hel del belegg för att mindfulnessmetoder har positiva effekter, både psykologiska och kroppsliga. MBCT, Mindfulness Based Cognitive Therapy har prövats i bl.a. en stor studie som visade att återfallsfrekvensen för depression kunde minska från 66 till 37 procent för personer med tre eller flera episoder av depression (Segel, Williams & Teasdale, 2002).

Det anses vara av stor vikt att forska kring metoder som arbetar med uppmärksamhetsträning med kortare program än de ursprungliga programmen, vilka är tidskrävande och omfattande.

Adrian Wells beskriver en mer renodlad uppmärksamhetsträningsteknik, där man på ett formaliserat sätt tränar upp förmågan att styra sin uppmärksamhet och skifta fokus mellan olika ljudstimuli (Papageorgiou & Wells, 2004).

Inom behandling kan man träna färdigheter oavsett diagnos, exempelvis uppmärksamhetsträning, då detta ofta är problematiskt för patienter oavsett diagnos (Lambert 2007). Dessutom har många patienter vanligtvis blandad ångest och depressions diagnos.

Andries Kroese har skapat en kort och effektiv självinstruktion som sammanfattar både medveten närvaro och acceptans som han kallar för SOAL. SOAL är en s.k. akronym för engelskans *stop- observe- accept- let go* (Kåver, 2006).

Stress

Dagens samhälle innebär en ökad upplevd stress hos många utifrån flertalet faktorer, exempelvis ett brett och snabbt informationsflöde från Internet och media med diverse budskap och en alltmer upplevd prestationsinriktad tillvaro (Gilbert, 2009).

Begreppet stress myntades redan 1946 av läkaren och forskaren Hans Seyle. Han beskrev kroppens fysiologiska reaktion när den utsätts för påfrestning i fyra stadier, vilka är alarm, motstånd, utmattning och återhämtning. Ordet stress kommer från engelskan och innebär spänning eller tryck. Stress är en kroppslig reaktion som uppkommer när det råder obalans mellan de resurser vi har och de påfrestningar vi utsätts för.

Stressreaktionerna hos våra förfäder hade till uppgift att förbereda människan till kamp eller flykt när fara uppstod. Hos dagens människa framkallas samma stressreaktioner när hon utsätts för höga krav och påfrestningar (Ellneby, 1999). Stress är ett ohälsoproblem, ingen egen diagnos, men kan ingå i flera andra diagnoser. För att påverka stress måste man antingen reducera kraven eller öka resurserna (Almén, 2007).

Sömn

Bra sömnvanor är en viktig del om man vill förbättra hälsan och öka välbefinnandet. Steven Linton skriver att 35 % av vuxna svenskar angav i en studie att de hade haft sömnproblem under de senaste tre månaderna. En fjärdedel av dem hade återkommande och allvarliga svårigheter såsom insomni, vilket är den kliniska termen för sömnlöshet (Linton, 2002). Sömnstörningar är ofta relaterade till annan psykisk störning eller sjukdom, som t ex egentlig depression, generaliserat ångestsyndrom, maladaptiv stressreaktion med ångestkänslor (APA, 2000). I en amerikansk undersökning jämförde man insomni eller relaterade hälsokonsekvenser till insomni bland individer från olika socioekonomiska grupper. Resultatet visade att individer med färre utbildningsår, speciellt de som hoppat av högstadiet, upplevde insomni som handikappande. Ökad morbiditet visades konsekvent hos människor med insomni och

de som hade lägre socioekonomisk ställning. Insomni associerades med olika negativa psykosociala och psykiatriska åkommor (Gellis & Lichstein, 2005).

Gruppbehandling

Det kan finnas flera fördelar med gruppbehandling. I gruppbehandling tränas deltagarna i interpersonella situationer och svårigheter normaliseras. Känslan av social tillhörighet som uppstår i en grupp är till fördel (Farmer & Chapman, 2008).

En grupp kan ha en positivt hämmande funktion dvs. deltagarna har en mindre tendens till att ta upp det som inte är i gruppdeltagarnas intresse, vilket innebär att det kan vara lättare för behandlarna att hålla en struktur i behandlingen (Almén, 2007). Det kan också vara lättare för terapeuten att hålla sig till en viss agenda och hålla fokus under sessionerna vid gruppterapi än vid individuell terapi (Linehan, 2000).

Det ställs högre krav på terapeuten dels då insatserna ska adresseras till flera gruppdeltagare och dels att få en fungerande grupp. Interventionerna ställer även högre krav på gruppdeltagarna, vilka ska kunna fungera tillsammans som grupp. Maxantalet i en gruppbehandling är sju, åtta deltagare, dels för att det inte ska bildas subgrupper som diskuterar med varandra och dels för att terapeuten ska kunna ha kontroll över varje deltagares situationer och beteenden (Almén, 2007).

Syfte

Syftet med vår uppsats är att utvärdera den KBT-inriktade behandlingen i samverkansprojektet ”Unga kvinnor” kvalitativt utifrån deltagarnas beskrivningar och vi har följt utvecklingen individuellt hos deltagarna.

METOD

Undersökningsdeltagare

Projektets målgrupp bestod av kvinnor mellan 18-30 år som uppbar försörjningsstöd, och/eller var arbetslösa samt sjukskrivna tre till sex månader p.g.a. stressrelaterade besvär eller psykisk ohälsa. Deltagarna beskrev att de mådde psykiskt dåligt i form av ångest och nedstämdhet och att de var i behov av coachning och ångesthantering. De uttryckte förväntningar inför förändring och hade en egen vilja till att delta i projektet, d.v.s. hade inte varit tvingade av handläggare från Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen. Kvinnorna talade flytande svenska. Exklusionskriterier var att deras psykiska problematik inte skulle vara så besvärande att de bedömdes få mer adekvat behandling inom psykiatri. Vi hade grupp-

sessionerna i en lokal som tillhör AIC, arbets- och integrationscenter. Här träffade deltagarna sina coacher och all behandling skedde i dessa lokaler.

Vi hjälpte till att rekrytera deltagare, men stod inte för urvalet. De bedömdes inte av läkare eller blev diagnosticerade. Gemensam diskussion med coacherna från AIC ledde fram till urvalet. Kvinnorna skulle företrädesvis rekryteras från stadsdel Limhamn/Bunkeflo, men största urvalet var från andra stadsdelar, då underlaget blev för litet. Initialt skulle en grupp av sju till åtta kvinnor genomgå ett pilotprojekt under första halvåret 2010 och dessa personer rekryterades via kontakter inom primärvården, socialtjänsten, arbetsförmedlingen, försäkringskassan och/eller via lokal annonsering i stadsdelen. Planscher sattes upp med information om projektet och att kvinnorna kunde vända sig till AIC för mer information. Deltagare söktes även via en radiosändning för radiokanalen Lugna gatan. Flertalet av deltagarna kom sedan att rekryteras från socialtjänsten.

Vi hade från början 14 stycken, valde ut 10 stycken, då fyra stycken exkluderas pga. fel ålder, alltför svår psykisk problematik med inslag av psykos, en med svårt funktionshinder och en med bristande motivation. De kunde kommunicera på svenska och behövde inte tolk. De hade inget känt pågående missbruk. Två föll bort efter första sessionen och en kom aldrig. Vi hade alltså sju deltagare i behandling, som alla slutförde behandlingen.

Demografiska data.

Följande demografiska data inhämtades vid gruppstart.

Ålder. De sju gruppdeltagarnas åldrar var 21, 25, 29, 30 och 31 år samt två i åldern 24 år. Deltagare som endast deltagit vid ett tillfälle i gruppbehandlingen exkluderas i denna sammanställning.

Bakgrund: En deltagare var född i ett utomeuropeiskt land. Tre deltagare var födda i Sverige, men hade utländska föräldrar varav två från utomnordiska länder.

Barn: En av deltagarna hade ett barn i tonåren.

Utbildning: Alla deltagare hade gymnasiekompetens. En planerade att återgå till sina högskolestudier.

Boende: Av ovan nämnda deltagare bodde två i stadsdelen Limhamn/Bunkeflo och fem i andra stadsdelar i Malmö. Fem av deltagarna bodde i hyresrätt, två hos sina föräldrar och en i bostadsrätt.

Arbete: Projektet vände sig egentligen till arbetslösa, men en hade deltidsarbete och

en pooltjänstgöring.

Ekonomisk försörjning: Fyra av deltagarna erhöll socialbidrag, en sjukpenning, en försörjdes huvudsakligen av familjen förutom när hon hade tillfälligt arbete och en deltagare hade lön, vilken kompletterades med A-kassa.

Tidigare kontakt med sjukvård: Tre deltagare hade kontakt med vuxenpsykiatri, två hade tidigare haft kontakt med BUP, en med missbruksenhet, en med ätstörningsenhet.

Aktuella mediciner: Två medicinerade med SSRI, en deltagare hade medicin mot ADHD, en tog sömntabletter och tre hade ingen pågående medicinering.

Mätinstrument

BAI, Beck Anxiety Inventory

Skalan består av 21-item som mäter graden av självrapporterad ångest hos vuxna och ungdomar. Den består av beskrivande uttalanden av ångestsymtom som klassas efter en 4-gradig skala: Inte alls (0 poäng), Lätt, inte brydde mig mycket (1), Måttligt, det var mycket obehagligt, men jag kunde stå ut (2), och svårt, jag kunde knappt stå ut (3). BAI totala poäng är summan av värderingarna för de 21 symptomen. Varje symptom är beräknat på en 4-gradig skala som sträcker sig från 0 till 3. Det högsta antalet poäng är 63 poäng. Ett resultat mellan 0 - 7 klassificeras som miniminivå av oro, mellan 8 - 15 som mild ångest, mellan 16 - 25 som måttlig ångest och 26 - 63 klassificeras som svår ångest (Dattilio & Freeman, 2000; Beck m. fl., 1988).

BDI, Beck Depression Inventory

Skalan är ett av de mest erkända och validerade instrumenten inom klinisk psykologi och psykiatri, avsedd att mäta psykiatriska patienters grad av depressivitet liksom eventuell förekomst av depressioner i normalpopulation. Instrumentet består av självskattningsformulär innehållande 21 items avsedda att mäta 21 olika symtom och attityder. Dessa skattas på en fyrgradig skala, med skalstegen 0 (inte alls) till 3 (svår) i termer av svårighetsgrad. De 21 symtom och attityder som mäts är: sinnesstämning, pessimism, känsla av misslyckande, bristande tillfredsställelse, skuld, bestraffning, självförakt, självförebåelser, självmordstankar, gråt, retlighet, socialt tillbakadragande, obeslutsamhet, förändrad kroppsuppfattning, svårigheter att arbeta, sömnlöshet, trötthet, aptitförlust, viktnedgång, oro för hälsan och förlust av sexuell intresse. Ett resultat mellan 0-9 poäng klassificeras som minimal depression, mellan

10-16 som lindrig depression, 17-29 som måttlig depression och 30-63 klassificeras som svår depression (Beck, Steer & Garbin, 1988).

Egenkonstruerade frågeformulär

Vi valde att formulera egna frågeformulär (se bilaga 4 och 5) för att utvärdera var session. Vi ville tydliggöra vilka delar av behandlingen som de tyckte var viktiga och få fram deras fria reflektioner kring sessionerna, frågor inför behandlingen (se bilaga 2) samt hela KBT-behandlingen (se bilaga 6).

Proceduren

Deltagarna svarade på självskattningsformulären BAI, BDI och sessionsutvärdering, bilaga 5, samt fyra stycken frågor, se bilaga 2, vid första sessionen KBT. Sedan användes vårt frågeformulär, bilaga 4 och 5, var vecka innan och efter KBT-sessionen. De fyllde i BAI och BDI efter åtta sessioner och sedan vid avslut, dvs. efter 12 sessioner KBT och 12 sessioner mindfulness. De svarade på första delen av sessionsutvärderingen i början av var session och del två efter sessionen. Vi sammanställde svaren direkt efter varje session. När KBT-behandling avslutades så svarade de på vårt frågeformulär om hela KBT-behandlingen. Efter behandlingen skrev vi reflektioner kring var deltagare.

Behandlingsupplägg

Det finns flertal studier som visar positiva resultat med KBT-behandling för behandling av ångestsyndrom, se exempelvis SBU:s sammanfattning och slutsatser i rapporten "Behandling av ångestsyndrom, 2005".

KBT-upplägg av de tolv sessionerna, se bilaga nr 1.

Våra interventioner i den behandlingsdel som utvärderades, utgick ifrån KBT och valdes utifrån vad vår erfarenhet från kliniskt arbete ansåg fungerade och hade visat sig vara mest funktionellt vid ångest och depressionsbehandling. Vi arbetade med valda delar för att utveckla en flexibilitet i kvinnornas beteenden. De specifika komponenter som vi framförallt arbetade med var exponering, beteendeaktivering, medveten närvaro, acceptans och grundläggande värderingar. Stor vikt lades vid kombinationen av medveten närvaro, som en typ av exponering, och medvetenhet kring valda beteenden för att agera i riktning mot specifika mål och värderingar. Deltagarna tränade sig i att göra aktiva val i sin vardag och koppla dessa

till beteendeaktivering. Vi arbetade inte med deltagarnas grundantaganden eller livsregler. Vi betonade vilka beteenden som deltagarna använde sig av i sin vardag och dess konsekvenser. Vi talade om stress och upplevd ångest, istället för behandling av psykiatriska diagnoser enligt DSM IV. Initialt gavs KBT-insatsen en gång i veckan å tre timmar i åtta veckor och därefter varannan vecka under ytterligare två månader. Mindfulnessstråningen var 45-60 minuter i åtta veckor och därefter fyra sessioner under de åtta resterande veckorna. Sessionerna skedde växelvis de fyra sista veckorna och innebar således en behandlingsaktivitet i veckan.

Mindfulnessbehandling

En sessions mindfulnessstråning, 45-60 minuter var vecka ingick i behandlingen för att utveckla färdigheten att vara medvetet närvarande. Vi lärde ut mindfulness-tekniker som skulle effektivisera denna färdighet, såsom uppmärksamhetsmeditation och andningsankaret (Kroese, 1999). Vi försökte träna upp deltagarna i sin förmåga till att vara närvarande, kontra att ruminera, influerade av Wells detached mindfulness. Wells använder begreppet ruminera utifrån funktionen att försöka minska sin ångest genom att älja eller tänka samma tankar om och om igen kring ett visst tema (Papageorgiou & Wells, 2004). De tränade sig i att inta ett metakognitivt perspektiv inför sina tankar. Vi utgick alltså inte från Jon Kabat-Zinns program utifrån MBSR. Vi beskrev eventuella funktioner av ruminerande och alla deltagarna blev mer uppmärksamma kring sitt sätt att tänka. Mindfulnessdelen utvärderade vi inte, då vi ansåg att det skulle bli för omfattande arbete för denna uppsats. Deltagarna tog upp mindfulness som en viktig del i deras behandling vid utvärderingarna. Stor vikt lades vid kombinationen av medveten närvaro som en typ av exponering inför olika fysiska symtom och möjlighet till att agera medvetet i specifika situationer. Vi introducerade SOAL-modell (Kroese, 1999) i samband med detta.

Etiska överväganden

Deltagarna informerades i samband med gruppstart att behandlingen skulle redovisas i uppsatsform. De informerades också om tystnadsplikt gällande personliga uppgifter som togs upp under behandlingen, vilket de godkände. Deras deltagande byggde på frivillighet och kunde avbrytas när som helst. De fick skriva på ett informerat samtycke, (bilaga 3).

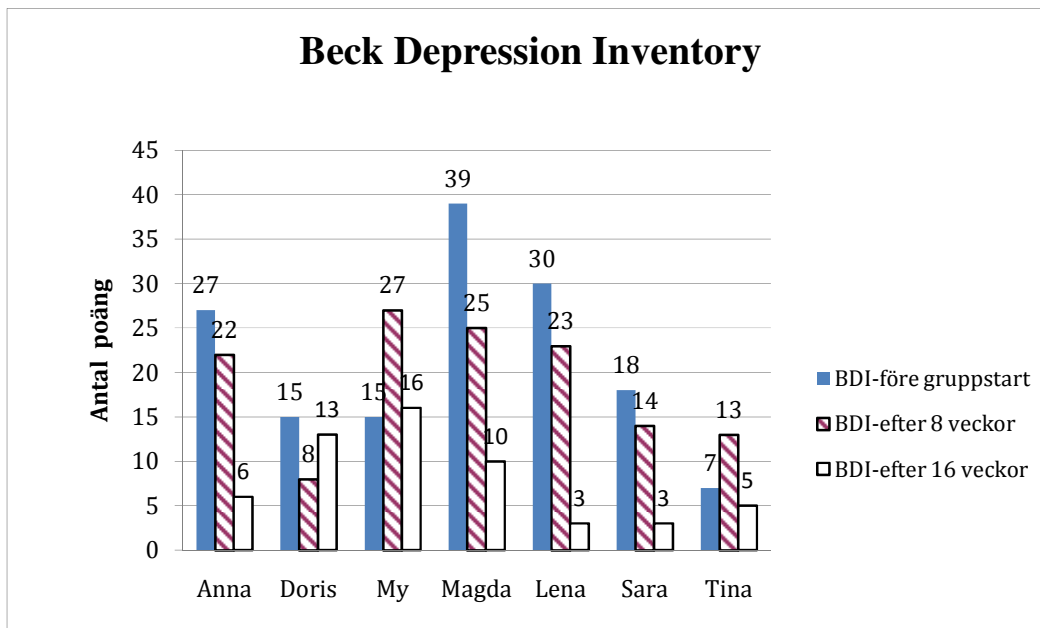
För att säkerställa deltagarnas anonymitet avidentifierades all data och namnen är fingerade.

RESULTAT

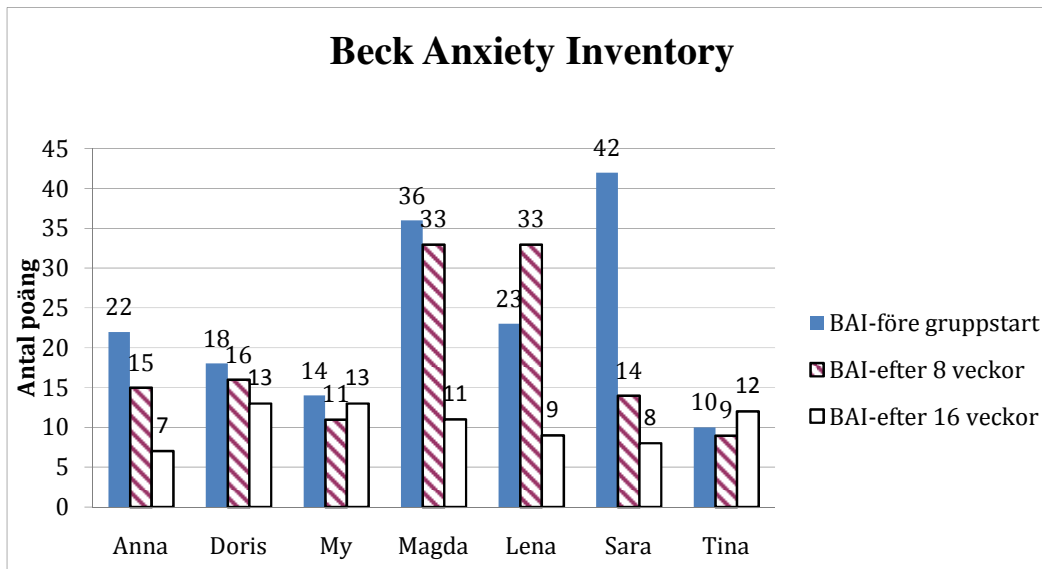
I resultatdelen presenteras först en sammanställning av deltagarnas depressions- och ångestskattningar vid samtliga tre mättillfällen. Därefter presenteras, i fallstudieformat, samtliga deltagares svar gällande förväntningar på behandlingen, självskattningar, fortlöpande utvärdering av sessionerna och utvärdering av hela KBT-behandlingen. För varje deltagare avslutas resultatdelen med en kort reflektion.

Deltagarnas depressions- och ångestskattningar

Figur 1 beskriver deltagarnas skattningspoäng enligt BDI vid första sessionen, efter åtta sessioner samt efter 12 sessioner. Figur 2 beskriver deltagarnas skattningspoäng enligt BAI vid samma tillfällen. Vi har valt att inte titta på resultaten som grupp, då vi har valt att följa kvinnornas resultat individuellt.



Figur 1. Deltagarnas BDI-skattningar.



Figur 2. Deltagarnas BAI-skattningar.

Deltagare Anna

Frågor inför behandlingen

Vad har du för förväntningar på behandlingen?

Jag vill kunna stå på mina egna ben igen. Få ett bra jobb och få en egen inkomst så jag inte kontrolleras av andra t ex socialen. Må bra igen. Jag sover inte. Tar sömntabletter sedan två år och är beroende av dem. De fungerar inte längre.

Vad för slags förändring skulle du vilja ha i ditt liv?

Jag vill kunna sova. När jag inte sover så kraschar jag.

I vilka situationer känner du stark oro/nedstämdhet?

När där är mycket folk. Beror på vem jag är med. Trivs inte i mitt hem, trångt. När jag ska sova.

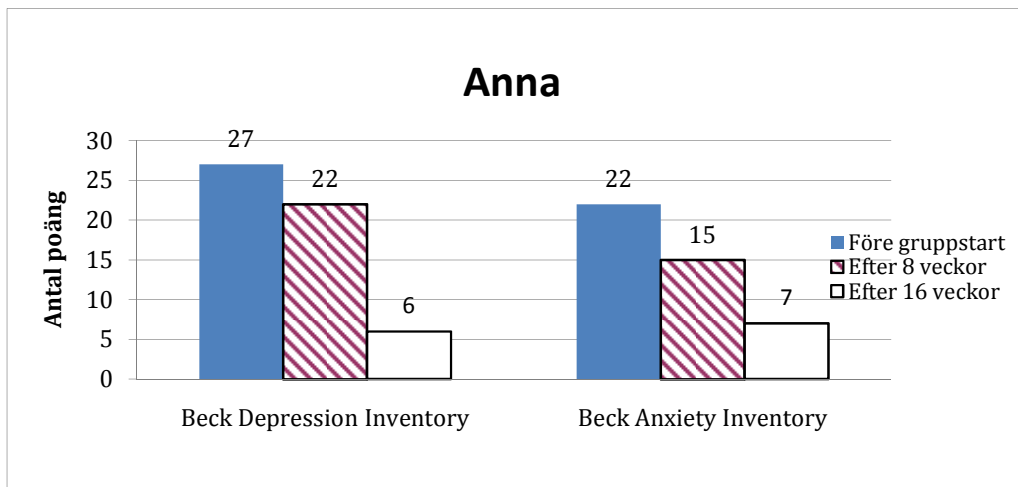
Vad gör du då, dvs. hur hanterar du detta?

Tar en sömntablett.

Resultat Anna

Tabell 1. Annas svar på utvärderingsformulären

	Före sessionen		Efter sessionen			
	<i>Inspirerad att göra något sedan föregående session?</i>	<i>Tankar på förändring?</i>	<i>Nöjd?</i>	<i>Vad var bra?</i>	<i>Något som var mindre bra?</i>	<i>Annan kommentar?</i>
Session 1	[Gemensam uppstart med deltagare, coacher och KBT-behandlare.]	-	-	-	-	-
Session 2	[Sjuk anhörig. Kom ej.]	-	-	-	-	-
Session 3	Det jag mest tänkt på är att vara här och nu inte tänka så mycket på det som varit eller det som ska komma.	Vill ha en förändring men har svårt, vet inte hur jag ska göra.	-	-	-	-
Session 4	Nej har haft mycket annat att tänka på.	-	Mycket nöjd.	Att vi prata om sömn och vi ska prata om det snart igen.	Nej	Tack för idag.
Session 5	-	-	Mycket nöjd.	Att jag kunde prata ut om saker jag undviker och att vi pratat om sömn.	Nej	Tack för idag.
Session 6	Att lyssna på CD (musikskivan) som jag fick av ledare.	-	Nöjd.	Att vi prata om sömn igen.	Nej	-
Session 7	[Sjuk.]	-	-	-	-	-
Session 8	Försöka sova. Har börjat med sömntablett fast bara en halv och ska försöka ta en fjärdedel. Har börjat träna.	-	Mycket nöjd.	Att vi hade värderad riktning och jag kunde se ett klart mönster på hur jag tänker och känner och vad jag måste ändra på.	Nej.	Tack för idag. Det hjälpte verkligen att ha den övningen på tavlan.
Session 9	[Sjuk.]	-	-	-	-	-
Session 10	[Kom ej.]	-	-	-	-	-
Session 11	Att vara här och nu. Inte tänka på det som varit, utan tänka mest på det som ska komma.	Slutat röka, tränar och mår bättre	Mycket nöjd.	Allt va bra idag. Vi fick prata ut. Skrattade mycket.	NEJ	Tack så mycket för idag. Det behövdes verkligen.
Session 12	[Kom ej.]	-	-	-	-	-
Utvärdering av hela KBT-behandlingen						
<i>Nöjd?</i>	<i>Vad var bra?</i>				<i>Annan kommentar?</i>	
Mkt nöjd.	Tycker allt varit bra, men mest att jag fått prata ut om mina känslor och ang. ångest och sömnen. Jag har slutat med sömntablett sen 1 mån tillbaka.				Tack för allt.	



Figur 3. Anna.

Reflektioner Anna

Anna har tampats med sömnproblem genomgående under projektets gång (se tabell 1, session 4,6 och 8). Hon slutade helt med sömntabletter de sista veckorna och var mycket stolt över detta, då hon hade använt sömntablett nästan varje natt under två års tid. Det har varit viktigt för henne att få allt mer struktur i vardagen, vilket hon har arbetat med parallellt med sömnen. Det kom under behandlingen fram att Anna sedan två år tillbaka har blivit allt mer rädd för bakterier. En tvångsproblematik blev allt tydligare, men hon var inte villig att arbeta med detta (se tabell 1, session fem). Bestämde sig i slutet av behandlingen för att "Jag skiter i det", d.v.s. om hon skulle bli smutsig, och under sista sessionen var första gången hon åt en smörgås från cafeterian. Att få prata i grupp har betytt mycket för Anna. Hon hittade ett ställe som hon ville praktisera på och hade en plan för hur hon skulle få komma dit. Hon började träna på gym varje vecka. Hennes självskattningar visar på stora förändringar i måendet och det stämmer väl med vad hon uttryckte under sessionerna.

Deltagare Doris

Frågor inför behandlingen

Vad har du för förväntningar på behandlingen?

Lärorik och fri dvs. mycket info, men mest diskussioner då man får höra andras synpunkter och åsikter. Jag vill inte att det blir för mycket "skola" över den. Och min

förväntan är att jag ska må bra eller bättre när vi är klara. Att jag har fått mycket redskap som jag kan använda.

Vad för slags förändring skulle du vilja ha i ditt liv?

Stabilare humör! Glad, utåtriktad som jag egentligen är! Ha ett arbete som jag trivs med. Och inte vara beroende av olika bidrag.

I vilka situationer känner du stark oro/nedstämdhet?

Bland annat när jag är mycket i centrum fast jag vill ändå vara i det. När min pojkvän är någonstans där jag inte kan kontrollera honom. På läkarbesök. Inför vissa möten.

Vad gör du då, dvs. hur hanterar du detta?

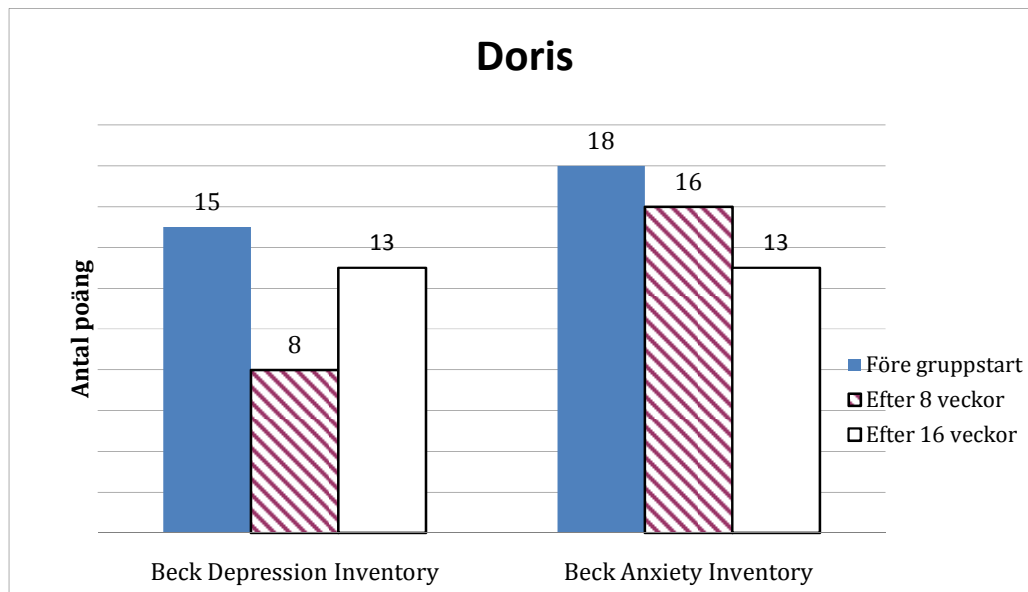
Vissa situationer undviker jag helt och hållet medans andra klarar jag av att gå emot.

Resultat Doris

Tabell 2. Doris svar på utvärderingsformulären

	Före sessionen		Efter sessionen			
	<i>Inspirerad att göra något sedan föregående session?</i>	<i>Tankar på förändring?</i>	<i>Nöjd?</i>	<i>Vad var bra?</i>	<i>Något som var mindre bra?</i>	<i>Annan kommentar?</i>
Session 1	[Gemensam uppstart med deltagare, coacher och KBT-behandlare.]	-	-	-	-	-
Session 2	Fördjupa min kunskap om meditation.	Jag har mediterat och var igår 19/1 på en gruppmeditation. Soltemplet heter det.	Nöjd.	Upplägget av information.	Nej...för mycket prat i rad. Kunde haft lite mera diskussioner.	-
Session 3	[Kom ej. (Kom dagen efter på mindfulness.)]	-	-	-	-	-
Session 4	[Sjuk.]	-	-	-	-	-
Session 5	[Kom ej.]	-	-	-	-	-
Session 6	[Sjuk.]	-	-	-	-	-
Session 7	Ta tag i mina känslor, jag har börjat analysera mina känslor, bara typ satt mig utomhus i naturen och tänkt.	-	Mycket nöjd.	Vi fick höra varandras åsikter och även själv prata ut.	Nej.	-
Session 8	Analysera mina positiva och negativa känslor! Träna, har beställt hem en skivstång, bodypump set! För att komma igång mer regelbundet.	-	Mycket nöjd.	Diskussionerna oss alla emellan. Att höra dom andra tjejernas berättelser.	Nej.	-
Session 9	-	-	Nöjd.	Diskussionen om föräldrarna och livet.	-	-
Session 10	Andligheten (meditationen). Handskas med min energi.	-	Glömde fylla i.	-	-	-

Session 11	[Kom ej.]	-	-	-	-	-
Session 12	[Kom ej.]	-	-	-	-	-
Utvärdering av hela KBT-behandlingen						
Nöjd?	Vad var bra?					Annan kommentar?
Mycket nöjd.	Diskussionerna, information och två jättebra ledare. Värderad riktning och exponering var mycket värdefull!!!!					Mindfulnessen, kunde varit lite mer fördjupad.



Figur 4. Doris.

Reflektioner Doris.

Doris har framförallt deltagit vid KBT-sessionerna och mindfulnessdelen och inte coachningen. Hon har haft relativt hög frånvaro, trots uttalat intresse för vår behandling. När hon har haft ex magont, har hon lämnat återbud. Doris var motiverad inledningsvis för att komma till rätta med sin svartsjuka och sina kontrollbeteenden, som hade pågått under fem års tid. Doris berättade att hon inte kunde arbeta eller klara av studier, då hon var tvungen att vara i närheten av sin pojkvän under dagarna. Hon säger att hon ville ständigt kontrollera vad han gjorde och konsekvenserna av Doris beteenden var allvarliga. Efter sju sessioner upplevde inte Doris svartsjuka som ett problem, då hon tyckte sig kunna fokusera på sin egen hälsa. Efter en tid i projektet började hon meditera dagligen och har under hela tiden visat ett stort intresse för

mindfulness. Hon ökade på med mer fysisk träning successivt under projektets gång. Berättade att hon köpte ett set för bodypump att använda hemma. Skattade högt på vissa depressiva symtom vid sista skattningen, såsom oro inför att inte vara attraktiv. Doris ville jobba på en skönhetssalong, men hade svårt för att utnyttja coachningen till att arbeta mot detta mål. Hon blev besviken för uteblivet socialbidrag och uteblev vid sessionerna i slutet. Vi lyckades inte påverka hennes villighet inför att prova att göra saker som hon inte visste om hon skulle gilla, exempelvis att gå till coachning för att se vad det kunde leda till. Doris sa inledningsvis att hon ville ”må bra” efter projektet, men formulerade inte mål kopplade till arbete eller studier, utan ville framförallt ha verktyg som hjälpte henne att hantera sina känslor, var god se svar på frågor inför behandlingen. Hon påpekade i utvärdering av KBT (se Tabell 2) att värderad riktning och exponering var mycket värdefullt för henne att arbeta med. När vi försökte tydliggöra hennes värderingar och mål, handlade det mycket om att ”må bra” och hälsa i största allmänhet, inte direkt definierade beteenden gentemot sysselsättning.

Deltagare My

Frågor inför behandlingen

Vad har du för förväntningar på behandlingen?

Få struktur. Förstå varför jag kommer för sent och försöka komma underfund med hur jag skall kunna komma i tid. Lära mig hantera stress (yttre och inre + motiverad och omotiverad). Mindfulness. Vill jobba med min oförmåga att avsluta saker.

Vad för slags förändring skulle du vilja ha i ditt liv?

Se ovan.

I vilka situationer känner du stark oro/nedstämdhet?

När jag ska komma i tid, när jag skall avsluta saker. Om jag inte får tag på någon (vissa personer mer, andra mindre). Orolig för att pappa skall dö/bli sjuk. Med mera...

Vad gör du då, dvs. hur hanterar du detta?

När jag hanterar det dåligt.

1. Undviker, gör annat, skjuter upp, känner mig stressad, har svårt att fokusera på en grej.
2. Mår illa, undviker att lägga mig, gråter.

När jag hanterar det bra.

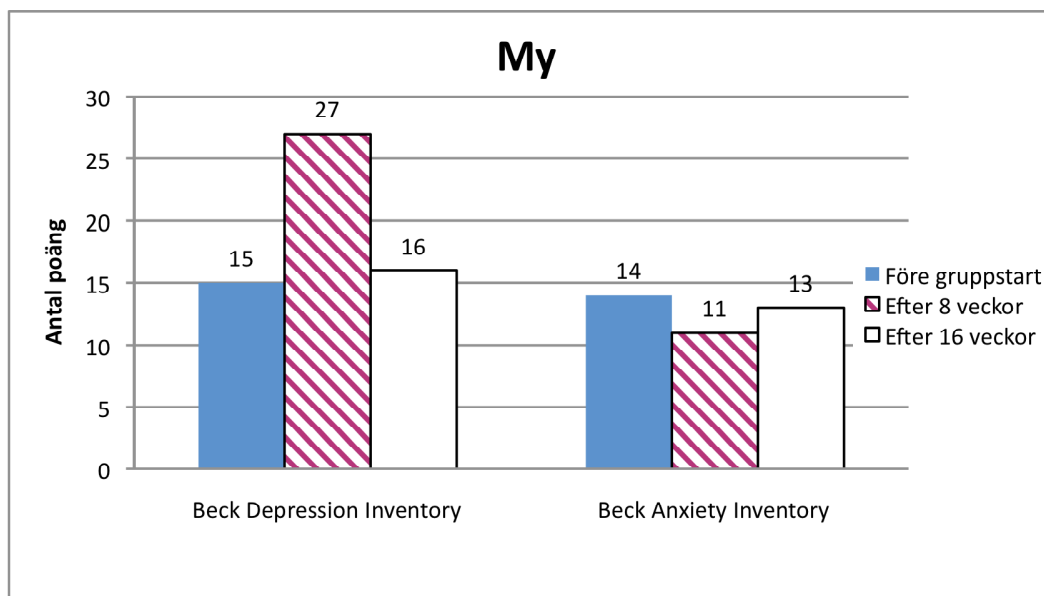
1. Försöker tänka rationellt, prioriterar, känner efter vad det är som bara är oro och vad som är konkreta saker jag kan ta tag i.
2. Tänker på situationen inte blir bättre för att jag oroar mig och att jag istället ska lägga energi på nåt konstruktivt. Om jag t ex är orolig för pappa så kan jag istället leta efter tal- eller gymnastikövningar till honom.

Resultat My

Tabell 3. Mys svar på utvärderingsformulären

	Före sessionen		Efter sessionen			
	<i>Inspirerad att göra något sedan föregående session?</i>	<i>Tankar på förändring?</i>	<i>Nöjd?</i>	<i>Vad var bra?</i>	<i>Något som var mindre bra?</i>	<i>Annan kommentar?</i>
Session 1	[Gemensam uppstart med deltagare, coacher och KBT-behandlare.]	-	-	-	-	-
Session 2	Inte vad jag minns, eller i alla fall inte mer än förut.	Ja, men inte mer än innan.	Nöjd.	Bra info.	Mest att jag kanske inte helt kan identifiera mig med det ni pratade om och att jag hade hört rätt mycket förut. Men om jag tänker om lite så kan jag applicera det på min situation.	-
Session 3	Det är väl samma saker jag alltid tänker på men det är väl klart att jag blivit extra påmind. Har speciellt tänkt på att äta minst ett mål lagad mat per dag och också äta någorlunda frukost. Har också försökt lägga mig i tid. Det gick väl bättre med maten än sömnen.	-	Mycket nöjd.	Att vi pratar om konkreta situationer.	-	-
Session 4	[Kom ej.]	-	-	-	-	-
Session 5	Har jobbat mer med sömnen (att vakna och lägga mig), har också jobbat med exponering (utsatt mig för konstvärlden).	-	Mycket nöjd	Bra att vi pratade om sömn.	-	-
Session 6	Se föregående lapp. Eller förresten, har fått gjort en del bra grejor. Vänt en konfliktfylld relation till positiv, fått gjort grejer jag skjutit upp.	-	Mycket nöjd.	Att jag fick vara med även om jag var sen. Bra info även om jag visste en del innan.	-	-

Session 7	Ja, jag jobbar som vanligt med sömnrutmen och att äta någorlunda bra. Jobbar också aktivt med att avsluta saker i både stort och smått (vet inte om det har med detta att göra) Har lyssnat på mindfulnesskivan en gång. Lyckats komma i tid en gång förra veckan. Har generellt sett kommit tidigare även om jag var sen.	-	Nöjd.	Det vi pratade om, feedbacken.	För korta pass (Ja, jag är sen! Men det hade ändå vart för kort.)	-
Session 8	Jobbat med dygnsrytmen, det går mycket bättre nu. - Fortsatt jobba med att avsluta/fullfölja små (och några större) saker. - Skrivit på långsiktiga värderingsmål. - Funderat på det här med positivt tänkande, hur det kan appliceras i konkreta situationer. Länkat samman olika tankesätt och idéer som haft detta som gemensam beröringspunkt. - Försökt bli bättre på att komma i tid genom att inte stressa upp mig över att bli sen - försökt överblicka konkreta situationer och prioritera. Har blivit bättre. - Börjat skriva en konkret handlingsplan för hur jag skall styra upp mitt liv. - Bett om hjälp (att styra upp mitt liv). - Tagit tag i saker som är stressmoment hemma. Mycket kvar men det är en början i alla fall.	-	-	-	-	-
Session 9	Jobbar med samma saker som förut, men har kanske släppt lite på det där med sömn och mat, inte för att jag inte jobbar med det, men att jag kanske mer lagt fokus på sociala relationer och att fixa i ordning hemma.	-	Mycket nöjd.	Mindfulness och det andra.	För kort tid.	-
Session10	[Kom efter sessionen.]	-	-	-	-	-
Session11	Kämpar på som vanligt med samma grejor, det har gått lite sämre med sömn och mående, men jag tror att det är på väg upp.	Många tankar blir det.	Nöjd.	Bra att vi går in på konkreta situationer.	Mer tid till KBT:n, så att man hinner både gå in på olika personers faktiska situation och också lära oss mer generella strategier mm.	-
Session12	[Kom ej.]	-	-	-	-	-
Utvärdering av hela KBT-behandlingen						
<i>Nöjd?</i>	<i>Vad var bra?</i>				<i>Annan kommentar?</i>	
Mkt nöjd.	Tycker att det är bra att det varit en blandning av att gå igenom generell info och sen gå in på personliga situationer. Pia och Madeleine har båda varit bra på att möta gruppdeltagarna, balanserat mellan att utmana och stödja. Mindfulness= bra!				Det borde vara en större del av projektet som är KBT. Ni riktar er till en grupp där det sannolikt kommer att vara en del frånvaro och då är det för lite tid. MER MER MER med andra ord. - Tack! (jag vet att jag missat mycket så det är lite svårt att komma med feedback.)	



Figur 5. My.

Reflektioner My

My har diagnostiserad ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder). Parallellt med KBT-behandlingen har hon haft en individuell vuxenpsykiatrisk behandlingskontakt. Inledningsvis fanns viss tveksamhet från dels ledarna och dels henne själv till att delta i projektet. Från ledarnas sida då hon inte kunde hålla strukturen, t ex komma i tid och det faktum att hon hade en annan problematik än de övriga deltagarna. Hon själv ville dessutom endast delta i KBT-behandlingen och ha en individuell coaching, eftersom hon redan från början visste att hon skulle återgå till sina högskolestudier. Hon var dock i behov av arbete innan hon skulle kunna återgå till studier. Hennes ångest ökade ganska mycket under behandlingen, men minskade mot slutet. My har arbetat mycket med exponering bl.a. genom att gå på enstaka föreläsningar och ta itu med sina räkningar, (tabell 3 session 5). Hon har kämpat med att få struktur och passa tider, vilket också varit hennes mål. Hennes entusiasm smittade av sig på de andra deltagarna. Rutiner som hon arbetat med är att normalisera dygnsrytmen och äta regelbundna måltider. Även att organisera så att hon kommer i tid till olika aktiviteter, t ex till sessionerna, samt få en fungerande ekonomi, (tabell 3 session 8). Mys sociala situation, både ekonomiskt och relationsmässigt, har varit pressad. Mindfulnessövningarna upplevde hon påverkade henne positivt, speciellt kroppsskanning. Hon har ansökt om och beviljats att få boendestödare, vilket eventuellt kommer att underlätta återupptagande av studier.

Deltagare Magda

Frågor inför behandlingen

1. Vad har du för förväntningar på behandlingen?

Att det ska kunna hjälpa mig till det liv jag vill ha.

2. Vad för slags förändring skulle du vilja ha i ditt liv?

Vara glad/lycklig, kunna arbeta, slippa stressen över hur jag mår, jag skulle vilja ändra på det mesta, gå ner i vikt, att folk runt omkring mig inte la allt ansvar på mig, att folk runt omkring förstod att jag inte är kapabel till mycket (deprimerad).

3. I vilka situationer känner du stark oro/nedstämdhet?

När jag är pressad, stressad, över tanken på pengar, framtid, arbete, familj. Att inte veta vad jag vill göra. De flesta situationer, när jag ser mig i spegeln.

4. Vad gör du då, dvs. hur hanterar du detta?

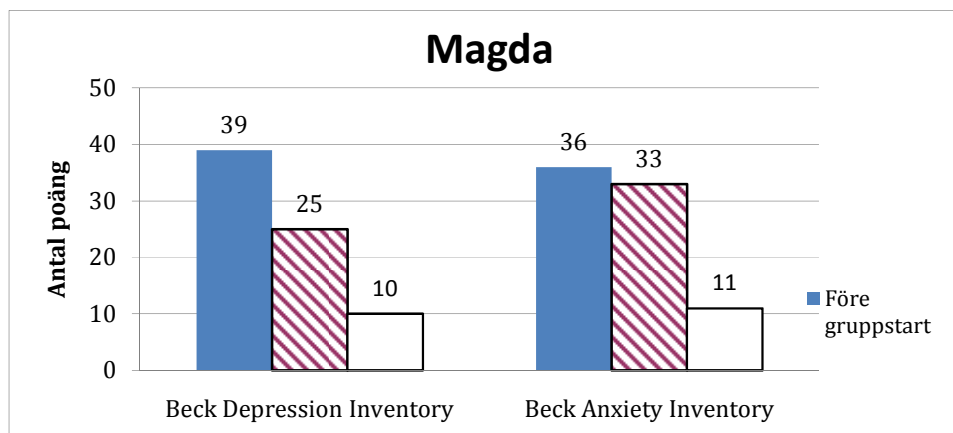
Oftast försöker jag titta på Tv/film, koppla bort det, göra annat, sova, peppa mig själv, röka.

Resultat Magda

Tabell 4. Magdas svar på utvärderingsformulären

	Före sessionen		Efter sessionen			
	<i>Inspirerad att göra något sedan föregående session?</i>	<i>Tankar på förändring?</i>	<i>Nöjd?</i>	<i>Vad var bra?</i>	<i>Något som var mindre bra?</i>	<i>Annan kommentar?</i>
Session 1	[Gemensam uppstart med deltagare, coacher och KBT-behandlare.]	-	-	-	-	-
Session 2	Ja, men kan inte svara på om det berodde på sessionen, då detta var en liten förändring i hemmet. Jag brukar fixa hemma som en peppning för mig själv.	Absolut.	Mycket nöjd.	”Bakgrunden” till vad ångest är. Informationen.	Nej.	-
Session 3	[Kom ej.]	-	-	-	-	-
Session 4	Ja. Jag kunde koppla en ångestattack till ett visst specifikt ljud och kunde därmed försöka styra bort den.	-	Mycket nöjd.	Allting. Mycket intressant och lärorikt att lära om exponering.	Nej.	-
Session 5	[Sjuk.]	-	-	-	-	-
Session 6	Ja, jag vill/ska börja träna på något sätt. Och jag har under natten som varit känt min kämpaglöd igen. Vi får se hur länge den håller.	-	Mycket nöjd.	Att få prata om sömnen, sömndagboken kan bli intressant.	Nej!	-

Session 7	[Återbud pga. veterinär besök.]	-	-	-	-	-
Session 8	[Återbud pga. kaos hemma.]	-	-	-	-	-
Session 9	[Glömde fylla i utvärdering.]	-	Mycket nöjd.	Vi var väldigt få idag, så det kändes som att alla fick säga sitt. Mycket givande samtal annars.	-	-
Session 10	Jag ska kämpa mig igenom en stor utmaning för mig, så kämpaglöden blir bättre och starkare.	-	Mycket nöjd.	Intressant "föreläsning" om ex. SOAL. Inte hört om det innan. Tagit åt mig av det mesta.	-	-
Session 11	[Återbud. Sjuk.]	-	-	-	-	-
Session 12	[Kom ej.]	-	-	-	-	-
Utvärdering av hela KBT-behandlingen						
<i>Nöjd?</i>	<i>Vad var bra?</i>					<i>Annan kommentar?</i>
Mycket nöjd.	Jag tycker hela upplägget varit bra, även informationen som idag hjälper mig hur mycket som helst, ett stort stöd för mig.					-



Figur 6. Magda

Reflektioner Magda

Magda har under hela projektets gång haft hög frånvaro. Har lämnat olika skäl till detta, såsom veterinärbesök för sina katter och sjukdom. Beskriver att coachning har gett henne kämparglädje tillbaka (se Tabell 4, session 6). Arbetar aktivt för att få en praktikplats och upplevde sig ha haft god nytta av coachning. Inledningsvis identifierade sig Magda med att hon var deprimerad och önskade att andra skulle se hennes begränsningar, se svar på fråga två Frågor inför behandling. Men så småningom var hon mer fokuserad på att utsätta sig för svårigheter och vara den som tar initiativ, istället för att vara den som undviker p.g.a. depression. Hon beskrev att det var viktigt för henne att förstå mekanismerna bakom ångest, se tabell 4, session 2.

Hennes självskattningar visar att hon har betydligt mindre symtom av ångest och depression vid slutet av behandlingen. En förklaring till detta är eventuellt förutom aktiv exponering, ökad aktivitet och att hon började arbeta gentemot arbete. Magda var tillbakadragen från början, men öppnade sig allt mer och visade sig ha god behållning av att vara i grupp.

Deltagare Lena

Frågor inför behandlingen

1. Vad har du för förväntningar på behandlingen?

Jag hoppas få rätt verktyg som ska hjälpa mig hantera min ångest, min oro och mitt dåliga självförtroende så jag kan återfå kontrollen över mitt liv.

2. Vad för slags förändring skulle du vilja ha i ditt liv?

Bättre kontroll över mitt liv och mina tankar. Att jag ska kunna bli stark i mig själv så jag så småningom ska kunna börja arbeta igen, tjäna mina egna pengar, stå på mina egna ben och må bra.

3. I vilka situationer känner du stark oro/nedstämdhet?

När jag tänker på min boendesituation och min ekonomiska sits. Distansförhållandet med min pojkvän. Oron över min psykiska ohälsa, att jag aldrig kommer kunna arbeta och rädslan över att jag håller på att bli galen/tokig!

4. Vad gör du då, dvs. hur hanterar du detta?

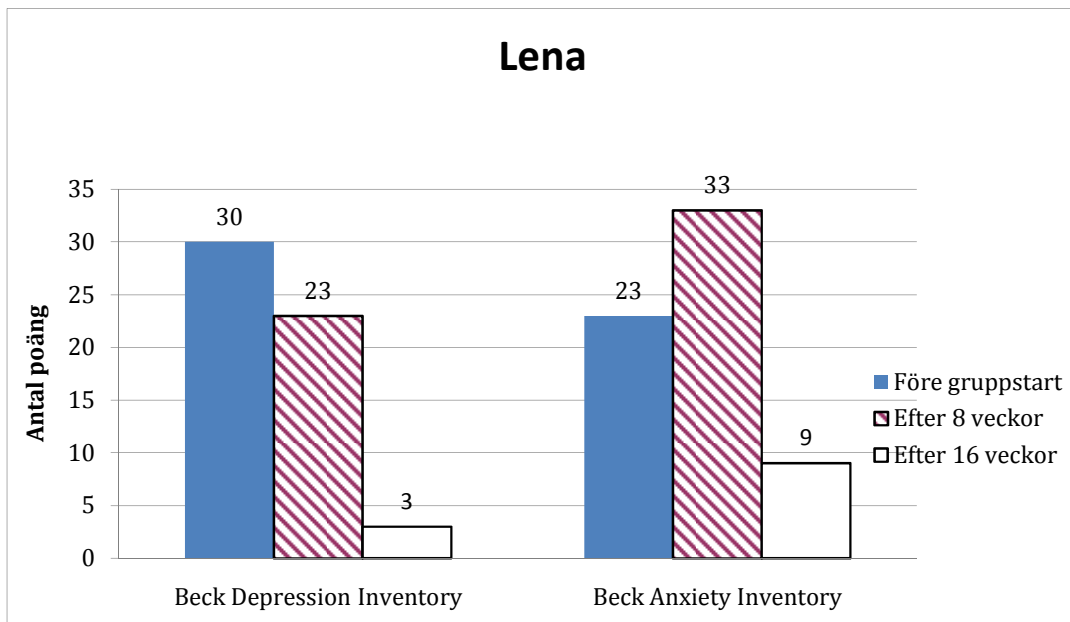
Försöker tänka mer positivt men ångesten tar över och jag fullständigt hatar mig själv för att jag känner mig onormal.

Resultat Lena

Tabell 5. Lenas svar på utvärderingsformulären

	Före sessionen			Efter sessionen		
	Inspirerad att göra något sedan föregående session?	Tankar på förändring?	Nöjd?	Vad var bra?	Något som var mindre bra?	Annan kommentar?
Session 1	[Gemensam uppstart med deltagare, coacher och KBT-behandlare.]	-	-	-	-	-
Session 2	<u>Att kämpa själv!</u> Efter 12 år av psykiska besvär blir man lite ”avtrubbad” efter ett par år när man inte fått hjälp alt. fel behandling.	-	Nöjd.	All information.	-	-

Session 3	[Sjuk.]	-	-	-	-	-
Session 4	Känner mig mer hoppfull efter varje session!	-	Nöjd.	Informationen om exponering och hur man kan träna bort obehaget inför/under vissa situationer.	-	-
Session 5	-	Exponera mig för det som är obehagligt & ger mig ångest.	Nöjd.	Jag tyckte sömnråden var jättebra eftersom jag lider av jättemycket sömnproblem!	-	-
Session 6	Jag har försökt få kontroll över min sömn & ta del av sömnråden vi fick på papper. Har trappat ner med kaffet & inte sovit på dagen!	-	Nöjd.	Känner mig upplyft av all stöd man får inför exponeringen!	-	-
Session 7	Är fortfarande fokuserad på hur jag ska förbättra min sömn.	-	Mycket nöjd.	Upplägget om hur vi skulle komma förbi våra hinder & nå våra mål.	-	-
Session 8	[Kom ej.]	-	-	-	-	-
Session 9	[Kom ej.]	-	-	-	-	-
Session 10	Exponering & närvaro.	-	Mycket nöjd.	SOAL-modellen, ska använda mig mer av det tanke/agerings sättet i vardagen! Att stanna upp & tänka efter!	-	-
Session 11	Använder mig av SOAL-modellen som har visat sig vara effektivt.	-	Mycket nöjd.	-	Repetitionen av SOAL, att få feedback från gruppen när man berättar.	-
Session 12	[Kom ej.]	-	-	-	-	-
Utvärdering av hela KBT-behandlingen						
<i>Nöjd?</i>	<i>Vad var bra?</i>				<i>Annan kommentar?</i>	
Mycket nöjd.	Hela upplägget! SOAL har hjälpt mig otroligt mkt tillsammans med exponering och all stöd och feedback från gruppen och ledarna.				KBT har räddat mitt liv!	



Figur 7. Lena.

Reflektioner Lena

Lena har beskrivit sömnproblem och kunde knappt hålla sig vaken på vissa sessioner, men detta förbättrades markant mot slutet. Hon hade från början vänt på dygnet, då hon inte kunde somna på nätterna. I slutet av projektet promenerade och cyklade Lena och var överlag mycket aktiv. Detta påverkade hennes sömn positivt. Hon tyckte allt var hopplöst under en längre tid. Lena ville inte vara hemma, hade en nära döende anhörig som hon vårdade i hemmet och upplevde att allt var emot henne. Hon har tidigare inte fullföljt något, så som skola eller kurser. Hon var mycket stolt över att hon inte hoppade av från projektet. Lena hade en relation, vilken tog slut under projekttiden. Kunde hantera separationen med hjälp av viss distans till de tankar och känslor som dök upp. Säger att hon använde sig av SOAL. Hon tränade sig ständigt i att inte fastna i grubblerier och kunde ge flera konkreta exempel på detta från sin vardag. Lenas ångest minskade markant och i samband med ökad aktivitet, så minskade hennes depressiva symtom. Denna förändring var tydlig de sista tre veckorna under behandlingen. Lena skrev att hon hoppades få rätt verktyg som skulle hjälpa henne att hantera sin ångest, sin oro och hennes dåliga självförtroende, så att hon skulle återfå kontrollen över sitt liv. Hon önskade dessutom bättre kontroll över sitt liv och sina tankar, v.g. se svar på fråga ett och två inför behandlingen. Började sedan släppa kontrollen allt mer. SOAL var ett verktyg för att släppa saker som hon

funderade kring och hon påpekade att hon började förstå alltmer att det var mycket som hon inte kunde kontrollera. Lena hade tidigare god erfarenhet av exponering, då hon berättade att hon var fobiskt rädd för spindlar, men att det förbättrades när hon bodde i ett hus med mycket spindlar. Lena pratade mycket om att hon hade börjat exponera sig inför olika rädslor vid de sista sessionerna KBT. Vid sista sessionen berättade Lena att de sista veckorna varit de första på flera år då hon inte varit upptagen av tankar kring att ta sitt liv och menade att KBT hade räddat hennes liv.

Deltagare Sara

Frågor inför behandlingen

1. Vad har du för förväntningar på behandlingen?

Att jag ska bli mer självsäker, tro mer på mig själv, ha en positiv inställning till livet, öppna mig själv mer oavsett miljö eller situation, (känna mig mer bekväm), kunna prata ut och säga mina åsikter när jag känner för det utan att känna nervositet, kanske få hjälp till ett jobb och hitta mig själv.

2. Vad för slags förändring skulle du vilja ha i ditt liv?

Jag vill hitta mig själv och känna mig mer positiv och säker i mig själv. Samt kunna söka utmaningar med rätt inställning, kunna lösa vardagsproblem utan att känna motstånd och tvivel. Jag vill må bra och ha struktur i livet.

3. I vilka situationer känner du stark oro/nedstämdhet?

Jag känner oro, stress och ångest när jag befinner i vissa sociala situationer och miljöer som jag inte känner mig bekväm i ex: i grupper bland okända människor, när jag får nyfikna frågor om mig själv från okänd människa som visar intresse, vardagssysslor (ringa samtal, göra ärenden etc.), Nedstämdhet - När jag är ensam, när negativa tankar börjar snurra i huvudet, när jag är ostimulerad och inte har fått jobba på länge.

4. Vad gör du då, dvs. hur hanterar du detta?

Jag brukar skjuta fram det jag ”måste göra”, men när jag väl gjort det ”ärende” som jag ska göra känner jag mig nöjd med mig själv. Sociala situationer där jag känner mig obekvämt brukar jag tackla genom att ta ett djupt andetag, lyssna och koppla bort alla tankar, men i vissa fall brukar jag kunna fly ifrån platsen med en klump i halsen. När jag är nedstämd och känner mig deprimerad brukar jag gå till mamma och gråta

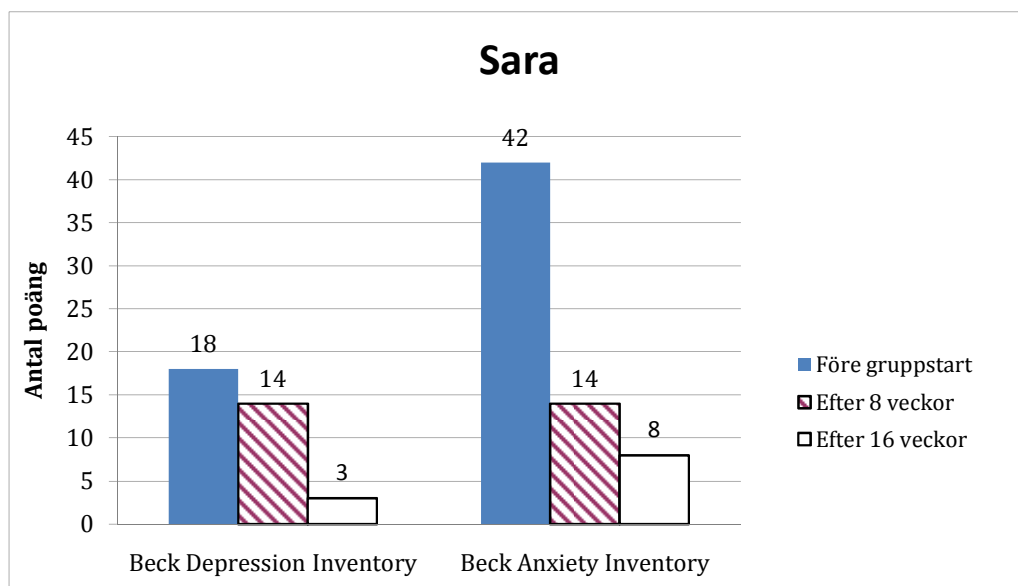
ut och lätta på trycket eller så sätter jag mig och målar. Jag känner även hopplöshet inför min framtid, men låter tankarna komma och gå.

Resultat Sara

Tabell 6. Saras svar på utvärderingsformulären

	Före sessionen		Efter sessionen			
	<i>Inspirerad att göra något sedan föregående session?</i>	<i>Tankar på förändring?</i>	<i>Nöjd?</i>	<i>Vad var bra?</i>	<i>Något som var mindre bra?</i>	<i>Annan kommentar?</i>
Session 1	[Gemensam uppstart med deltagare, coacher och KBT-behandlare.]	-	-	-	-	-
Session 2	Jag är mer öppen och har en mer positiv inställning till mitt egna själv. Jag har även börjat tänka i bättre banor (självrefererande) istället för (objektrefererande) banor.	De förändringar som skett hitintills gör att jag känner mig stolt över mig själv och se en ljus framtid.	Nöjd.	Mycket bra information. Jag kunde känna mig mer avslappnad efter ett tag och lyssnade.	Jag blev aningen besviken på mig själv därför att jag var för nervös och nervig för att våga delta i diskussioner. Jag har så mycket att säga men börjar med att lyssna för att trivas mer i gruppen.	Detta känns jobbigt men jag kämpar på.
Session 3	Jag lyckades prata om något som kändes jobbigt.	Nej, jag tänker ta det som det kommer.	Nöjd.	Kunde släppa kontrollen och vågade prata om ett problem som har tyngt mig länge (att möta grupp) känna ett lugn, förtroende & trygghet.	Idag var jag en aning trött och nere, men det blev bättre efter hand.	Jag är nöjd hitintills och känner mig gladare och positiv.
Session 4	Självsäkerhet. Jag dömer mig själv och andra mindre nu sedan jag började i gruppen, pratar mer med de andra i gruppen, deltar.	-	Nöjd.	Samtalsämnet- exponering och fakta kring olika tankesätt. Jag kom även på fler saker som får min rädsla att komma fram.	Jag försov mig igen och ser snön som ett problem.	-
Session 5	Jag har provat på meditation och det fungerade bra. Jag har börjat skåda mig själv positivt och se positiva aspekter hos mig själv. Jag har fått bättre självkänsla.	-	Mycket nöjd.	Jag kunde uttrycka en av mina största rädslor. Bra förklaringsmässigt. Exponering – våga fråga! Det har redan gett resultat.	-	-
Session 6	Nej.	-	Nöjd.	Ledarens förklaring på hur vi reagerar på våra mål och hanteringen av hinder/målhinder – inspirerande! Intressanta diskussioner och en gnutta humor.	-	-
Session 7	Exponering- I lördags när jag var ute. Jag minglade (Vilket jag aldrig har vågat göra) och hade jättekul. Jag har blivit mer öppen och social.	-	Mycket nöjd.	Prata om hinder. Jag fick en konkret bild av mina hinder och vad jag faktiskt har nått för mål genom att inte tänka på onödiga hinder och bortförklaringar till varför jag inte ska agera.	-	-
Session 8	Jag har tillåtit mig att känna mig arg och ledsen istället för att gå tillbaka till gamla vanemönster och gräva ner mig i ångest & depression. Jag ser på problem istället för att	Ja, mer form av exponering, ha så kul det bara går.	Mycket nöjd.	Fick en tankeställare om hinder i vardagen. Att jag faktiskt själv har börjat titta på mina hinder och dåliga tankar istället för att leva i dom. På så sätt har jag kunnat agera istället för att	Jag har drömt mardrömmar inatt och var därför lite grönig, arg och okoncentrerad.	-

	vara i dom.			grubbla...		
Session 9	[Kom ej.]	-	-	-	-	-
Session 10	[Kom ej.]	-	-	-	-	-
Session 11	Jag har slutat grubbla och agerar mer. Håller igång fysiskt och känner att jag mår bättre av det. Jag har numera ett jobb och det känns bra.	-	Mycket nöjd	Att jag kom hit idag och tog del av allas känslor och fick prata av mig. Blev mer harmonisk. Intressant med russen.	Jag var en aning trött efter jobb.	-
Session 12	Kom ej.	-	-	-	-	-
Utvärdering av hela KBT-behandlingen						
<i>Nöjd?</i>	<i>Vad var bra?</i>					<i>Annan kommentar?</i>
Mycket nöjd.	Gruppen har varit A och O för mig. Jag har fått känna på hur det är i en grupp, fått stöd, känt förståelse, omtanke, blivit lyssnad på m.m.. att få sitta och prata och all info vi fått har fått mig att på egen hand kunna lista ut mina problem och hinder. Jag har nu nått de mål som jag har velat få ut av gruppen och av er fantastiska människor. Jag har jobb, sökt utbildning och mår bra i mig själv. Tack!					Upplägget av planeringen. Frisk vården och terapin borde gått före jobbcachningen för att bygga upp en mer trygg känsla och balans hos tjejerna.



Figur 8. Sara.

Reflektioner Sara

Sara hade hög ångest när hon började i projektet. Egentligen ville hon inte delta i gruppbehandling, men viljan till att må bättre, uppleva social kontakt och få mer struktur, fick henne att delta. Tidigt i behandlingen bestämde hon sig att det fick bära eller brista. Hon ville ha en förändring och började exponera sig i gruppen genom att bland annat prata och dela med sig av sina åsikter. Ångesten minskade avsevärt och det fick henne att kämpa på. Hon blev mer social i och utanför gruppen

samt utövade regelbundet fysisk träning. Hon upplevde att hon blev gladare. I slutet av behandlingen fick hon ett deltidsarbete, vilket ledde till att hon inte kunde delta lika ofta i den sista delen av behandlingen, men förändringen kvarstod vid utvärderingen. Hon har sökt till Folkhögskola och väntar på besked därifrån. Sara menar att gruppen har varit A och O för henne då hon fått stöd och insikt och även verktyg att kunna gå vidare, se tabell 6 KBT-utvärdering.

Deltagare Tina

Frågor inför behandlingen

1. Vad har du för förväntningar på behandlingen?

Verktyg för klarare seende på mig, min kapacitet, framtiden. Vägledning.

2. Vad för slags förändring skulle du vilja ha i ditt liv?

Balans. Referensramar för vad som är ”normalt”.

3. I vilka situationer känner du stark oro/nedstämdhet?

Vid överätning. När jag inte sätter mina gränser och försätter mig i situationer jag inte mår bra av.

4. Vad gör du då, dvs. hur hanterar du detta?

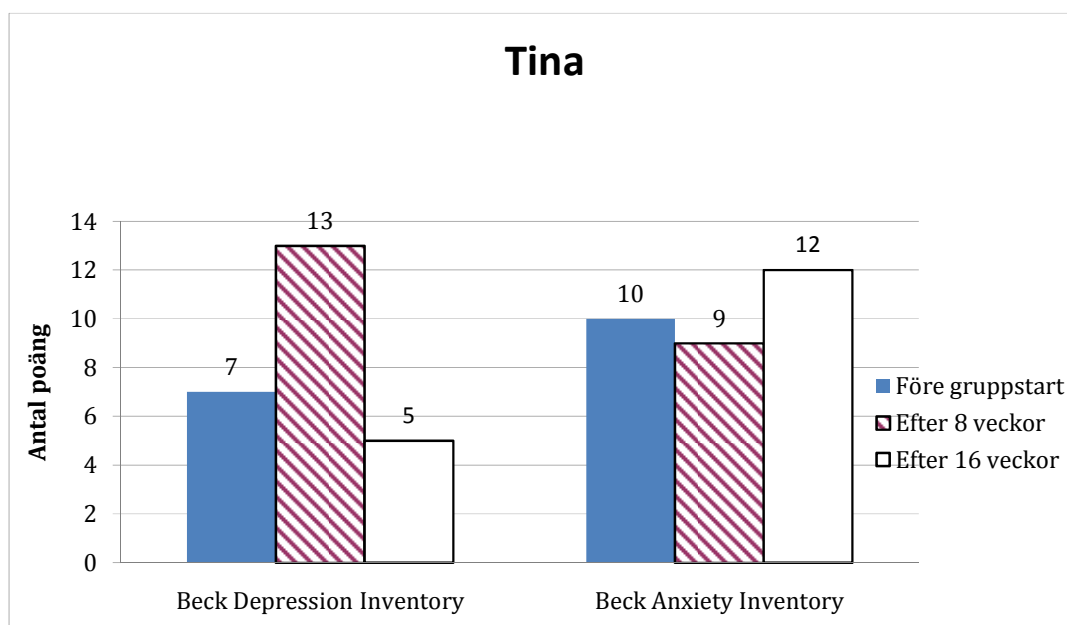
Blir irriterad. Är familjen nära blir jag hård i ton och attackerande. Isolerar mig.

Resultat Tina

Tabell 7. Tinas svar på utvärderingsformulären

	Före sessionen		Efter sessionen			
	Före sessionen. Inspirerad att göra något sedan föregående session?	Före sessionen. Tankar på förändring?	Efter sessionen. Nöjd?	Efter sessionen Vad var bra?	Efter sessionen Något som var mindre bra?	Efter sessionen. Annan kommentar?
Session 1	[Gemensam uppstart med deltagare, coacher och KBT-behandlare.]	-	-	-	-	-
Session 2	Inspirerad att lära mig förstå människors automatiska beteende och tankar vid möten.	Ja. Har alltid en känsla av förändring.	Mycket nöjd.	Nyttig information. Igenkännande.	-	-
Session 3	Mer uppmärksam på min eventuella ångest/ångestbeteende. Någon gång per dag har jag tänkt på att andas från magen.	-	Mindre nöjd.	Ämnet. Ledaren.	Upplever det störande att vi deltagare kommer olika tider vilket bidrar till upprepning på gott och	-

					ont.	
Session 4	Stanna upp, andas. Skynda långsamt.	-	Mycket nöjd.	Kommunikationen, konversationerna, exponeringen, ämnet.	-	Bra att ni uppberar väsentligheten av att komma i tid. Respekt för andra!
Session 5	Meditation. Försökt 1 minut om dagen.	Mindfulness. Meditation.	Nöjd.	Exponering. Utsätt mig för att stanna i känslan.	-	-
Session 6	-	-	Mycket nöjd.	Ämnet – Sömn. Exponering av mina tankar ang. känslor. Att folk kom i tid.	-	-
Session 7	Mindfulness varje kväll. Tagit upp tidigare meditationskurs.	-	Nöjd.	Individuell fokusering	-	-
Session 8	Ledig för att besöka skola i Borås.		-	-	-	-
Session 9	[Kom ej pga. förhinder.]	-	-	-	-	-
Session10	Fortsatt inspirerad att inte haka på min första känsla.	Dagligen, varje kvart.	Nöjd.	Skönt att prata om min situation. Behöver stöd i mina beteenden.	-	Skönt med avslut med mindfulness.
Session11	[Provar nytt arbete.]	-	-	-	-	-
Session 12	[Arbetar.]	-	-	-	-	-
Utvärdering av hela KBT-behandlingen						
<i>Nöjd?</i>	<i>Vad var bra?</i>				<i>Annan kommentar?</i>	
Nöjd.	Intressanta ämnesområden.				Mer djupgående återkoppling till ämnena (anser fokus brutits från ämnena pga. dålig närvaro.).	



Figur 9. Tina.

Reflektioner Tina

Tina deltog i alla sessioner i projektets början och blev irriterad på de andras frånvaro, se tabell 7, session tre och utvärdering KBT. Efter att hon påbörjade ett nytt arbete utomlands, kom hon inte till våra sessioner, men var med vid uppföljningen. Hon hade deltagit i olika behandlingar tidigare, såsom kognitivt behandlingsprogram vid ätstörning och 12-stepsprogram för anhöriga, vilket innebar att hon hade en viss förförståelse för kognitiv behandling. Det hon hade svårt att komma till rätta med var hennes sug efter att äta, vilket hon beskrev som en besatthet och kände igen som en del av hennes ätstörning. När hon bytte till en arbetsmiljö, där tillgången till sötsaker var obefintlig, minskade suget rejält. Hennes självskattningar skiftar, bl. a. har ångesten pendlat, vilket sammanfaller med förändringar i hennes tillvaro samt ökat sug efter att äta. Nedstämdheten har minskat något. Hon uppgav vid gruppstarten att hon mådde ovanligt bra, vilket hon trodde påverkade hennes skattningar. Viss oro kring framtiden kvarstår, då hon väntar på besked angående högskoleutbildning. Hon har också fortsatt svårt att hantera oro och rastlöshet. Tina har använt sig av meditation sedan vi började med mindfulnessbehandlingen och tycker sedan tidigare att meditation är ett bra verktyg. Hon fick mer balans i sin fysiska träning.

Närvaron

Tabell 8. Deltagarnas närvaro

Deltagare	Närvarande antal sessioner	
	KBT-sessioner (av 12)	Mindfulness-sessioner (av 12)
Anna	7	6
Doris	7	5
My	9	9
Magda	6	5
Lena	8	5
Sara	9	9
Tina	8	8

Som framgår av Tabell 8 hade en deltagare 50-procent närvaro (6 av 12 sessioner), och ingen hade mer än 75-procentig närvaro (9 av 12 sessioner). Det finns olika faktorer som vi tror påverkade deltagarnas närvaro. Vi anser att det är av

intresse att ta upp dessa och kort resonera kring dem, då närvaro självklart är en viktig faktor för en lyckad behandling. Närvaron har varit ungefär lika hög vid coachning, som vid vår behandling. Vi spekulerade kring om det fanns missnöje utifrån hur vi arbetade, men deltagarna uttryckte ofta hur viktig behandlingen var och att de t.o.m. ville ha utökad KBT och mindfulness.

Dom upplevde inte att de var borta så mycket. Alla hade som vana att komma några gånger i veckan, förutom Tina, och den totala närvaron var ungefär lika för alla deltagarna. De första veckorna hade vi ett extremt snöoväder och de varnade på radio och TV för att lämna hemmet. Detta innebar att motståndet mot att åka buss eller ta sig till AIC ökade. Flera bodde i en annan stadsdel och för flera tog det upp till en timme att ta sig till AIC och geografisk närhet hade kanske ökat deras närvaro.

Deltagarna hade lätt för att stanna hemma vid något slags fysiskt obehag, såsom menssmärtor, huvudvärk och lämnade då återbud p.g.a. sjukdom. Om någon stannade hemma eller kom sent, så påverkade det de andra deltagarna i gruppen. Närvaron har inte varit obligatorisk och kanske hade det varit bra med några slags konsekvenser vid frånvaro. Flera av deltagarna hade inledningsvis omvänd dygnsrytm och det har varit en stor omställning för dem att stiga upp på morgonen. Det är också flera som har haft svåra sömnproblem, vilket gjorde att de ibland försov sig eller inte kom upp på morgonen överhuvudtaget. Några av dem hade varit med i grupper på AIC tidigare, exempelvis Doris och Lena, men hoppat av. Flera tog upp att de hade erfarenhet av att inte slutföra behandlingar och eventuellt kunde vi räkna med att denna grupp skulle ha hög frånvaro. Vi kan dock med glädje konstatera att alla i gruppen slutförde behandlingen.

DISKUSSION

Syftet med vår uppsats har varit att utvärdera den KBT-inriktade behandlingen i pilotprojektet kvalitativt utifrån deltagarnas beskrivningar och resultaten visar stora förändringar hos kvinnorna efter avslutad behandling. Vi har tittat på deras resultat individuellt och har inte haft några hypoteser om skattningarnas resultat som grupp. Vi har valt att följa deltagarna individuellt. De beskriver alla en tydlig positiv förändring när det gäller både social och fysisk aktivitet, syn på framtiden och deras minskade tendenser till att fastna i grubblerier.

Det största problemet i behandlingen för oss behandlare har varit deras låga närvaro och att de därmed inte har deltagit vid exakt samma sessioner. Pga. den låga närvaron har vi fått repetera vad vi har gått igenom vid tidigare sessioner och har anpassat behandlingen till deras sporadiska deltagande. Vi har varit noga med att komma tillbaka till vad vi anser varit centralt i KBT-behandlingen, såsom exponering, beteendeaktivering, agera utifrån långsiktiga mål, att inte fastna i grubblerier och att gå från ruminerande till aktivitet. Vi valde att ha två sessioner med fokus på sömn, då flertalet av deltagarna hade sömnproblem. I och med detta kunde vi fördjupa oss i ämnet och följa upp deras sömnboksregistreringar.

Det har varit svårt att få deltagarna att göra sina hemuppgifter. Papper har försvunnit och de verkar inte ha läst de papper som de har fått. Detta har inneburit att vi har fått ägna en del av sessionstiden till att uppdatera deltagarna i det material som de tidigare har fått. Man kan även fundera kring om det beror på att kraven varit för höga eller om vi skulle ha haft andra hemuppgifter.

Vid utvärderingarna har de inte skrivit ned andra förändringar som de kopplar till behandlingen i stort, såsom ökad exponering, vilket dock har framkommit som betydelsefull intervention vid diskussionerna på sessionerna. De har skrivit utvärderingar utifrån det som de minns specifikt från veckan före. En tanke för framtida projekt vore att ha en frågeställning i samband med sessionerna, där de får skriva ned förändringar generellt som de kopplar till behandlingen.

I utvärderingarna av behandlingen är gruppen en av de faktorer som de har uppfattat som mycket positiv. De har alla tagit upp behov av trygghet och struktur i sina liv. De har uppskattat att få information och att det har hållits en struktur i gruppen. Även om de har påpekat hur viktigt det är med struktur i gruppen, har flera kommit sent vid många sessioner. Alla deltagare kände igen sig i ångest, men berättade att de tidigare inte hade kunnat sätta ord på sina symtom. De blev mindre rädda för sina fysiska symtom efter några sessioner in i behandlingen och genom att känna igen sig i varandras beskrivningar, normaliserades och avdramatiserades symtom kopplade till ångest. Vi kunde se att deltagarnas tendenser till att ta upp saker som de grubblade kring utifrån tidigare erfarenheter minskade allt mer. Fokus under behandlingen var mycket här och nu, men också en tydlig koppling till deras framtid.

Vi ser att de har använt vissa termer såsom exponering i utvärderingarna och vi tror att det har varit lättare för dem att komma ihåg vad vi har gjort under sessionen, med hjälp av våra utvärderingar. Repetition förstärker inläringen och vi har sett att deltagarna har haft lättare att anamma den kunskap som de har tagit upp vid utvärderingarna. De har påpekat att det har varit värdefullt att titta på konkreta situationer som är kopplade till var deltagare och inte bara tala i generella termer, vilket stämmer väl med vår strävan efter att koppla olika beteenden till specifika funktioner för var deltagare. Lena förvånades över att begreppet SOAL kunde vara till så stor hjälp för henne. Vi tror att det kan vara lättare att använda en självinstruktion i form av en förkortning, som en typ av affirmation, än att påminna sig om en mängd kunskap i en viss situation.

På BDI skattar deltagarna genomgående högt, dvs. det högsta svarsalternativet, på fråga 13 och 15 vid första skattningen, vilket innebär svårigheter att fatta beslut och att arbeta. På BAI har flera skattat det högsta alternativet på, inte kunna slappna av, rädd, rädsla att det värsta ska hända, rädsla att tappa kontrollen och obehag i magen, på första skattningen. De skattade betydligt lägre på dessa items efter behandlingen och målinriktat arbete i coachningen tillsammans med KBT och mindfulness, påverkade eventuellt deras förmåga till beslutsfattande positivt. Exponering har hjälpt dem att minska sina rädslor generellt och deras rädslor inför att tappa kontrollen. Vi är osäkra kring hur väl rustade de står inför eventuella nederlag på arbetsmarknaden, men vi hoppas att de ska kunna applicera vissa kunskaper i framtida aktuella situationer.

Vi har tittat på deras resultat individuellt och har inte haft några hypoteser om skattningarnas resultat som grupp. Vi har ansett att det är viktigt att utvärdera session för session för att kunna följa deltagarnas utveckling. Vi har inte låtit dem skatta med BAI och BDI mer än vid tre tillfällen. För att få en mer säker uppfattning om deras förändringar, skulle de kanske ha skattat var session, men kanske också med fler skattningar som mäter exempelvis upplevd livskvalité. Endast BAI och BDI kanske inte kunde fånga upp deras utveckling och t.ex. ökad ångest behöver inte betyda försämring i största allmänhet, utan skulle kunna innebära att de utsätter sig för fler situationer, vilket initialt kan ge ökad ångest. Det har dock varit svårt att motivera deltagarna till att fylla i sessionsrapporter och vi är tveksamma inför hur pålitliga resultat vi skulle få om de skattade BAI och BDI vid var session. Det är svårt för terapeuter att själva avgöra hur patientens tillstånd ser ut och flera terapeuter bedömer

sin patient utifrån att det sker en förbättring som inte existerar, därför kan skattningsformulär vara centrala vid terapin som vägledning inför eventuell tillfrisknande (Lambert, 2007). När vi tittar på resultaten för BDI, förefaller deltagarna skatta lägre generellt, medan de fortfarande har kvar en del ångestsymtom. Eventuellt har deras mer depressiva symtom minskat i samband med projektet, men viss ångest kvarstår och det kan också vara naturligt med tanke på att de fortsätter utsätta sig för okända situationer, som initialt kanske ger viss ångest.

En fördel för oss var att deras mål, så som arbete eller arbetsträning, inte låg långt bort i framtiden eller var diffusa, utan delvis var kopplade till deras coachning. Törneke och Ramnerö (2006) påpekar just hur viktigt det kan vara att hos personer med stora och långvariga problem, formulera mål som är omedelbart tillgängliga.

Det finns idag inga klara riktlinjer kring hur många sessioner som leder till god behandling i individuell terapi. Men vi har inte heller hittat någon forskning som har utvärderat individer i gruppbehandling utifrån när förändring sker och hur många sessioner som skulle vara aktuella utifrån detta. Det finns riktlinjer som inte tar hänsyn till vad som sker med patienten och för att kunna säga något om antal krävs mer utvärdering efter var session. Man kan dock säga att rekommenderad behandling skulle kunna vara mellan 20-25 sessioner (Lambert 2007). Vi har erbjudit deltagarna sammanlagt 24 sessioner, varav 12 KBT och 12 mindfulness. Varierande närvaro hos alla deltagarna innebär dock att det inte är någon i gruppen som har erhållit så många sessioner.

KBT kan anses lägga stort ansvar på individen och flera av deltagarna har sociala faktorer som belastar dem i hög grad, vilka de inte kan påverka. Vi funderade kring om de skulle uppleva att vi krävde för mycket av dem. Men vi fick inte de reaktionerna. Tvärtom föreföll det som att de upplevde en frihet när de såg att de kunde påverka sina reaktioner i vardagliga situationer, exempelvis Lena som märkte skillnad i hur hon upplevde sin pressade hemsituation, beroende på hur hon agerade i samband med krav som lades på henne.

Projektet har blivit omtalat i Malmö av både politiker och socialtjänst och har även uppmärksammats av Malmö högskola. En doktorand vid namn Sigrid Stjernswärd från Malmö högskola har intervjuat alla deltagarna och ledarna före och efter projekttiden och utvärderat projektet. Denna uppmärksamhet förklaras delvis av

att fungerande samverkan mellan inblandade verksamheter saknas. Projektet vänder sig också till en målgrupp som är angelägen att hjälpa med extra insatser. Vi har känt oss mycket engagerade i projektet och har blivit imponerade av deltagarnas entusiasm och engagemang. När deltagandet var lågt, hade vi tvivel inför hur vi skulle gå vidare, men vid nästa session dök oftast majoriteten av deltagarna upp och vi pendlade mellan hopp och förtvivlan. Alla deltagarna slutförde behandlingen, vilket är mycket positivt, då de flesta varit med i olika grupper tidigare, exempelvis på AIC, men hoppat av. De har även haft olika individuella kontakter som de har avbrutit. Det kanske behövs nya grepp för att hjälpa denna grupp kvinnor och samverkan mellan olika myndigheter kombinerat med KBT-behandling kan vara ett sätt.

Mot slutet av projektet märkte vi genomgående positiva förändringar hos deltagarna, vilket skattningarna visade. Sigrid Stjernswärd som intervjuade deltagarna påpekade vid intervjuerna med oss efter behandlingen att ”det var helt nya tjejer” som hon mötte vid uppföljningen. Det är svårt att säga exakt vad som har lett fram till dessa positiva förändringar, men vi är övertygade om att vår behandling var en betydelsefull bidragande del. Andra faktorer som kan ha påverkat är att några har fått ändrad ekonomisk situation och har fått arbete.

Vi har inte bestämt någon uppföljning med deltagarna. Kanske skulle vi ha haft uppföljande sessioner, men vår avsatta tid för projektet från vår arbetsgivare gav inte utrymme till det.

Referenser

- American Psychiatric Association, (2000). In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition). Washington, DC: APA.
- Almén, N. (2007). *Stress och utmattningsproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Angelin, A. (2009). Den dubbla vanmaktens logik. En studie om långvarig arbetslöshet och socialbidragstagande bland unga vuxna. Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. (1988). An inventory for measuring anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Clark, D. M. & Fairburn C. G. (1997). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. USA: Oxford University Press.
- Dattilio, F M. & Freeman, A. (2000). *Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention*. (2nd edition). New York: Guilford Press.
- Ellneby, Y. (1999). *Om barn och stress och vad vi kan göra åt det*. Falköping: Natur och Kultur.
- Farmer, R F. & Chapman, A L. (2008). *Behavioral Interventions in Cognitive Behavior Therapy*. USA: American Psychological Association.
- Gellis, Lichstein et al. (2005). *Socioeconomic Status and Insomnia*, American Psychological Association. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.111.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. London: Constable & Robinson Ltd.
- Hayes, S.C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. Reno: Context press.

- Hayes, S, Strosahl, K & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy*, New York, The Guilford press.
- Hayes, S. (2007). *Sluta grubbla börja leva*, Stockholm: Natur och kultur.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*, New York: Dell publishing.
- Karlsson, Christina, Unga kvinnors hälsa, Projektredovisning 2008:3 Västra Götalandsregionen Primärvården Skaraborg. Hämtad http://www.vgregion.se/sv/Primarvarden-Skaraborg/startside/ovrig_verksamhet/fou_centrum/publikationer/projektredovisningar/primarvard/
- Kroese, A. (1999). *Minska din stress med meditation*, Oslo: Natur och kultur.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling*, Stockholm: Natur och kultur.
- Lambert M. (2007). What we have learned from decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care, *Psychotherapy Research*, 17(1): 1-14.
- Linehan, M. (2000). *Dialektisk beteendeterapi, färdighetsträning*, Falköping: Natur och Kultur.
- Linton, S J. (2002). *Sov bättre*, Västerås: ICA bokförlag.
- Livheim, F. (2004) *Acceptance and commitment therapy i skolan- att hantera stress, en randomiserad, kontrollerad studie*. Psykologexamensuppsats, Uppsala Universitet, Institutionen för Psykologi. Hämtat från <http://www.elevhalsan.se/cldocpart/293.pdf>
- Martell, C.R., Addis, M.E. & Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context*. New York: Norton.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2004). *Depressive rumination. Nature, theory and treatment*. West Sussex: John Wiley and sons ltd.
- Ramnerö, J. & Törneke, N. (2006). *Beteendets ABC*, Sverige: Studentlitteratur.

Regeringskansliet (2009). *Forskning om kvinnor och mäns bemötande i sjukvården och Försäkringskassan*. Hämtad 2010-04-19 från Regeringskansliet:

<http://www.regeringen.se/sb/d/11861/a/124173>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005) *Behandling av ångestsyndrom*. nr 171/1+2, Stockholm:SBU.

Segal, Williams & Teasdale. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression, A new approach to preventing relaps*. New York: The Guilford press.

Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn. (2007). *Mindfulness- en väg ur nedstämdhet*. Stockholm: Natur och kultur.

Öst, L-G. (2006). *KBT Kognitiv Beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och Kultur.

Manual KBT

Session ett

Gemensam start med coacher och KBT-terapeuter, där vi presenterar oss och lämnar information om programmet. Deltagarna skriver på samtycke att information får lämnas till berörda parter. De fyller också i självskattningsskalorna, BAI och BDI. Kort information om KBT.

Sedan följer en kort presentation av deltagarna, där de för första gången får tala inför gruppen.

Svarade på följande frågor-

1. Förväntningar på behandlingen,
2. Vad för slags förändring önskar du i ditt liv,
3. I vilka situationer känner du stark oro/nedstämdhet/ångest?
4. Hur hanterar du detta?

Hemuppgift;

Fylla i frågeformuläret Personlig information och komplettera stencilen med de fyra frågorna.

Funktion

Lämna information om upplägg.

Socialisering till behandlingsmodell.

Exponering inför att tala i grupp.

Session två

Psykoedukation om ångest, samt situationsanalys SORK

Hemuppgift;

SORK, samt läsa igenom papper om ångest.

Funktion

Psykoedukation om ångest, samt introduktion till beteendeanalys i form av SORK.

Session tre

SORK fortsättning,

Vi går igenom deltagarnas situationer på tavlan gemensamt och identifierar säkerhetsbeteenden.

Beteendeaktivering.

Hemuppgift;

Skriva ner en svår situation för situationsanalys.

Funktion

Fortsatt arbete med medvetenhet kring konsekvenser av beteenden i vardagliga situationer, samt alternativa beteenden med fokus på enskilda deltagare. Förstå skillnad mellan så kallat rent och smutsigt obehag, utifrån ACT-teori. D.v.s. vissa situationer kommer vi alltid att reagera på med rädsla, men hur vi förhåller oss till detta, kan sedan skapa ångest, som vi definierar som smutsigt obehag. Bli medveten om långsiktiga konsekvenser av våra handlingar och tydliggöra hur vi ofta agerar kortsiktigt för att bli av med obehag.

Session 4

Varvet runt för att fånga upp var deltagarna befinner sig.

Vi uppmuntrar exempelvis till gemensam fika i caféet, utifrån tankar kring exponering.

Fortsätter med information om exponering, exponering vid fobier och identifiering av säkerhetsbeteenden. Vi pratar om långsiktiga konsekvenser och hur våra beteenden ofta styrs av kortsiktiga konsekvenser.

Alla får svara på frågan;

1. Har du något som du har varit rädd för när du var liten, som inte längre skrämmer dig?

eller

2. Finns det något som du nu är rädd för, men som du inte var rädd för tidigare?

Hemuppgift;

Får stencil om exponering och identifiering av säkerhetsbeteenden.

Skriva ner svåra situationer till situationsanalyser.

Funktion

Exponering. Påpekar som vid förra sessionen att de har dagligen en massa situationer där de väljer hur de ska agera och att deras beteenden får konsekvenser. Steg ett är att bli medvetna om samband mellan agerande och mående, för att kunna påverka sin situation.

Session fem

Varvet runt för att fånga upp var deltagarna befinner sig.

Fortsättning exponering med individuella exponeringsuppgifter.

Psykoedukation om sömn, sömn- och vakenhetskonto, sömnrestriktion etc.

Hemuppgift;

Fylla i sömndagbok. Gå upp samma tid varje dag.

Funktion

Psykoedukation om sömn, exponering

Session sex

Uppföljning av hemuppgift exponering och sömndagbok.

Genomgång av stressfaktorer kopplat till sömnproblem.

Kort samtal kring värderad riktning.

Funktion

Fortsättning sömn, exponering, samt träna sig i att agera utifrån långsiktiga mål.

Session sju

Vad som är aktuellt för var och en.

Värderad riktning, se ACT.

Var och en fick sedan skriva ner sina mål och hinder samt värderingar.

Funktion

Fortsatt värderad riktning. Göra hinder och mål mer konkreta. Inte bara fokusera på vad jag inte vill ha, utan träna sig i att fokusera på vad jag vill ha. Att inte ge upp när vi stöter på hinder.

Session åtta

Fortsatt arbete med värderad riktning.

Tittar på individuell exponering.

Session nio

Fortsatt arbete med värderad riktning och uppföljning.

Mindfulnessövning

Session tio

Repetition av SORK

Mindfulnessövning

Session elva

Repetition SOAL, SORK

Mindfulness, russinövning

Session tolv

Vidmakthållande av nya strategier

Mindfulnessövning

Frågor inför behandlingen

Namn:

Datum:

Vad har du för förväntningar på behandlingen?

Vad för slags förändring skulle du vilja ha i ditt liv?

I vilka situationer känner du stark oro/nedstämdhet?

Vad gör du då, dvs. hur hanterar du detta?



LUND
UNIVERSITY

Institutionen för psykologi

INFORMATION TILL DELTAGARE I

KBT-BEHANDLING INOM PROJEKTET "UNGA KVINNOR"

Syftet med den här undersökningen är att få ökad förståelse av hur ett grupp-program för unga arbetslösa eller sjukskrivna kvinnor upplevs av dem som deltar i programmet. Tanken är att detta bör kunna ge viktiga lärdomar inför utformandet av liknande program i framtiden.

Genom att delta i undersökningen, och därmed ge uttryck för hur du upplever programmet, kan du på så sätt bidra till hur liknande program utformas i framtiden.

Undersökningen kommer att redovisas i en uppsats av Madeleine Håden och Pia Blecher inom psykoterapeututbildningen vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet. Handedare för uppsatsen är Lars-Gunnar Lundh, professor i klinisk psykologi vid Lunds universitet, e-post: Lars-Gunnar.Lundh@psychology.lu.se

Att delta i undersökningen innebär

- att du besvarar ett antal frågeformulär i samband med att du är med i gruppen
- att alla dina svar behandlas konfidentiellt, och att ditt namn inte kommer att användas vid redovisningen av resultaten av undersökningen
- att dina svar inte kommer att användas till någonting annat än som underlag för den undersökning som redovisas i Madeleines och Pias uppsats
- att de frågeformulär du lämnat in förstörs när uppsatsen är färdig

Ditt deltagande är viktigt för att vi ska få rättvisande resultat av undersökningen – du kan inte ersättas av någon annan. Ditt deltagande i undersökningen är dock helt frivilligt, och du har rätt att när som helst avbryta ditt deltagande om du skulle vilja det – självfallet får du i så fall fortfarande delta i grupp-programmet.

Jag samtycker till att delta i denna undersökning

Datum _____

Namn _____

Namnförtydligande.....

Frågeformulär 1

UTVÄRDERING AV KBT
(FYLLS I EFTER SESSIONEN)

Deltagare:.....

Datum:.....

Fråga 1: Hur nöjd är Du med dagens session? Markera med ett X i nedanstående tabell.

Mycket nöjd	Nöjd	Mindre nöjd	Inte alls nöjd

Fråga 2: Vad tycker Du var bra ?

.....

.....

.....

Fråga 3: Finns det något som Du tyckte var mindre bra?

.....

.....

.....

Annan kommentar:.....

Din utvärdering är betydelsefull. Tack för Din medverkan!

Frågeformulär 2

UTVÄRDERING AV KBT GRUPPBEHANDLING
(FYLLES I INNAN SESSIONEN)

Deltagare:.....

Datum:.....

Session:.....

Fråga 1: Har Du blivit inspirerad att göra något sedan förra sessionen som Du tycker är kopplat till behandlingen?

.....
.....

Fråga 2: Om Du inte har gjort något sedan förra sessionen: Har Du haft tankar på att göra en förändring?

.....
.....

Frågeformulär 3

UTVÄRDERING AV KBT
(FYLLS I EFTER AVSLUTAD KBT-BEHANDLING)

Deltagare:.....

Datum:.....

Fråga 1: Hur nöjd är Du med Kbt-behandlingen? Markera med ett X i nedanstående tabell.

Mycket nöjd	Nöjd	Mindre nöjd	Inte alls nöjd

Fråga 2: Vad tycker Du var bra ?

.....

.....

.....

Fråga 3: Finns det något som Du tyckte var mindre bra?

.....

.....

.....

Annan kommentar:.....

Din utvärdering är betydelsefull. Tack för Din medverkan!