



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

## Upplevelser av KBT i grupp - avhoppade patienter berättar

**Linnea Gunnarsson & Jenny Klippvik**

Psykologexamensuppsats. Vol. XIV (2012):03

Handledare: Henrik Levinsson  
Bitr. handledare: Eva Brodin  
Examinator: Roger Sages

Tack!

Ett stort tack till alla intervjupersoner för det förtroende ni har visat oss och för att ni genom era berättelser har gjort denna uppsats möjlig. Vi vill också tacka terapeuterna som hjälpte oss att komma i kontakt med intervjupersonerna. Slutligen vill vi tacka våra handledare, Henrik Levinsson och Eva Brodin, för era värdefulla synpunkter och ert engagemang.

### **Abstract**

Reasons behind patients' decisions to unilaterally terminate Cognitive Behavioral Group Therapy (CBGT), and whether the experience of the therapy was related to the termination of the treatment were examined. In addition to this, the patients' expectations on the treatment prior to commencement and patients' experiences of the treatment were examined. Semi-structured interviews were conducted with seven former patients who unilaterally had terminated their CBGT. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) was used to analyse the interviews. The results suggested that the respondents' experiences of CBGT were largely influenced by the group and the other group members. Several of the respondents stated that they were relieved by learning that their difficulties were shared by other patients in the group. One respondent did however state that this experience deteriorated the mental health problems. The majority of the respondents terminated their treatment due to external difficulties or due to a combination of external difficulties and the mental health problems of the patient. In a couple of cases the termination was a direct result of negative experience of the group therapy.

**Keywords:** Psychotherapy drop-out, unilateral termination, Cognitive Behavioral Group Therapy, patient experiences, IPA, semi-structured interviews

## Sammanfattning

Studiens syfte var att undersöka varför patienter valt att ensidigt avsluta sitt deltagande i KBT i grupp, vilka förväntningar de avhoppade patienterna hade haft på behandlingen, hur de upplevde behandlingen och om dessa upplevelser var relaterade till avhoppet. Semistrukturerade intervjuer utfördes med sju personer, vilka alla hade hoppat av från KBT-grupper innan behandlingen var slutförd. Intervjuerna analyserades med hjälp av Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Resultatet visade att gruppen och de andra gruppmedlemmarna hade haft stor betydelse för intervjupersonernas upplevelser av behandlingen. Många kände sig hjälpta av att höra att andra delade deras svårigheter, men en intervjuperson kände att detta tvärtom förvärrade de psykiska problemen. Majoriteten av intervjupersonerna hade avbrutit gruppterapin på grund av yttre omständigheter, såsom händelser i privatlivet. I vissa fall var det en kombination av yttre omständigheter och att den psykiska ohälsan försvårade deltagandet i terapin, som ledde till avbrottet. I två av fallen var avhoppet direkt relaterat till negativa upplevelser av gruppterapin.

**Nyckelord:** Avhopp från psykoterapi, ensidigt avslut i psykoterapi, KBT-gruppbehandling, patientperspektiv, IPA, semistrukturerad intervju

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>Definition av avhopp från psykoterapi</b> .....	<b>2</b>
<b>TEORI</b> .....	<b>3</b>
<b>Kognitiv beteendeterapi (KBT)</b> .....	<b>3</b>
<b>Psykoterapi i grupp</b> .....	<b>5</b>
KBT i grupp .....	5
Grupprocess.....	6
Verksamma faktorer i traditionell gruppterapi.....	7
<i>Inge hopp</i> .....	7
<i>Universalitet</i> .....	7
<i>Undervisning och rådgivning</i> .....	7
<i>Altruism</i> .....	7
<i>Korrigerande rekapitulering av vad som lärts in i ursprungsfamiljen och övriga relationer</i> .....	8
<i>Sociala samtalstekniker</i> .....	8
<i>Imitativt beteende</i> .....	8
<i>Gruppsammanhållning</i> .....	8
<i>Katarsis</i> .....	8
<i>Utveckling av Yaloms teori</i> .....	8
Gruppens ledare .....	9
Gruppens utvecklingsstadier .....	10
<i>Innan gruppterapin</i> .....	10
<i>Det första stadiet</i> .....	10
<i>Det andra stadiet</i> .....	11
<i>Det tredje stadiet</i> .....	11
<i>Det fjärde stadiet</i> .....	11
Gruppens sammansättning .....	12
<b>TIDIGARE FORSKNING</b> .....	<b>12</b>
<b>Avbrott i psykoterapi</b> .....	<b>12</b>
<b>Anledningar till att patienter avbryter sin psykoterapi</b> .....	<b>13</b>
Förbättrat mående.....	13
Praktiska svårigheter .....	14
Egenskaper hos patienten .....	14

Egenskaper hos terapeuten .....	14
Förväntningar .....	15
<i>Dialog kring förväntningar</i> .....	15
<i>Förberedelse inför terapi</i> .....	16
Relationen mellan patient och terapeut .....	16
Anledningar specifika för gruppterapi .....	17
<i>Gruppklimat</i> .....	17
<i>Gruppsammanhållning</i> .....	18
<b>SYFTE</b> .....	<b>19</b>
<b>METOD</b> .....	<b>19</b>
<b>Vetenskapsteoretisk utgångspunkt</b> .....	<b>19</b>
<b>Metodens teoretiska förankring</b> .....	<b>20</b>
Fenomenologi.....	20
Hermeneutik.....	21
<b>Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)</b> .....	<b>21</b>
<b>Motivering till val av metod</b> .....	<b>22</b>
<b>Reflexivitet</b> .....	<b>22</b>
<b>Förförståelse</b> .....	<b>23</b>
<b>Genomförande</b> .....	<b>23</b>
Rekrytering av intervjupersoner.....	23
Beskrivning av intervjupersoner .....	24
Intervjuguide .....	24
Genomförande av intervjuer .....	25
Analys .....	25
<i>Steg 1: Första genomläsning</i> .....	25
<i>Steg 2: Identifiering av teman</i> .....	25
<i>Steg 3: Skapande av kluster</i> .....	26
<i>Steg 4: Skapande av en summeringstabell</i> .....	26
<i>Steg 5: Gå vidare till nästa intervju</i> .....	26
<i>Steg 6: Leta efter mönster mellan intervjuerna</i> .....	26
<b>Etiska överväganden</b> .....	<b>27</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>29</b>
<b>Innan gruppterapi</b> .....	<b>29</b>
Inte blivit hjälpt av tidigare behandling .....	29

Följa experternas rekommendationer .....	30
Inte veta vad gruppterapi kommer att innebära.....	31
<b>Under gruppterapi</b> .....	<b>33</b>
Befriande och svårt att prata om sina problem i gruppen .....	34
Inte vara ensam .....	35
De andra gruppmedlemmarna var betydelsefulla .....	37
Begränsat med utrymme för de egna problemen .....	38
Terapeutens pedagogiska roll.....	39
<b>Beslutet att avbryta och vad som hände sedan</b> .....	<b>42</b>
Yttre omständigheter .....	42
Gruppterapi var en negativ upplevelse.....	42
Den psykiska ohälsan hindrade terapin.....	43
Känna sig hjälpt av terapin.....	44
Behov av fortsatt behandling efter gruppterapi.....	45
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>46</b>
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>47</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>47</b>
Okunskap om KBT i grupp .....	47
Gruppens betydelse .....	48
Terapeutens roll.....	49
Individens behov i gruppen.....	50
Anledningar till avhopp.....	51
<i>Praktiska svårigheter</i> .....	51
<i>Psykisk stabilitet som förutsättning för att delta i KBT i grupp</i> .....	52
Fortsatt behandling efter avhoppet.....	53
Svar på forskningsfrågorna .....	54
<i>Vilka förväntningar hade KBT-gruppdeltagarna på behandlingen?</i> .....	54
<i>Hur upplevde KBT-gruppdeltagarna behandlingen?</i> .....	54
<i>Vad bidrog till att KBT-gruppdeltagarna valde att avbryta sin behandling?</i> .....	55
<b>Validitet och trovärdighet</b> .....	<b>55</b>
Tillförlitlighet.....	55
Genomskinlighet .....	56
Pålitlighet .....	56
Konfirmerbarhet.....	57

<b>Studiens styrkor och begränsningar .....</b>	<b>57</b>
Intervjuer .....	57
Bortfall .....	58
Studiens kulturella kontext.....	58
Studiens bidrag till forskningen .....	59
<b>Vidare forskning .....</b>	<b>59</b>
<b>REFERENSER .....</b>	<b>60</b>
<b>Bilaga 1</b>	
<b>Bilaga 2</b>	
<b>Bilaga 3</b>	



## Inledning

En av de vanligaste psykoterapeutiska metoderna som används i Sverige idag är kognitiv beteendeterapi (KBT) och det är också den psykoterapeutiska metod som har studerats mest. Detta har lett till att det finns god evidens för dess effekt och metoden rekommenderas idag av Socialstyrelsen för behandling mot depression och ångest (Socialstyrelsen, 2010). KBT har fått allt större uppmärksamhet inom västerländsk psykoterapi de senaste decennierna och har i studier visat sig vara en effektiv behandlingsform både som individualterapi och i gruppformat (Bieling, McCabe & Antony, 2008; Johnson, 2010; Sandahl, 2008). Jämfört med tidigare dominerande psykoterapiformer, psykodynamiskt eller psykoanalytiskt inriktad terapi, är KBT-behandling ofta betydligt kortare. Då det är många som efterfrågar terapi, är det ur ett samhällsekonomiskt perspektiv tids- och kostnadseffektivt att bedriva psykoterapi mot exempelvis depression och ångest i grupp. Studier har visat att KBT i grupp kan vara upp till 50 % effektivare, mätt i arbetstid för terapeuten, jämfört med individuell behandling (Morrison, 2001, refererat i Bieling et al., 2008). Utifrån detta utgår den psykoterapeutiska gruppbehandling som bedrivs i Sverige idag till största del från kognitiv beteendeteori (Sandahl, 2008).

Även om KBT är en evidensbaserad behandlingsmetod så skulle det kunna vara så att metoden framstår som mer effektiv än den faktiskt är, då de flesta studier endast mäter utfallet för de personer som går klart hela behandlingen. I många studier kring utfall av terapi är man intresserad av vilken effekt en behandling får när den genomförs i sin helhet. Därför exkluderas ofta de patienter som avbryter behandlingen innan den är tänkt att avslutas från de slutgiltiga beräkningarna. Samtidigt rapporteras att allt från 15 % och upp till 60 % av de patienter som påbörjar en psykoterapeutisk behandling avbryter denna innan deras terapeut anser detta vara rekommenderat (Arnold et al., 2007; Bados, Balaguer & Saldaña, 2007; Pinto-Meza et al., 2009; Reis & Brown, 1999; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Trots att bortfall från psykoterapeutisk behandling är vanligt har lite uppmärksamhet ägnats åt avhopp i KBT-litteraturen (Bados et al., 2007), och relativt få studier har gjorts som undersöker varför patienter avbryter sina terapier (Arnold et al., 2007). Ännu färre studier har undersökt skälen bakom avhopp från just KBT i grupp.

Avhopp från psykoterapi är ett stort problem eftersom behandlingar som inte fullföljs ofta är ineffektiva (Pinto-Meza et al., 2009). När en patient avbryter sin terapi innan terapeuten anser att detta är tillrädligt blir resultatet av terapin ofta sämre jämfört med om patienten stannar kvar i behandling. De patienter som avslutar sin behandling i förtid går miste om vård som skulle kunna minska deras symptom (Arnold et al., 2007). Ju färre

sessioner en patient deltar i innan hon eller han avbryter terapin, desto sämre terapiutfall tenderar det att bli (Reis & Brown, 1999). Enligt Reis och Brown (1999) har studier visat att patienter som avslutar sin terapi efter att ha deltagit i endast en eller två sessioner tenderar att bli sämre och ha fler symptom än de patienter som deltar i tre eller fler sessioner. Ett annat problem är att avhoppade patienter lämnar resurser outnyttjade när de inte använder den terapitid som har avsatts till deras förfogande. Avhoppade patienter tenderar dessutom att söka mer vård än de patienter som stannar i behandling (Reis & Brown, 1999). När terapier avbryts i förtid, och beslutet att avbryta inte är ömsesidigt mellan patient och terapeut, kan båda uppleva en känsla av misslyckande. När avhopp sker från gruppterapi kan detta dessutom störa behandlingen för andra medlemmar och föranleda fler avhopp (Burlingame, MacKenzie & Strauss, 2004; McCallum, Piper, Ogrodniczuk & Joyce, 2002). Det är inte bara den avhoppade patienten som inte får tillgång till terapins fördelar, utvecklingen för de som är kvar i gruppen påverkas också eftersom gruppens sammansättning förändras (Yalom, 1995).

För att psykoterapi ska vara verksamt och få ett gott utfall menar Messer (2006) att det är viktigt att se till både den kliniska kunskapen och erfarenheten, och till patientens tillfredsställelse med terapin samt vad hon eller han själv tycker är verksamt. Genom att fokusera på de patienter som inte slutför sin behandling, och undersöka skälen bakom detta, skulle antalet patienter som blir hjälpta av terapi kanske kunna öka (Lambert & Ogles, 2004). För att på ett nyanserat sätt få reda på hur patienter upplever terapin, och varför vissa väljer att avbryta den i förtid, krävs något mer än den information som kvantitativa mått ger. Patienters erfarenheter av psykoterapi rymmer en ofta outtalad kunskap om vad de upplever som verksamt och hindrande i psykoterapi. Det är därför en viktig uppgift för psykoterapiforskningen att göra denna "tysta kunskap" explicit och tillgänglig för utövare av psykoterapi (Werbart, Lilliengren & Philips, 2008). Det enda sättet att verkligen få veta hur patienterna upplever sin behandling är att fråga dem. Genom att undersöka vilka anledningar patienter anger till varför de avbryter sin KBT i grupp skulle man i förlängningen kunna minska andelen patienter som avslutar sin KBT-gruppbehandling i förtid. Detta skulle i sin tur öka chanserna för att fler patienter blir hjälpta av den vård de får.

### **Definition av avhopp från psykoterapi**

Några olika termer som används för att beskriva företeelsen att patienter väljer att avbryta sin terapi i förtid är avhopp (drop out), bortfall (attrition) och ensidig avslutning (unilateral termination). Det råder ännu ingen konsensus kring vad som ska räknas som ett avhopp från psykoterapi. Forskare har operationaliserat begreppet genom att exempelvis sätta en gräns vid

ett visst antal missade sessioner. Andra sätt att definiera avhopp är när patienten slutar dyka upp utan att höra av sig eller när patienten tar ett eget beslut att avbryta terapin, trots att terapeuten inte anser att detta är lämpligt. Skillnader i definitionen av begreppet skulle enligt Bados et al. (2007) kunna förklara varför andelen avhoppade patienter ser så olika ut mellan olika studier, då det är svårt att veta om det är samma företeelse som har studerats.

Den vanligaste definitionen som används i psykoterapiforskning idag är ensidig avslutning, vilket innebär att beslutet att avbryta terapin inte var en överenskommelse mellan patient och terapeut, utan ett ensidigt beslut från patientens sida (Westmacott, Hunsley, Best, Rumstein-McKean, & Schindler, 2010). Istället för att forskaren dikterar villkoren för vad som ska räknas som ett avhopp får terapeuten avgöra vilka patienter som har avbrutit sin terapi i förtid. Genom att använda denna definition undviks de problem som uppkommer när antalet sessioner som patienten har deltagit i används som mått, eftersom olika patienter kan behöva olika antal terapisesioner för att nå sina mål i terapin (Reis & Brown, 1999). Reis och Brown (1999) anser att ensidig avslutning är den mest användbara definitionen av avhopp från terapi, trots risken för att olika terapeuter kan värdera vad som räknas som ett avbrott på olika sätt.

Med begreppen avhopp från terapi och avbrott från terapi avses i denna uppsats ensidig avslutning.

## **Teori**

Teoriavsnittet inleds med en genomgång av kognitiv beteendeterapi (KBT), KBT i gruppformat samt verksamma faktorer i traditionell gruppterapi. Därefter redogörs för forskning kring avhopp från psykoterapi, både vad gäller individuell behandling och behandling i grupp.

### **Kognitiv beteendeterapi (KBT)**

Kognitiv beteendeterapi är en evidensbaserad behandlingsform som visat sig vara verksam för psykiska problem såsom depression och ångest (Socialstyrelsen, 2010). KBT är en integrativ terapiform som kombinerar kognitiv terapi med beteendeterapi och grundar sig därför både i kognitiva teorier och inlärningspsykologiska teorier. Metoden utvecklades som en motreaktion mot den tidigare psykodynamiska traditionen och fick sitt genomslag med Aaron T. Beck på 1960-talet (Kåver, 2006). KBT har historiskt sett haft en stark ställning framförallt i västeuropeiska och nordamerikanska länder.

Inom KBT utforskar patient och terapeut tillsammans patientens problem, faktorer som vidmakthåller problemet samt möjliga lösningar eller copingstrategier. Likt två forskare ställer terapeut och patient upp hypoteser, vilka därefter bekräftas eller förkastas genom tanke- eller beteendexperiment. Genom sokratisk dialog försöker terapeuten hjälpa patienten att själv hitta svar och ta en aktiv roll i behandlingen. Med sokratisk dialog menas att terapeuten ställer frågor som medvetet leder patienten i en viss riktning, där syftet är att nå en större förståelse för de egna problemen samt nya perspektiv på dessa. Den kognitiva delen av terapin har ett insiktsbefrämjande syfte där målet är att patienten ska få en ökad förmåga till metakognition, det vill säga att reflektera kring de egna tankarna, få en förståelse för hur tankar och beteende påverkar det egna måendet samt hur patienten själv kan påverka de egna tankarna. Även mer beteendearbetad KBT strävar efter att patienten ska få insikt i hur beteendet påverkar måendet, men här uppnås insikt främst genom praktiska erfarenheter vid beteendexperiment. Att arbeta med medveten närvaro och acceptans är ytterligare tekniker som används i många kognitiva beteendeterapier. Målet i terapin är att patienten själv ska lära sig att hitta metoder och tekniker för att hantera sina problem, så att patienten när terapin är slut kan vara "sin egen terapeut" och använda erfarenheterna från terapin för att handskas med problem som uppkommer (Kåver, 2006).

För att terapeut och patient ska kunna arbeta tillsammans som ett team, och för att patienten ska våga utföra beteendexperiment och göra hemläxor enligt överenskommelse, krävs en arbetsallians präglad av tillit. Precis som i andra terapiformer poängterar man inom KBT vikten av att terapeuten är empatisk, lyhörd och äkta inför sin klient. Den terapeutiska alliansen har också visat sig ha stor betydelse för utfallet av kognitiv beteendeterapi (Andersson & Mörtberg, 2008). Arbetsallians, eller terapeutisk allians, avser vissa bestämda aspekter av relationen mellan patient och terapeut; det emotionella bandet, tillit till varandra, respekt samt samarbetet kring mål och metoder i det terapeutiska arbetet. Arbetsalliansen underlättar förändring, och känslan av att vara en del av ett samarbetande team möjliggör för patienten att acceptera och följa det terapeutiska arbetet även när det blir svårt och tungt. Arbetsalliansen är en medveten aspekt av den terapeutiska relationen i den bemärkelsen att det är möjligt för patient och terapeut att reflektera kring arbetsalliansens olika delar (Horvath & Bedi, 2002; Safran & Muran, 2000).

En viktig aspekt av arbetsalliansen är att förmedla hopp om att förbättring är möjligt. Hopp anses spela en avgörande roll i början av en terapi och har kopplats till det resultat behandlingen får i slutändan. Patienter går ofta in i terapin med en känsla av maktlöshet och avsaknad av hopp. Det är genom den emotionellt laddade terapeutiska relationen som

patienten börjar acceptera terapeutens tro på att en positiv förändring är möjlig, och så småningom själv kan överta denna tro (Larsen & Stege, 2010). En annan viktig del i terapeutens roll är att validera patienten och hennes eller hans upplevelse. I valideringsbegreppet ingår att bekräfta patienten på ett sådant sätt att hon eller han känner sig lyssnad på och tagen på allvar (Kåver, 2006).

Samtidigt som relationen mellan terapeut och patient har stor betydelse inom KBT, läggs också stor vikt vid psykoedukation, vilket innebär att terapeuten har en pedagogisk hållning gentemot patienten. Mycket av arbetet går ut på att förmedla förståelse; dels för de egna problemen/den egna störningen och dels för själva terapisituationen och de olika metoder som tillämpas, samt syftet bakom dessa (Andersson & Mörtberg, 2008).

### **Psykoterapi i grupp**

Utifrån ett KBT-perspektiv ses gruppformatet som ett sätt att förmedla kunskap om KBT till flera individer samtidigt. Detta till skillnad från ett mer traditionellt gruppterapeutiskt perspektiv där gruppen ses som själva interventionen (Bieling et al., 2008). Psykoterapi i grupp har traditionellt sett utövats främst inom det psykodynamiska fältet och inom upplevelseinriktad terapi (Bieling et al., 2008). Nedan följer en kort redogörelse av hur KBT kan bedrivas i gruppformat. Därefter beskrivs vad som menas med gruppprocess, verksamma faktorer i traditionell gruppterapi, gruppleadarens betydelse, terapigruppens utvecklingsstadier samt slutligen vilken betydelse gruppens sammansättning kan ha för utfallet av terapin.

**KBT i grupp.** De teorier som KBT-gruppbehandlingen bygger på är från början tänkta att användas i individualterapi, och KBT-manualer som egentligen är utformade för individualterapi kan ofta användas även i ett gruppformat. I KBT i grupp används i stor utsträckning samma typ av tekniker som används i individuell KBT, exempelvis hemuppgifter, tankeexperiment och exponering. Liksom i individuell KBT har den sokratiska dialogen en viktig funktion. Ofta får det psykoedukativa momentet relativt stort utrymme i behandlingen och gruppmedlemmarna kan utöver hemuppgifterna få i uppgift att mellan sessionerna läsa informationsmaterial om det aktuella problemet.

Bieling et al. (2008) föreslår att en session i KBT i grupp kan byggas upp kring sju delmoment, vilka även kan ingå i individuell KBT: lägesrapport, klargöranden från föregående session, en bro mellan föregående session och innevarande session, agendan för dagens session, sammanfattning och hemuppgift i form av övningar eller läsmaterial. Vanligtvis består en KBT-grupp av mellan fem och tio deltagare, men antalet kan variera beroende på diagnos och behandlingens natur. KBT i grupp liknar i regel mer individuell

KBT med flera åhörare, än vad den liknar traditionell processinriktad gruppterapi (Bieling et al., 2008).

Burlingame et al. (2004) är kritiska till att se på KBT-gruppbehandling som enbart ett sätt att förmedla KBT till många individer samtidigt, och menar att det är viktigt att vara medveten om att gruppterapi inte kan reduceras till individualterapi som bedrivs i formatet av en grupp. De betonar betydelsen av att uppmärksamma vad som händer när det som ursprungligen var tänkt som individualterapi appliceras på grupper. Bieling et al. (2008) varnar för att för lite uppmärksamhet ägnas åt gruppprocesser, och att en framgångsrik KBT-gruppbehandling bör utnyttja möjligheterna som gruppformatet ger. Exempelvis kan gruppen generera många fler exempel på automatiska tankar, kopplingar mellan tanke, känsla och beteende eller beteendestrategier. När terapeuten inte tar hänsyn till att terapin bedrivs i grupp så missar man gruppens potentiella positiva inflytande på behandlingen, men också gruppens potentiella negativa inflytande. Beroende på vilket gruppklimat som råder kan gruppen antingen stödja eller underminera deltagarnas inläring av kognitiva och/eller beteendemässiga strategier, exempelvis genom att göra det mer eller mindre lätt för deltagare att öppna sig och dela med sig av sina tankar och känslor. Att berätta om sådant som patienten tycker är pinsamt kan också vara svårt när terapin bedrivs i ett gruppformat (Bieling et al., 2008).

Bieling et al. (2008) anser att precis som arbetsalliansen allteftersom har fått större uppmärksamhet inom individuell KBT, så bör gruppprocessen ägnas mer uppmärksamhet vid KBT som utförs i grupp. Detta måste dock ske på ett sätt som inte tar fokus från de tekniker och strategier som är grunden i KBT-modellen. Bieling et al. (2008) menar att KBT som sker i grupp skulle främjas av att se till de processer som ofrånkomligen uppstår i grupper. Om terapeuterna använde sig av gruppprocessen i terapin skulle de nå fördjupad insikt i hur man arbetar effektivt och optimalt med grupper. Gruppmedlemmarna skulle också få större utbyte och fler möjligheter till inläring. Genom att som terapeut vara uppmärksam på gruppprocessvariabler kan man finna lösningar på de problem som kan uppstå i grupper, oavsett om terapin är processinriktad eller ej. KBT-gruppbehandlingen skulle enligt Bieling et al. (2008) få ett bättre utfall om de specifika KBT-teknikerna tilläts samspela med gruppprocessfaktorer.

**Gruppprocess.** Det finns ingen tydlig definition av vad gruppprocess är eller hur det ska förklaras. Bieling et al. (2008) har valt att definiera gruppprocess som ”den interpersonella interaktionen mellan gruppmedlemmar, och mellan gruppmedlemmar och gruppledare” (s.

37). Wheelan (2005) beskriver grupprocesser som nödvändiga för att hålla ihop en grupp och menar att grupprocesser framträder i gruppmedlemmarnas interaktioner och beteenden.

I KBT i grupp är de kognitiva och beteendeariktade teknikerna betydelsefulla, men Bieling et al. (2008) menar att det är viktigt att skilja på gruppterapins teknik och process. Gruppterapins teknik utgörs framförallt av de strategier och den information som lärs ut till patienterna, i syfte att underlätta förändring i kognitioner och beteende. Tekniken kan dock, om den används på fel sätt, utgöra ett hinder för grupprocessen. Om den psykoedukativa delen läggs fram på ett sätt som uppfattas som alltför föreläsningsmässigt kan gruppens positiva interaktion hämmas. I en för stor grupp, med tolv eller fler medlemmar, riskerar deltagarna att involveras alltför lite och behandlingen kan då lätt få en mer föreläsande karaktär. Vidare kan en alltför strikt struktur på sessionerna hindra spontana reflektioner och interaktioner i gruppen. Ett visst utrymme för ostrukturerad tid i gruppen kan gynna gruppmedlemmars känsla av delaktighet och ansvar i gruppen (Bieling et al., 2008).

**Verksamma faktorer i traditionell gruppterapi.** Yalom brukar räknas som ett av de stora namnen inom det gruppterapeutiska området (Bieling et al., 2008; Burlingame et al., 2004; Wheelan, 2005). I boken *The theory and practice of group psychotherapy* (Yalom, 1995) har han sammanställt teori och forskning kring vad som är verksamt i gruppterapi, och sammanfattat detta till nio faktorer vilka är betydelsefulla för att uppnå gott resultat i gruppbehandling.

**Inge hopp.** En verksam faktor är att terapin inger hopp hos patienten. Hopp är viktigt för att patienten ska stanna kvar i terapin, men hoppet är också en terapeutisk faktor i sig. Terapeuten har till uppgift att bära hoppet och förmedla det till patienten redan innan terapin startar. Att beskriva tidigare patienters lyckade resultat är ett sätt att åstadkomma detta.

**Universalitet.** Med universalitet menas det faktum att patienten får höra att andra människor upplever liknande problem. Särskilt i början av gruppterapin kan upplevelsen av att inte vara ensam om sina svårigheter bli en stor lättnad för patienter som kanske inte har trott att någon annan har känt likadant.

**Undervisning och rådgivning.** Undervisning och rådgivning har stor betydelse för gruppterapins resultat. Terapeuten har en viktig roll vad gäller undervisning kring exempelvis diagnoser och behandlingsplan, medan hjälpsamma och relevanta råd kan komma både från terapeut och från andra gruppmedlemmar. Det är inte bara råden i sig som har betydelse, utan även att delta i själva rådgivningsprocessen blir en viktig lärdom.

**Altruism.** Altruism innebär enligt Yalom (1995) att gruppmedlemmarna drar nytta av att hjälpa andra medlemmar i gruppen. Det är inte bara den enskilda medlemmen som får

hjälp som gagnas, utan även den person som ger råd kan känna sig betydelsefull och få en möjlighet att fokusera på något annat än de egna svårigheterna.

**Korrigerande rekapitulering av vad som lärts in i ursprungsfamiljen och övriga relationer.** Yalom (1995) menar att alla gruppmedlemmar har med sig tidigare erfarenheter och upplevelser av sociala interaktioner som skett under hela livet. Dessa erfarenheter kommer även att framträda i gruppen och kan orsaka konflikt eller splittring. Det blir då terapeutens uppgift att försöka dämpa dessa interaktionsmönster, men också att hjälpa individen och gruppen att observera sådana mönster och korrigera dem. På detta sätt sker en interpersonell inläring som kan vara till nytta för både den enskilda individen och gruppen som helhet.

**Sociala samtalstekniker.** Ytterligare en verksam gruppfaktor är möjligheten för gruppen att utveckla sociala färdigheter genom sociala samtalstekniker. Gruppmedlemmarna kan genom exempelvis rollspel prova sådant som de upplever är svårt eller obehagligt i vardagen, och sedan få direkt feedback från gruppen.

**Imitativt beteende.** Gruppen erbjuder också möjlighet för den enskilda individen att lära sig adekvata handlingsstrategier genom att observera hur de andra gruppmedlemmarna, inklusive terapeuten, gör. Yalom (1995) kallar detta för imitativt beteende.

**Gruppsammanhållning.** Gruppsammanhållningen är också en verksam faktor som kan påverka utfallet av terapin. Begreppet inbegriper den attraktionskraft som gruppen och dess medlemmar har på varandra, men även det stöd och den tillit som finns mellan gruppmedlemmarna, samt gruppmedlemmarnas acceptering av varandra.

**Katarsis.** Slutligen är katarsis en betydelsefull faktor i gruppterapi. Med katarsis menas att allt som en gruppmedlem berättar för gruppen på något sätt innebär en lättnad för berättaren. Det kan vara sådant som personen aldrig tidigare sagt till någon annan, eller sådant som personen själv inte varit medveten om. Yalom (1995) anser att det är nödvändigt med katarsis för att uppnå resultat i gruppterapi. Det är dock inte tillräckligt att individen berättar om sina problem, det är interaktionen med, och reaktionen från, de andra som ger effekt.

**Utveckling av Yaloms teori.** Burlingame et al. (2004) har byggt vidare på Yaloms teori om verkamma faktorer i gruppterapi och skapat en modell för att beskriva vad som bidrar till att en gruppbehandling får goda terapeutiska resultat. Enligt deras modell har det, förutom de gruppprocesser Yalom beskriver, betydelse vilken teori gruppbehandlingen stödjer sig på och följaktligen vilken metod som tillämpas. Egenskaper hos patient och terapeut kan också ha betydelse för utfallet av gruppterapi. Dessutom menar Burlingame et al. (2004) att strukturella faktorer kan ha betydelse. Strukturella faktorer kan vara sådant som sessionens



längd, hur ofta och hur många gånger gruppen träffas, gruppens storlek och i vilket sammanhang behandlingen sker.

Många av de gruppprocessfaktorer som Yalom (1995) framhåller som relevanta för gruppterapins resultat finns redan inbyggda i KBT-modellen enligt Bieling et al. (2008), men de tillskrivs sällan betydelse för resultatet av KBT i grupp. Till exempel kan det psykoedukativa momentet i KBT liknas vid Yaloms (1995) faktor Undervisning och rådgivning. Arbetet inom KBT i grupp ger även möjlighet till att se och diskutera hur andra personer hanterar svåra situationer och att öva på dessa, vilket liknar Yaloms (1995) faktorer Sociala samtalstekniker och Imitativt beteende. Det ger också möjligheter för patienter att se att de inte är ensamma om sina problem, det som Yalom (1995) kallar för Universalitet. Förutom kognitiva och beteendeariktade tekniker erbjuder KBT i grupp patienterna stöd, uppmuntran och relationer till andra gruppmedlemmar som arbetar med liknande problem på ett liknande sätt (Johnson, 2010).

**Gruppens ledare.** Det är vanligt att terapeuter beskriver att grupper fungerar olika bra och att vissa grupper fungerar bättre än andra. När en KBT-grupp fungerar mindre bra och det uppstår problem i gruppen, är det enligt Bieling et al. (2008) många gånger grupp faktorer som är orsaken, och inte KBT-modellen i sig. Om terapeuten upplever att gruppen inte fungerar bra bör hon eller han uppmärksamma de grupp faktorer som är mest framträdande i gruppen. När terapeuten identifierat problemet är det också lättare att försöka hitta lösningar på det (Bieling et al., 2008). Bieling et al. (2008) rekommenderar att två terapeuter, en huvudterapeut och en medterapeut, håller i KBT-gruppen. Detta för att de tillsammans ska kunna hantera problem som kan uppstå, få flera perspektiv på vad som sker i gruppen och ge varandra stöd.

Terapeuten eller terapeuterna är gruppterapins gruppleddare och Bieling et al. (2008) menar att ledarstilen är avgörande för hur gruppterapin fungerar. Enligt Wheelan (2005) är ledarens roll i terapigruppen av största betydelse då det gäller att utveckla ett grupp klimat som känns tryggt och inkluderande för gruppdeltagarna. Ledaren i en KBT-grupp behöver ha kunskap om KBT-tekniker samtidigt som hon eller han måste ha kunskap om grupper, hur de kan fungera och vilka problem som kan uppstå. Terapeuten behöver ta hänsyn till de gruppprocesser som uppstår, samtidigt som hon eller han ansvarar för att gruppen arbetar med sina uppgifter (Bieling et al., 2008; Wheelan, 2005), exempelvis att gå igenom hemuppgifter eller genomgång av nytt material. Terapeuten har därför en viktig uppgift när det gäller att balansera mellan att rikta uppmärksamheten till det som utspelar sig i gruppen, mellan gruppmedlemmar och mellan terapeut och gruppmedlemmar, och att lära ut KBT-tekniker.

Ibland måste terapeuten göra nödvändiga kompromisser mellan att fokusera på process och på teknik. Beroende på var tonvikten läggs kan KBT i grupp utföras på olika sätt. Antingen kan den utföras och beskrivas som individualterapi med flera åhörare, eller så kan de gruppprocessfaktorer som uppstår i grupper erkännas och på så sätt användas för att förbättra utfallet (Bieling et al., 2008).

**Gruppens utvecklingsstadier.** Enligt gruppsykologisk teori går alla grupper igenom olika faser i sitt arbete och i varje fas uppstår olika gruppprocesser. Utvecklingsfaserna innefattar bland annat att lära känna varandra, skapa gemensamma normer, hantera interna konflikter, arbeta på ett effektivt sätt och slutligen att avsluta gruppens samarbete (Wheelan, 2005). Det finns inget forskningsstöd för att detta även skulle gälla terapigrupper, men enligt Bieling et al. (2008) tyder klinisk erfarenhet på att terapigrupper, exempelvis KBT i grupp, också har en utveckling som upprepas och kan förutsägas. Även Wheelan (2005) och MacKenzie (1997, refererat i Sandahl, 2008) menar att terapigrupper genomgår utvecklingsstadier. Nedan följer en beskrivning av de stadier som en terapigrupp kan tänkas gå igenom under sitt arbete, och vad som kan vara viktigt i dessa stadier.

**Innan gruppterapin.** Innan gruppterapin börjar kan gruppledaren träffa deltagarna individuellt för att informera om behandlingen och för att bedöma vilka personer som är lämpliga att delta i gruppbehandlingen (Bieling et al., 2008). Det är viktigt att deltagarna får information om behandlingens upplägg och hur gruppterapi går till. Dessutom bör gruppledaren berätta om för- och nackdelar med att delta i en gruppterapi samt skapa en förståelse för gruppprocesser hos den blivande deltagaren. Det är också av stor betydelse att den blivande gruppdeltagaren får prata om sina förväntningar på och mål för terapin (Wheelan, 2005).

**Det första stadiet.** Under det första stadiet bildas gruppens identitet (MacKenzie, 1997, refererat i Sandahl, 2008) och gruppdeltagarna får lära känna varandra. De får känna på hur det är att tillhöra gruppen och under detta första stadium bildas gruppens normer. Ledarens roll är oerhört viktig i början eftersom det är den enda rollen i gruppen som är klart definierad (Bieling et al., 2008; Wheelan, 2005). Gruppmedlemmarna kan vara oroliga för att delge information om sina problem och därför är det viktigt att gruppledaren kan skapa ett klimat där gruppmedlemmarna efterhand känner större säkerhet och tillhörighet till gruppen. Ett sätt att göra detta är genom tydliga ramar för terapin och gruppen, exempelvis gällande närvaro eller tystnadsplikt. Gruppmedlemmarna kan också bidra till sammanhållningen genom att försöka lära känna varandra, ställa frågor till varandra, beskriva egna erfarenheter och svårigheter samt berätta om vilka mål de har för terapin (Wheelan, 2005).

I inledningsstadiet, liksom i senare stadier, kan gruppen stöta på motstånd i olika former som hindrar den fortsatta utvecklingen. Motståndet kan vara patientrelaterat, exempelvis att patienten inte är engagerad eller inte har förstått gruppbehandlingens upplägg. Det kan också ha att göra med att terapeuten inte lyckats skapa en god arbetsallians eller inte uppmärksammat det problem patienten upplever som viktigast. Motståndet kan också handla om att behandling i grupp av någon anledning inte är lämpligt för den enskilda patienten (Bieling et al., 2008).

**Det andra stadiet.** I detta stadium är gruppmedlemmarna mer bekväma med gruppen, och kan i större utsträckning säga vad de tycker och tänker till de andra gruppmedlemmarna eller till terapeuten (Wheelan, 2005). Detta stadium kan enligt Bieling et al. (2008) nås redan efter ett par sessioner i en KBT-grupp. Varje gruppmedlem har med sig värderingar och trosföreställningar om hur världen fungerar och är beskaffad. Deltagare i en grupp får en möjlighet att upptäcka hur andras trosföreställningar ser ut och kan jämföra dem med sina egna. Genom att jämföra sig själv med andra kan deltagaren upptäcka nya sätt att se på saker, men det kan också uppstå konflikter (MacKenzie, 1997, refererat i Sandahl, 2008; Wheelan, 2005). Konflikterna i en terapigrupp kan handla om hur man ska bete sig i gruppen, om terapins upplägg eller om de tekniker som terapeuten lär ut. Under detta andra stadium börjar gruppmedlemmarna också få en större medvetenhet kring sina egna problem och kring sina tankar, känslor och beteenden (Bieling et al., 2008).

**Det tredje stadiet.** Under denna fas är gruppen fokuserad på arbete och möjligheterna för öppenhet mellan medlemmarna och ömsesidigt ansvarstagande i gruppen ökar (MacKenzie, 1997, refererat i Sandahl, 2008). I en KBT-grupp innebär detta arbete med de tekniker och övningar som gruppledaren lär ut, men arbetet innefattar också de hemuppgifter som görs mellan sessionerna. I denna fas är det av stor betydelse att gruppmedlemmarna delar med sig av de svårigheter de stöter på och ger varandra feedback, och det är gruppledarens uppgift att uppmuntra till detta. Gruppledaren ska också börja förbereda gruppen på att ett avslut närmar sig (Bieling et al., 2008).

**Det fjärde stadiet.** Det sista stadiet kallar MacKenzie (1997, refererat i Sandahl, 2008) för avslutningsfasen, medan Wheelan (2005) anser att fas tre och fyra flyter ihop i terapigrupper. I det sista stadiet bör gruppen prata om hur deltagarna ska gå vidare efter gruppterapin, var och en för sig, och det är viktigt att gruppledarna frågar varje gruppmedlem vad just den personen har fått ut av gruppterapin. Detta för att gruppmedlemmarna på egen hand ska lyckas vidmakthålla de positiva förändringar som skett (Bieling et al., 2008).

**Gruppens sammansättning.** Gruppens sammansättning kan få stor betydelse för det terapeutiska arbetet. Huruvida en grupp bestående av individer som liknar varandra i sådana avseenden som diagnos, ålder, kön och kulturell bakgrund, arbetar ”bättre” än en grupp med mer olika individer är svårt att svara på. Enligt Bieling et al. (2008) finns det för- och nackdelar med såväl homogena som heterogena grupper. Homogena grupper kan ha en fördel, framförallt tidigt i terapin, genom att gruppmedlemmarna lätt kan identifiera sig med varandra och lättare trivas ihop. Stora kulturella eller åldersmässiga skillnader kan vara ett hinder för gruppmedlemmarnas möjlighet att relatera till varandra, och kan också göra det svårt att hitta ett lämpligt språkbruk som passar alla medlemmar. Yngre och äldre vuxna kan också till viss del ha behov av olika typer av interventioner. Å andra sidan innebär heterogena grupper en möjlighet för medlemmarna att se att problemen har en allmängiltighet och upplevs av olika typer av människor. I heterogena grupper kan också mer varierande perspektiv på, och erfarenheter av, problemet rymmas (Bieling et al., 2008).

### **Tidigare forskning**

Föregående avsnitt har berört teorier om KBT och psykoterapi i grupp. Det är troligt att de faktorer som visat sig ha betydelse för utfallet av en terapi, också har betydelse för huruvida patienter väljer att stanna kvar i sin terapi eller ej. Exempelvis har arbetsallians mellan patient och terapeut (Horvath & Bedi, 2002), samt gruppsammanhållning (Yalom, 1995), visat sig ha samband med utfallet av individuell terapi respektive terapi i grupp. Samma faktorer har kopplats till sannolikheten att patienter avbryter sin behandling i förtid (McCallum et al., 2002; Westmacott et al., 2010).

### **Avbrott i psykoterapi**

Forskningen rapporterar olika siffror om hur vanligt det är att patienter avbryter sin psykoterapi i förtid. I studier rapporteras att 15-60 % av de patienter som påbörjat en psykoterapeutisk behandling avbryter denna ensidigt (Arnold et al., 2007; Bados et al., 2007; Pinto-Meza et al., 2009; Reis & Brown, 1999; Wierzbicki & Pekarik, 1993). I de flesta studier kring patienter som avbryter sin psykoterapi i förtid har den undersökta terapiformen varit någon form av individualterapi. I en metastudie på 125 studier var medelvärdet för antal avhoppare 47 % för alla terapiformer sammantaget. Andelen avhoppade patienter från individualterapi (48 %, n = 82 studier) var jämförbar med andelen avhoppade patienter från grupp-, familje- och parterapi (46 %, n = 43 studier) (Wierzbicki & Pekarik, 1993). I studier

av KBT-behandlingar i grupp har frekvensen avhoppade patienter varit 14-34 % (Brown et al., 2011; Eurelings-Bontekoe, Van Dam, Luyten & Verhulst, 2009; Loebach Wetherell et al., 2011). Brown et al. (2011) fann i sin studie inga skillnader mellan individuell KBT och KBT i grupp vad gällde antalet avhopp.

Majoriteten av avhopp sker i början av en terapi (Arnow et al., 2007; Pinto-Meza et al., 2009; Reis & Brown, 1999). I en metastudie sammanfattande 30 års forskning på området fann Reis och Brown (1999) att 37-45 % av de patienter som avslutade sin behandling innan den var färdig endast deltog i en eller två sessioner. I en annan stor studie, gällande 681 kroniskt deprimerade öppenvårdspatienter, var det 55 % av de patienter som hoppade av terapin som avbröt inom fyra veckor efter att terapin hade påbörjats (Arnow et al., 2007). Enligt Pinto-Meza et al. (2009) var de första, andra och tredje besöken kritiska för huruvida en patient fortsatte i terapi eller inte. De första sessionerna framstår alltså som avgörande för huruvida patienten väljer att stanna i terapin eller ej, efter det planar antalet avhoppare ut över tid (Pinto-Meza et al., 2009; Reis & Brown, 1999).

### **Anledningar till att patienter avbryter sin psykoterapi**

Forskare har på olika sätt försökt utreda vilka anledningar det kan finnas till att patienter avbryter sin terapi innan terapeuten anser att det är dags att avsluta. Medan vissa studier fokuserar på egenskaper hos patienten eller terapeuten, eller relationen mellan terapeut och patient, har andra närmast sig problemet genom att intervjua patienter kring skälen bakom deras avbrott. Några av de vanligaste skäl som patienter anger som orsak till deras beslut att avbryta behandlingen är låg motivation (Bados et al., 2007), missnöje med terapin (Bados et al., 2007; Reis & Brown, 1999; Westmacott et al., 2010), praktiska svårigheter (Bados et al., 2007; Westmacott et al., 2010) samt (Bados et al., 2007; Pinto-Meza et al., 2009; Westmacott et al., 2010). Även här har de flesta studier haft individualterapi som studerad behandling. I studier av psykoterapi i grupp har även sådana faktorer som gruppklimat och gruppsammanhållning kopplats till ensidigt avbrott i terapin (McCallum et al., 2002).

**Förbättrat mående.** Ett av de vanligare skälen som patienter anger till varför de har avbrutit terapin i förtid är att de mår bättre (Bados et al., 2007; Pinto-Meza et al., 2009; Westmacott & Hunsley, 2010). Detta skäl är egentligen något positivt för patienten, men det lyfts sällan fram när avhopp diskuteras i litteraturen. Vanligare är att ensidiga avslut i terapi ses som något som ska förebyggas och undvikas. Varför terapeuten inte anser att terapin bör avslutas när patienten anger att hon eller han mår bättre framgår inte av dessa studier. Enligt Reis och Brown (1999) anser terapeuter ofta att det krävs fler sessioner för att uppnå resultat,

jämfört med vad patienterna anser. Terapeuterna tenderar också att vara mer pessimistiska till snabba förändringar. Trots att ett förbättrat mående enligt vissa studier är en vanlig anledning till ensidiga avbrott, visar andra studier att svar på behandlingen inte alltid är relaterat till avhopp. Arnow et al. (2007) fann inga skillnader mellan avhoppade patienter och patienter som var kvar i behandling, när det gällde hur man hade svarat på behandlingen efter två veckor. I en studie av Westmacott et al. (2010) angav patienter att förbättrat mående var mindre viktigt för beslutet att avbryta terapin, jämfört med exempelvis missnöje med terapin/terapeuten eller praktiska omständigheter.

**Praktiska svårigheter.** Ett vanligt skäl till avbrott är yttre omständigheter i patientens liv. I flera studier rapporterar patienter att svårigheter med transport, schemakrockar, barnpassning, sjukdom och andra upplevda hinder för terapin har haft betydelse för deras beslut att avbryta sin behandling (Bados et al., 2007; Westmacott & Hunsley, 2010; Westmacott et al., 2010).

**Egenskaper hos patienten.** Låg motivation hos patienten är en faktor som har visat sig ha samband med ensidigt avbrott (Bados et al., 2007). Westmacott et al. (2010) anger att upplevelser av terapin som krävande eller irrelevant i förhållande till problemet i högre grad rapporteras av patienter som ensidigt avslutar behandlingen.

I en metaanalys drog Reis och Brown (1999) slutsatsen att det inte fanns några tydliga indikationer på att patienter ur vissa demografiska grupper tenderar att hoppa av sin terapi i högre utsträckning än patienter från andra grupper. I senare studier har dock ett flertal patientegenskaper relaterats till avhopp från psykoterapi, exempelvis ung ålder (Arnow et al., 2007; Pinto-Meza et al., 2009), psykiatrisk diagnos (Pinto-Meza et al., 2009; Westmacott & Hunsley, 2010), låg inkomst och låg socioekonomisk status (Arnow et al., 2007; Pinto-Meza et al., 2009; Westmacott & Hunsley, 2010). Andra studier, exempelvis Bados et al. (2007), har inte funnit några sådana skillnader mellan de patienter som avbryter sin behandling i förtid och de som stannar kvar.

**Egenskaper hos terapeuten.** Generellt har forskningen kring avhopp haft större fokus på patientegenskaper än på egenskaper hos terapeuten. De studier som har undersökt terapeutegenskaper har inte kunnat visa på några direkta samband mellan terapeutens egenskaper och frekvensen i avbrott. Däremot har det interpersonella samspelet mellan patient och terapeut visat sig ha samband med avbrott i terapin (Reis & Brown, 1999). Det är dock lika viktigt att terapeuternas egenskaper studeras, eftersom terapin är ett samarbete mellan terapeut och klient (Westmacott et al., 2010). Vissa egenskaper hos terapeuten som

gruppleadare, såsom värme, öppenhet och empati, har enligt Burlingame et al. (2004) relaterats till mer sammanhållna grupper och bättre patientutfall.

**Förväntningar.** Flera studier har funnit att skillnader i patientens och terapeutens förväntningar på terapin har varit relaterat till tidiga avbrott (Hunsley, Aubry, Verstervelt & Vito, 1999; Reis & Brown, 1999; Westmacott et al., 2010). Flera författare anser att sambandet mellan låg socioekonomisk status och tidigt avbrott i psykoterapi delvis kan förklaras av skillnader mellan patientens och terapeutens förväntningar på behandlingens längd (Reis & Brown, 1999; Westmacott et al., 2010; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Enligt Reis och Brown (1999) kan en anledning till detta vara att skillnader i utbildningsnivå, livssituation, attityder och föreställningar kan försvåra kommunikationen och känslan av att förstå varandra. Att uppmärksamma denna typ av skillnader och ta hänsyn till dem minskar enligt Reis och Brown (1999) risken för avhopp på grund av skilda perspektiv och förväntningar.

**Dialog kring förväntningar.** Om patientens föreställningar om terapin inte tidigt uppmärksammas av terapeuten finns en stor risk att patienten avbryter behandlingen när förväntningarna inte infrias (Horvath, 2000, refererat i Werbart et al., 2008). Psykoterapi är ett sätt att hjälpa människor att åstadkomma förändringar i sina egna liv. Ibland vill patienten att terapeuten ska vara en ”expert” som berättar vad som ska göras, och förväntar sig att detta sedan kommer att gå snabbt och lätt. För att förändring ska kunna uppnås måste dock även patienten vara aktiv i processen, för att komma fram till vad som krävs för att åstadkomma förändringen i just hennes eller hans liv. Inom KBT pratar man ofta om terapeuten som expert på metoden och patienten som expert på sig själv, sina tankar, upplevelser och känslor (Kåver, 2006). Werbart et al. (2008) skriver att det samarbete som krävs mellan terapeut och patient inte uppstår per automatik, och att patienten behöver ”undervisas” till att bli terapipatient.

Samtidigt som patienten kan ha förväntningar på terapeuten, så har terapeuten förväntningar på patienten. Inom KBT beskrivs behandlingen som ett gemensamt arbete mellan terapeut och patient, och patienten förväntas ta eget ansvar för sin behandling. Detta kräver ofta att patienten arbetar med terapeutiskt material utanför sessionerna. På samma sätt som patienten kan behöva skolas in i att vara terapipatient, så behöver terapeuten lära sig att vara terapeut till just denna individ (Werbart et al., 2008). Då patientens och terapeutens förväntningar kan skilja sig vad gäller till exempel ansvarsfördelning, arbetsinsats och tid är det viktigt att terapeuten tidigt i behandlingen skapar en dialog kring dessa saker. Optimalt ska terapeut och patient i ett relativt tidigt skede vara överens om vilket mål man jobbar mot och hur detta mål ska nås (Kåver, 2006). Hunsley et al. (1999) menar att diskrepans mellan

patientens och terapeutens förväntningar på terapin är något som måste hanteras för att minska den höga frekvensen av avhopp inom psykoterapeutisk behandling. Utfallet av psykoterapi har också i flera studier visat sig ha ett signifikant samband med rollförväntningar på patient och terapeut (Werbart et al., 2008).

**Förberedelse inför terapi.** Westmacott et al. (2010) drar slutsatsen att kommunikationen troligtvis är begränsad mellan terapeut och klient i terapirelationer som avslutas ensidigt. Ett skäl till att många avhopp sker tidigt i terapin skulle enligt Bados et al. (2007) kunna vara att patienterna inte finner den hjälp de söker, vilket kan tolkas som att patienternas förväntningar på terapin inte infriades. Flera studier anger också att missnöje med terapin ökar risken för tidiga avbrott (Reis & Brown, 1999; Westmacott & Hunsley, 2010). Detta pekar återigen på vikten av en öppen dialog mellan terapeut och patient, så att denna typ av funderingar hos patienten kan få komma fram och diskuteras. Både när det gäller individualterapi och när det gäller gruppterapi har det visat sig att patienter som har förberetts på vad terapin kan komma att innebära, till exempel vad gäller tidsåtgång, arbetsmetod eller gruppbehandlingens natur, i lägre grad har avslutat sin terapi i förtid (Burlingame, Fuhriman & Johnson, 2002; Reis & Brown, 1999; Sandahl, 2008). I gruppbehandling blir det framförallt problem om patienten inte har förberetts på hur hon eller han kan använda sig av gruppen på ett konstruktivt sätt. Att tala inför en grupp okända människor och delge personlig information om sig själv och sina problem är något som krävs av en patient i de flesta gruppterapier, men som kan kännas ovant och svårt i början. Även när medlemmarna har förberetts på vad gruppbehandlingen innebär finns därför en risk att deltagarna kan komma att känna sig obekväma, speciellt under de första sessionerna. Om terapeuten inte hanterar detta ökar risken för patientbortfall (Burlingame et al., 2002).

**Relationen mellan patient och terapeut.** Det är välkänt att en god arbetsallians mellan patient och terapeut har visat sig starkt relaterat till terapins utfall inom alla former av individualterapi (Horvath & Symonds, 1991). Det har även visat sig att grad av arbetsallians i viss mån kan predicera avhopp från terapin. Flera studier visar att arbetsalliansen skattas lägre av de patienter som sedan avbryter terapin, jämfört med de patienter som fortsätter i terapi (Arnou et al., 2007; Sharf, Primavera & Diener, 2010; Westmacott et al., 2010). Sharf et al. (2010) fann i en studie att terapeutisk allians hade ett mer robust samband med avbrott från terapin jämfört med demografiska patientvariabler. Alliansen skattad så tidigt som vid tredje sessionen har visat sig relaterad till avhopp (Westmacott et al., 2010). Huruvida detta samband gäller även för relationen mellan terapeut och patient i en behandlingsgrupp är oklart. Crowe och Grenyer (2008) visade i en studie att klientskattad arbetsallians mätt tidigt i



terapien verkade vara en mindre pålitlig prediktor för utfallet av gruppterapi, jämfört med individualterapi.

Enligt McCallum et al. (2002) är de patienter som har en stark arbetsallians till terapeuten mer sannolika att stanna kvar i gruppen. Det finns även stöd för att patienter som avbryter gruppterapi i högre grad upplever terapeuten som icke-stödande och avlägsen (Roback & Smith, 1987, refererat i Burlingame et al., 2002). Yalom (1995) menar att gruppssammanhållningen i gruppterapi motsvarar den terapeutiska alliansen i individualterapi. I gruppssammanhållningen ingår förutom gruppmedlemmarnas relation till varandra även varje medlems relation till terapeuten och till gruppen som helhet. Även i gruppbehandling har alltså den enskilda patientens relation till terapeuten betydelse. Yalom (1995) menar vidare att varje gruppmedlems relation till terapeuten är mer betydelsefull tidigt i terapin, då gruppmedlemmarna i början relaterar till varandra genom terapeuten i högre grad.

**Anledningar specifika för gruppterapi.** Anledningar till avhopp från individualterapi skulle kunna, men behöver inte, gälla för patienter som deltar i en gruppbehandling. Enligt grupppsykologisk teori uppstår det alltid grupprocesser i grupper (Wheelan, 2005) och detta medför att gruppbehandling får andra förutsättningar än individualterapeutisk behandling. Faktorena gruppklimat, sammanhållning i gruppen och känsla av tillhörighet till gruppen har visat sig vara relaterade till utfall av och avhopp från psykoterapeutisk behandling i grupp (Crowe & Grenyer, 2008; Johnson, Burlingame, Olsen, Davies & Gleave, 2005; McCallum et al., 2002; Yalom, 1995).

**Gruppklimat.** Begreppet gruppklimat kan vara svårt att särskilja från begreppet gruppssammanhållning. Crowe och Grenyer (2008) beskriver gruppssammanhållningen som en aspekt av gruppklimatet. Utöver detta ingår även sådana aspekter som konfliktnivå och gruppmedlemmarnas engagemang i gruppen. Hur mycket en patient bidrar till ett gott gruppklimat har relaterats till sannolikheten att hon eller han stannar kvar i terapin; ju mer engagerad en medlem är desto större sannolikhet att hon eller han stannar kvar (McCallum et al., 2002). I en gruppterapi finns det dels mål som hela gruppen har som enhet, och dels individuella mål som varje gruppmedlem har. Om det råder alltför stor diskrepans mellan dessa mål kommer det att uppstå problem i gruppen som kan resultera i att någon medlem väljer att avsluta terapin (Yalom, 1995).

Ett vanligt problem i gruppterapi är att gruppformatet gör att individen kan känna sig obekvämt med situationen och inte känner sig trygg att berätta om sig själv inför andra (Yalom, 1995). Att lämna ut sig själv och sin historia kan kännas svårt, men Yalom (1995) menar att det är nödvändigt att göra det för att det ska bildas en god terapeutisk grupprocess,

eftersom ju viktigare gruppmedlemmarna anser att gruppen är, desto effektivare blir den. Ett öppet och tillitsfullt gruppklimat är en förutsättning för att detta ska kunna ske på ett sådant sätt att patienten kan känna sig bekväm. Det har också visat sig att gruppbehandlingens utfall har ett negativt samband med patienters skattningar av konfliktnivån i gruppen och mellan dess medlemmar (Crowe & Grenyer, 2008).

Det kan vara svårt att veta hur en gruppterapi går till, vad som förväntas av en och hur mycket det förväntas att man ska delge varandra. Det sätt på vilket det är brukligt att agera i andra sociala sammanhang kanske inte stämmer i terapirummet och i gruppen (Werbart et al., 2008). I gruppterapi händer det att en del gruppmedlemmar berättar alltför mycket information om sig själva och om sitt problem i ett för tidigt skede i terapin. En gruppmedlem kanske avslöjar sådant som gör att hon eller han känner skam, vilket sedan blir svårt att hantera för henne eller honom. Det kan också vara så att övriga gruppmedlemmar inte är redo att ta hand om den information som delges dem. Riskerna finns att det utlämnande som personen har gjort blir så sårbart i gruppen att hon eller han väljer att avsluta sin terapi i förtid (Yalom, 1995).

**Gruppsammanhållning.** Terapeuten har en central roll när det gäller att hjälpa gruppen att skapa en sammanhållning (Burlingame et al., 2004; Yalom, 1995). Förberedelse av gruppens medlemmar och sammansättningen av individer kan få stor betydelse för vilken gruppsammanhållning som skapas och för terapins utfall. Gruppsammanhållning kan beskrivas som en grupps attraktivitet för dess medlemmar. Det inbegriper medlemmarnas känsla av värme och av att vara bekväm i gruppen samt känslan av tillhörighet. Den enskilda individen värderar gruppen som den tillhör, men gruppen värderar också individen. Om det finns en god gruppsammanhållning kan individen därmed vara säker på att hon eller han är accepterad och stöttas av de andra deltagarna (Yalom, 1995). Enligt Yalom (1995) är gruppsammanhållning en nödvändig förutsättning för att andra terapeutiska faktorer ska fungera på bästa sätt. Om gruppsammanhållningen präglas av tillit och stöd finns det goda förutsättningar för att gruppmedlemmarna kan känna sig trygga att avslöja sådant som kan vara känsligt (Bieling et al., 2008).

Gruppsammanhållningen är inte en gång för alla bestämd utan fluktuerar under hela den tid som terapin pågår. De olika gruppmedlemmarna känner nödvändigtvis inte heller samma attraktion till gruppen (Yalom, 1995). I en studie av McCallum et al. (2002) skattades tillhörigheten till gruppen signifikant lägre för de patienter som avbröt gruppbehandlingen jämfört med de som stannade kvar. Författarna anser att patienter med starka band till gruppen och dess medlemmar är mer sannolika att stanna kvar i behandling. Gruppmedlemmarnas

accepterande av en medlem kan vara lika viktigt som känslan av att vara accepterad av terapeuten. Avsaknad av samhörighet, stöd och gemensam förståelse verkar bidra till att patienter avbryter gruppterapi i förtid (Burlingame et al., 2002).

### **Syfte**

Få studier har gjorts kring avhopp från KBT och ännu färre kring avhopp från KBT i grupp, trots att det är en vanlig behandlingsmetod i Sverige. Vidare har de studier som gjorts i huvudsak haft en kvantitativ ansats. Syftet med studien var därför att på ett mer djupgående plan undersöka skälen till att patienter väljer att avbryta sitt deltagande i KBT i grupp. I relation till detta blev det också viktigt att undersöka vilka förväntningar de avhoppade deltagarna hade haft på behandlingen, hur de upplevde behandlingen och om dessa upplevelser var relaterade till avbrottet. Mer specifikt syftade studien till att besvara följande forskningsfrågor:

- Vilka förväntningar hade KBT-gruppdeltagarna på behandlingen innan den började?
- Hur upplevde KBT-gruppdeltagarna behandlingen?
- Vad bidrog till att KBT-gruppdeltagarna valde att avbryta sin behandling?

### **Metod**

I Metodavsnittet ges först en övergripande genomgång av den teori som den valda metoden, Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), grundar sig på, motivering till val av metod samt reflektioner kring den egna förståelsen. Därefter presenteras genomförandet av studien.

#### **Vetenskapsteoretisk utgångspunkt**

IPA är en kvalitativ forskningsmetod, och vetenskapsteoretiskt har IPA inslag av både realism och idealism. Utgångspunkten är att objekten som studeras inte endast existerar i sig själva, men inte heller kan reduceras till aspekter av subjektets upplevda värld (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008). I IPA är forskaren intresserad av individens subjektiva upplevelse av världen och hur objekten presenterar sig för den enskilda individen. Det finns också ett

antagande om att varje individ kan uppleva samma objekt och fenomen på olika sätt. Därför kan IPA sägas tillhöra relativistisk ontologi. IPA antar också ett symboliskt interaktionistiskt perspektiv, människor interagerar konstant med världen och varandra. På detta sätt undviker IPA att hamna i metodologisk solipsism och det blir möjligt att studera andra individers upplevelser (Willig, 2008). Samtidigt som den ontologiska utgångspunkten lutar mer åt idealism, är den epistemologiska ansatsen realistisk, då forskaren anser att det är möjligt att skapa kunskap om individers tankar och upplevelser genom att ta fram teman som träder fram ur deras berättelser.

### **Metodens teoretiska förankring**

Metoden IPA har sin grund inom fenomenologisk filosofi och hermeneutisk teori. Nedan följer en kort genomgång av dessa.

**Fenomenologi.** Ett sätt att få kunskap om fenomen, och hur människor upplever dessa, är att be individer berätta om sin livsvärld och utifrån dessa berättelser försöka sätta ihop en bild av fenomenet. Inom fenomenologin är det just livsvärldsperspektivet som är utgångspunkt för forskning, och fokus ligger på att undersöka och beskriva hur individer ser på och upplever sin värld snarare än att beakta upplevelsernas ursprung eller orsak (Kvale & Brinkmann, 2009). Människans medvetande är alltid riktat *mot* något. Detta kallas intentionalitet (Sander, 1999). Intentionalitet medför att ting och skeenden framstår som fenomen innehållande mening. Ur ett fenomenologiskt perspektiv innebär detta att människor kan uppleva samma fenomen på olika sätt utan att nödvändigtvis tillskriva det samma mening (Willig, 2008).

Husserl brukar räknas som fenomenologins grundare (Sander, 1999). Genom att försöka tolka egna intryck av fenomen så förutsättningslöst som möjligt strävade han efter att finna den essentiella meningen i fenomenet. Den fenomenologiska filosofi och metod som Husserl utvecklade förutsatte att tidigare förförståelser och idéer om fenomenet tillfälligt sattes åt sidan, vilket skulle tillåta fenomenets essens att framträda. Medan den deskriptiva fenomenologin fortfarande är fast förankrad i Husserls fenomenologiska tradition, har den tolkande fenomenologin influerats av hermeneutiska teorier kring tolkning (Willig, 2008). Inom psykologisk forskning används den fenomenologiska metoden framförallt för att förstå personers upplevelser av fenomenet och den mening de tillskriver dessa. Forskaren måste då tolka informanternas berättelser om fenomenet (Giorgi & Giorgi, 2003).

Den tolkande fenomenologin delar den hermeneutiska traditionens syn på omöjligheten i att separera beskrivning och tolkning. En beskrivning av ett fenomen

innehåller ofrånkomligen en tolkning av detta (Willig, 2008). Enligt en fenomenologisk utgångspunkt har forskaren alltid en föreställning om fenomen, eftersom hon eller han är en del av den värld i vilken de existerar. I forskarrollen, där syftet är att föreslå ny kunskap eller att ifrågasätta existerande kunskap, måste forskaren därför sträva efter att tillfälligt åsidosätta denna förförståelse och ge plats åt en mer kritisk attityd (Dahlberg et al., 2008).

**Hermeneutik.** Medan fenomenologin ämnar beskriva fenomen så är det hermeneutikens uppgift att tolka. Hermeneutik är teorin om tolkning av texter, och mer specifikt tolkningen av meningen (Kvale & Brinkmann, 2009). Hermeneutisk tolkning används för att förstå texters innehåll och mening. Ursprungligen arbetade hermeneutiker främst med bibeltexter, men idag används metoden även för exempelvis litterära texter eller transkriberade intervjuer. För att förstå en text behövs förståelse för textens olika delar såväl som för helheten. Tolkningen pendlar hela tiden mellan olika nivåer i texten för att fördjupa förståelsen. För att förstå helheten behöver man förstå delarna och för att förstå delarna så krävs förståelse för helheten. Denna pendling mellan textens nivåer kallas den hermeneutiska cirkeln (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

### **Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)**

IPA är en fenomenologisk metod och består av en del som har beskrivning av individens upplevelse i fokus och grundar sig på fenomenologisk filosofi samt en tolkande del som härleds från hermeneutiken. Som metod har IPA en idiografisk ansats, vilket innebär fokus på det specifika i det enskilda fallet. Detta kräver en noggrann och systematisk analys. Smith (2004) menar att när man gräver djupare i det specifika kommer man också närmre det som är universellt.

[...] at the deepest level we share a great deal with the person whose personal circumstances in many ways seem entirely separate and different from our own. Thus, the very detail of the individual also brings us closer to significant aspects of a shared humanity [...] (Smith, 2004, s.43).

Även om en idiografisk ansats fokuserar på det enskilda och specifika finns det alltså vissa möjligheter att se den kunskap som kommer fram som allmängiltig (Smith et al., 2009).

Materialet som ligger till grund för IPA är texter, ofta utskrivna semistrukturerade intervjuer. I själva analysfasen använder forskaren hermeneutisk metod för att tolka det som berättats i intervjun. Tolkningsprocessen i IPA handlar om att flera gånger gå igenom samma text och identifiera teman och kluster av teman (Smith et al., 2009). Inom den tolkande fenomenologin anses forskarens beskrivning av intervjupersonens berättelse alltid vara en

tolkning i sig, det är omöjligt att nå kunskap utan att använda sig av tidigare erfarenheter och tolkning (Willig, 2008).

### **Motivering till val av metod**

IPA som analysmetod tilltalade oss då den tillåter forskaren att använda sin förförståelse för att tolka det som framkommer i intervjun, men samtidigt kräver den en reflexiv hållning till den egna förförståelsen för att analysen ska bli vetenskaplig. Metoden kräver också att forskaren håller sig så nära intervjupersonens subjektiva upplevelse som möjligt. På så sätt kan forskaren bygga vidare på tidigare forskning och samtidigt utmana denna med ny kunskap. IPA var en lättillgänglig metod då den är väl beskriven i litteraturen samtidigt som den passade föreliggande studies syfte att fördjupa den kunskap som tidigare forskning kring avhopp från psykoterapi.

Studiens syfte var att ta reda på hur patienter som har avbrutit sin KBT i grupp har upplevt terapin, och mer specifikt vad det var som gjorde att de avbröt den. Semistrukturerade intervjuer var en lämplig metod då den gör det möjligt att ställa öppna utforskande frågor, men också att specificera dessa för att undersöka mer avgränsade områden. Smith (1995) anser att semistrukturerade intervjuer och kvalitativ analys lämpar sig särskilt väl när forskaren vill undersöka processer som är komplexa och personliga. En annan möjlighet hade varit att använda helt ostrukturerade intervjuer eller självrapportering som exempelvis dagboksskrivande. Semistrukturerade intervjuer valdes då de möjliggör för intervjuaren att fråga vidare om samma områden för alla intervjupersoner. I de semistrukturerade intervjuerna kan tidigare förförståelse hos intervjuaren utnyttjas på ett konstruktivt sätt. En fara med detta är dock att intervjuarens förförståelse färgar intervjuguiden, och därmed även intervjupersonens berättelse, allt för mycket.

### **Reflexivitet**

I kvalitativ forskning utgår man från att forskarens förförståelse och vetenskapsteoretiska utgångspunkt alltid influerar forskningsprocessen, exempelvis vad gäller de frågor som ställs, vilken metod som används och hur resultat tolkas. Reflexivitet innebär att forskaren tar ställning till och diskuterar sin egen förförståelse kring det som studeras och den kontext i vilken studien utförs, samt till den egna vetenskapsteoretiska positionen. Enligt Morrow (2005) och Willig (2008) är detta ett kriterium för att en kvalitativ studie ska kunna sägas vara trovärdig och äga validitet. Reflexivitet är en ständigt pågående process, då förförståelsen inte är något som forskaren kan ta ställning till och redovisa en gång för alla. Tidigare omedvetna

förförståelser kan komma upp till ytan under arbetets gång och det är därför viktigt att forskaren hela tiden uppmärksammar när detta sker och tar ställning till vad detta innebär för tolkningen av materialet (Willig, 2008).

### **Förförståelse**

Vi som har skrivit uppsatsen är båda psykologstudenter. Ingen av oss har erfarenhet av att delta i eller leda KBT i grupp, men inom ramen för psykologutbildningen har vi båda bedrivit individuell KBT. Båda författarna delar ett intresse för gruppsykologi och har länge varit intresserade av de patienter som inte blir hjälpta av olika typer av behandlingar. Vi har därför funderat kring hur gruppformatet skulle kunna påverka de faktorer som ses som verksamma inom individuell KBT, men också om KBT-metoden skulle kunna vara verksam i grupp utan att ta hänsyn till gruppprocesser. Utifrån detta var vår utgångspunkt möjligen mer kritiskt inställd till KBT i grupp i början av uppsatsarbetet. Vi har dock blivit mer positivt inställda under arbetets gång.

Den analys vi har gjort påverkas av vår bakgrund som snart färdiga psykologer, kanske har vi lättare att identifiera oss med terapeuterna än med patienterna. Samtidigt har vi egna erfarenheter, både positiva och negativa, av att delta i grupper och av att uppleva gruppprocesser. Vår genomgång av tidigare forskning och den kulturella kontext vi lever i har präglat intervjuguiden, vilken i sin tur har påverkat vilka svar vi har fått. Vi anser dock att en kännedom om tidigare forskningsresultat är nödvändig för att veta i vilken ände man ska börja, och för att kunna fördjupa och utmana rådande kunskapsläge. Smith et al. (2009) anser exempelvis att en litteraturöversikt kan vara ett bra sätt att ta reda på vilka luckor som finns i den nuvarande forskningen innan en forskningsfråga formuleras.

### **Genomförande**

Detta avsnitt inleds med en genomgång av rekryteringen av intervjupersonerna, samt en beskrivning av dessa. Därefter presenteras genomförandet av intervjuerna och analysen, samt etiska överväganden.

**Rekrytering av intervjupersoner.** Då syftet med studien var att undersöka avhoppade patienters upplevelser av KBT i grupp var ett första steg att ta kontakt med psykologer och psykoterapeuter i Region Skåne som hade lett KBT-grupper. Kontakt etablerades med fyra psykologer vilka hade bedrivit KBT i grupp under hösten 2010, samt våren och hösten 2011. Gruppbehandlingarna hade skett i öppenvård, med frivilligt deltagande patienter. De terapeuter som tackade ja till att hjälpa till med rekryteringen av

tidigare patienter kontaktade samtliga patienter som de ansåg hade avbrutit sin gruppbehandling ensidigt, antingen under hösten 2010 eller under vår eller höst 2011. De tidigare patienterna blev tillfrågade om de kunde tänka sig att ställa upp på en intervju om sina upplevelser av gruppbehandlingen och om beslutet att avbryta. Med patientens tillåtelse vidarebefordrade terapeuten därefter kontaktuppgifter till oss. Ett informationsbrev (se bilaga 1) med kort information om studien skickades till alla de som tackat ja till att bli kontaktade. Därefter ringdes de avhoppade patienterna upp för inbokning av intervju. Totalt kontaktade terapeuterna tretton tidigare patienter och av dessa gav elva personer sitt godkännande till att deras kontaktuppgifter vidarebefordrades. Av de elva personerna var det en person som avböjde att medverka vid första telefonsamtalet, en person som först tackade ja till intervju men sedan ställde in och avböjde att boka ny tid, samt två personer som inte svarade på det telefonnummer de hade uppgett.

**Beskrivning av intervjupersoner.** Sju personer intervjuades, fyra kvinnor och tre män, i åldrarna 23-50 år. Två av intervjupersonerna var av utländsk härkomst, varav den ena hade bott i Sverige under större delen av sitt liv. Intervjupersonerna hade deltagit i 1-5 KBT-sessioner i grupp under hösten 2010 - hösten 2011 och därefter hoppat av från behandlingen.

**Intervjuguide.** En intervjuguide (se bilaga 2) konstruerades för de semistrukturerade intervjuerna. Intervjuguiden skapades med utgångspunkt i de rekommendationer som Kvale och Brinkmann (2009) samt Smith (1995) ger för utformning av semistrukturerade intervjuer.

Smith (1995) rekommenderar att intervjuguiden utformas genom att forskaren försöker föreställa sig alla övergripande teman som intervjun behöver belysa. Därefter ska dessa områden ordnas i en följd som känns logisk, och frågor konstrueras för att kunna fånga in de teman som förväntas dyka upp. Underfrågor bör konstrueras för att säkerställa att all information som bedöms som relevant i förhållande till syfte och intresseområde kan komma fram. Intervjuguiden utformades så att alla relevanta teman som förväntades dyka upp som svar på frågeställningarna skulle kunna fångas upp samtidigt som den skulle vara öppen nog för att ytterligare teman skulle kunna framträda. Baserat på tidigare forskning kring viktiga faktorer för patienters beslut att avbryta terapin var teman som skulle kunna komma upp till exempel låg motivation (Bados et al., 2007), missnöje med terapin (Bados et al., 2007; Reis & Brown, 1999; Westmacott et al., 2010), praktiska svårigheter (Bados et al., 2007; Westmacott et al., 2010), förändrat mående (Bados et al., 2007; Pinto-Meza et al., 2009; Westmacott et al., 2010), ej uppfyllda förväntningar (Hunsley et al., 1999; Reis & Brown, 1999; Westmacott et al., 2010), relationen till terapeuten (Arnow et al., 2007; Sharf et al., 2010; Westmacott et al., 2010), gruppklimat och gruppsammanhållning (McCallum et al., 2002).



**Genomförande av intervjuer.** De semistrukturerade intervjuerna genomfördes med de personer som hade samtyckt till att delta i studien. Tre av intervjuerna genomfördes av den ena uppsatsförfattaren och fyra av den andra. Intervjuerna, som varade i ca 30-45 minuter, genomfördes antingen på Institutionen för psykologi vid Lunds universitet eller hemma hos intervjupersonen. En av intervjuerna gjordes via telefon då det inte var möjligt att boka in ett möte och då intervjupersonen önskade en telefonintervju. Samtliga intervjuer spelades in på mp3-spelare och transkriberades sedan ordagrant samt avidentifierades.

De övergripande frågorna i fetstil (se bilaga 2) ställdes till alla intervjupersoner, och beroende på deras svar ställdes sedan följdfrågorna under varje övergripande fråga. Om intervjupersonen självmant berättade om det som efterfrågades i en följdfråga ställdes inte denna fråga.

**Analys.** Analysen delades in i fem intresseområden vilka sedan tematiserades. Intresseområdena var: Innan gruppterapin, Förväntningar på gruppterapin, Under gruppterapin, Beslutet att avbryta samt Efter gruppterapin. De transkriberade intervjuerna analyserades med hjälp av IPA enligt rekommendationer från Smith et al. (2009) samt Willig (2008). Nedan följer en kort beskrivning av föreliggande studies analysfas:

**Steg 1: Första genomläsning.** I det första steget av analysen bekantade vi oss med texten genom att läsa igenom den enskilt ett par gånger. Noteringar gjordes i vänstra marginalen, exempelvis kring associationer, frågor och kommentarer rörande språkanvändningen. Noteringarna kunde också handla om saker som upplevdes som frånvarande i texten.

**Steg 2: Identifiering av teman.** I steg 2-6 arbetade vi gemensamt med texten. I det andra steget identifierades teman som belyste den essentiella kvaliteten av det som hade presenterats i texten. Antalet teman som genereras i en text kan variera beroende på texten. Det finns i princip ingen övre gräns för antalet så länge man anser att det slutgiltiga antalet inte går att minska utan att viktig information går förlorad (Smith et al., 2009). De teman som identifierades i texten skrevs i den högra marginalen. Exempel:

Citat: "Så försvann känslan av hoppet att bli frisk"

Tema: Hoppet försvann

I de fall där det var svårt att bestämma vilket tema som var mest framträdande i ett uttalande användes den hermeneutiska cirkeln och genom att gå upp en nivå i texten valdes det tema som verkade mest betydelsefullt i förhållande till helheten i berättelsen. Exempel:

Citat: "Vissa hade provat på det tidigare och var inte nöjda med sina terapeuter"

Tema: Andra gruppmedlemmar har inte blivit hjälpta av tidigare behandling

I detta citat skulle missnöje med terapeuterna kunna bli ett tema, men i ljuset av andra uttalanden framträdde detta tema som mer relevant för intervjupersonen.

**Steg 3: Skapande av kluster.** Nästa steg var att skapa kluster av de teman som presenterats i texten i steg 2. Klustren ska vara naturliga eller hierarkiska och det är viktigt att försäkra sig om att klustren av teman hänger ihop med ursprungliga data (Smith et al., 2009). Enligt den hermeneutiska cirkeln rörde sig analysen därför hela tiden mellan nivåerna kluster, tema och ursprungstext. Ibland blev det nödvändigt att exkludera något av de teman som genererats i steg 2, eftersom de avvek alltför mycket från övriga teman och inte ansågs vara relevanta just för denna studies syfte och frågeställningar. Dessa teman sparades dock för att jämföras med övriga intervjuer innan de exkluderades helt. Med hjälp av klustren skapades en struktur åt analysen. Exempel:

Tema - Hoppet försvann

Tema - Andra gruppmedlemmar har inte blivit hjälpta av tidigare behandling

Tema - Att känna igen sig i de andra

Kluster: Förlora hoppet om att bli frisk

**Steg 4: Skapande av en summeringstabell.** I steg 4 summerades alla teman och för att illustrera dessa användes citat och radnummer från texten. Dessa inordnades sedan under respektive kluster. En överordnad summeringstabell, i vilken varje intervjus kluster skrevs in, skapades för att underlätta jämförelsen mellan intervjuer i steg 6.

**Steg 5: Gå vidare till nästa intervju.** När analysen av en intervju var klar upprepades proceduren med steg 1-4 för de övriga intervjuerna. Smith et al. (2009) menar att det är viktigt att varje intervju behandlas var för sig och att forskaren gör den enskilda intervjun rättvisa innan analyserna slutligen integreras.

**Steg 6: Leta efter mönster mellan intervjuerna.** I det sista steget jämfördes kluster från de enskilda intervjuerna i syfte att hitta gemensamma mönster. Exempel:

Kluster - Följa behandlarens rekommendationer

Kluster - Att inte välja själv i en vårdprocess

Kluster - Följa behandlarens rekommendationer  
Kluster - Att ta den hjälp som erbjuds  
Kluster - Följa behandlarens rekommendationer  
Kluster - Följa behandlarens rekommendationer  
Kluster - Tips om gruppterapi från psykolog  
Övergripande tema: Följa experternas rekommendationer

För att se till att övergripande teman fortfarande stämde överens med intervjupersonernas berättelser användes återigen den hermeneutiska cirkeln, och citat valdes som belyste klustren och samtidigt bevarade det som uppfattades vara den ursprungliga meningen för varje intervjuperson. Intervjupersonerna citerades i ungefär samma utsträckning, men alla intervjupersoner är inte representerade i samtliga övergripande teman. Teman som inte återkom och som inte ansågs relevanta för denna studies syfte exkluderades i detta skede. De fem intresseområdena Innan gruppterapin, Förväntningar på gruppterapin, Under gruppterapin, Beslutet att avbryta samt Efter gruppterapin sammanfogades till tre övergripande intresseområden under vilka de övergripande temana presenteras i resultatet: Innan gruppterapin, Under gruppterapin och Beslutet att avbryta och vad som hände sedan.

### **Etiska överväganden**

I ett uppsatsarbete kan etiska överväganden inte göras en gång för alla. Arbetet är en process i vilken etiska reflektioner ständigt blir aktuella och nya överväganden måste göras kontinuerligt (Willig, 2008). I denna uppsats har vi i varje fas funderat över etiska implikationer och fört en diskussion med våra handledare kring detta.

Den grupp som har intervjuats består av tidigare patienter som har tillhört eller fortfarande tillhör psykiatrin. Många av dessa personer är fortfarande helt eller delvis sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa. Det blir därför extra viktigt att i intervjusituationen ta hänsyn till intervjupersonens mående och respektera de gränser som intervjupersonen drar för vad hon eller han vill prata om. Vi har även funderat kring för- och nackdelar med att låta den tidigare terapeuten kontakta de avhoppade patienterna. Eventuellt hade det varit lättare för vissa patienter att säga nej till en läkarsekreterare eller annan neutral person om de inte ville delta. Tillsammans med terapeuterna gjordes bedömningen att det trots allt var större sannolikhet att de tidigare patienterna skulle känna sig bekväma att prata med sin tidigare terapeut jämfört med att prata med en okänd person.

För att garantera anonymitet för de tidigare patienter som inte ville delta i studien lämnade terapeuterna endast ut kontaktuppgifter till de personer som hade lämnat sitt godkännande till att bli kontaktade. På så sätt bröts inte sekretessen utan patientens medgivande. Deltagande i studien var frivilligt och samtliga intervjupersoner erhöll ett informationsblad (se bilaga 1) med kort information om studien, information om rätten att avbryta sitt deltagande utan att ange skäl till detta samt information om tystnadsplikt. Skriftligt samtycke inhämtades från samtliga intervjupersoner (se bilaga 3).

Willig (2008) påpekar att det i intervjusituationen är viktigt att intervjuaren undviker att hamna i en "kvasiterapeutisk" relation, eftersom intervjun inte har ett terapeutiskt syfte. Samtidigt måste intervjuaren validera intervjupersonen och skapa förtroende, så att intervjupersonen känner sig bekväm och vill lämna så mycket information som möjligt. När intervjuguiden skapades, samt under själva intervjun, fanns detta i åtanke och följdfrågor som inte hade direkt med studiens syfte att göra undveks i största möjliga utsträckning.

En av intervjuerna gjordes via telefon. Ur etisk synpunkt kan detta ifrågasättas, då intervjuaren inte hade möjlighet att se hur personen reagerade på frågorna och ta hänsyn till detta. Samtidigt var det viktigt att få information även från sådana intervjupersoner som av olika anledningar inte hade möjlighet att ses öga mot öga. Då försök hade gjorts att träffas och då intervjupersonen i det här fallet önskade att bli intervjuad över telefon, togs beslutet att göra intervjun på telefon.

Under analysfasen finns det alltid en risk att vi som författare genom vår tolkning "lägger ord i munnen" på intervjupersonerna. Uttolkaren av essensen i intervjupersonens berättelse får ett tolkningsföreträde som innebär en maktobalans i relationen till intervjupersonerna. Det är därför viktigt att hela tiden hålla i minnet att det är intervjupersonens subjektiva upplevelse som är i fokus och att hålla sig så nära texten som möjligt när teman och kluster skapas. Idealiskt bör intervjupersonerna ges en chans att läsa igenom utskrivna intervjuer och godkänna de citat som skrivs ut i uppsatsen. På grund av tidsbrist har detta inte gjorts. Intervjupersonerna har dock samtyckt till att citat kan komma att användas. Citat som skulle kunna avslöja personliga detaljer har inte tagits med i den slutliga sammanställningen.

Alla intervjuer avidentifierades och alla ljudfiler och transkriberade intervjuer kommer att förstöras efter att uppsatsen har blivit godkänd.

## Resultat

Resultatdelen är indelad i tre intresseområden utifrån frågeställningarna. De tre intresseområdena är Innan gruppterapin, Under gruppterapin samt Beslutet att avbryta och vad som hände sedan. Under varje intresseområde presenteras övergripande teman från intervjupersonernas berättelser. Alla övergripande teman, samt de skäl som intervjupersonerna uppgav hade lett till avhoppet, finns samlade i två tabeller sist i resultatdelen.

För att underlätta för läsaren har de sju intervjupersonerna fått fingerade namn: *Christer, Kalle, Pia, Tobias, Zarah, Susanne* och *Lisa*. Namnen används främst vid citat. I texten används formuleringar som "en av intervjupersonerna", "ett par", "några", "hälften", "flera", "majoriteten av intervjupersonerna" eller "alla intervjupersoner", snarare än namn eller antal, för att beskriva hur många av intervjupersonerna som har uttryckt något. Detta för att antalet deltagare är så pass litet att alltför specifik information skulle öka risken för identifiering av enskilda individer.

### Innan gruppterapin

Detta intresseområde berör hur intervjupersonerna hade det innan gruppterapin påbörjades, hur det kom sig att de började i en KBT-grupp samt vilken information de fick om gruppbehandlingen innan den satte igång. De övergripande teman som framträdde var Inte blivit hjälpt av tidigare behandling, Följa experternas rekommendationer samt Inte veta vad gruppterapi kommer att innebära.

**Inte blivit hjälpt av tidigare behandling.** Något som blev tydligt under intervjuerna var att de allra flesta av intervjupersonerna hade lidit av psykisk ohälsa under lång tid. Medan vissa uttryckte att de hade haft psykiska problem hela livet, beskrev andra att deras psykiska ohälsa hade pågått under några år eller blivit värre på senare tid. Intervjupersonerna använde ord som stress, ångest, depression och utbrändhet för att beskriva sitt mående innan de började i KBT i grupp. Nästan alla uttryckte att de led av panikångest. Flera av intervjupersonerna hade varit eller var vid intervjutillfället fortfarande sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa.

För många intervjupersoner var KBT-gruppbehandlingen inte den första kontakten med psykiatrin. Flera hade provat på olika behandlingar och hade haft många olika vårdkontakter med exempelvis läkare och psykologer, men även andra vårdgivare såsom sjukgymnaster eller kuratorer. Några intervjupersoner uttryckte att det var jobbigt att byta behandlare flera gånger, och behöva berätta sin historia på nytt varje gång.

”Jag har varit många gånger i psykiatrin, varje gång har jag en ny läkare [...] det är jobbigt för varje gång måste jag börja om från början” - *Zarah*

Medan några upplevde att de hade slussats runt inom sjukvårdssystemet hade andra haft en mer långvarig kontakt med en eller ett fåtal behandlare. Några uttryckte en uppgivenhet när de pratade om den vård de hade fått för sina psykiska problem innan de började i KBT i grupp. De upplevde att de inte hade fått tillräcklig hjälp för att hantera eller bli av med sin psykiska ohälsa.

”Jag har gått till olika psykologer men de har aldrig hittat något problem [...] Det var lönlöst att sitta och prata med någon ensam [...] Vi satt där och pratade och vi kom ingenstans, det blev bara värre” - *Tobias*

”Jag har varit in och ut inom psykvården [...] men aldrig fått ett program med verktyg som jag kan hantera” - *Susanne*

Några av intervjupersonerna uttryckte att de visste ungefär vilken typ av hjälp de behövde, men upplevde att de fick kämpa för att få den behandling de ville ha och ansåg sig ha behov av.

”När jag går från en läkare så är jag ofta väldigt irriterad [...] jag vet att jag måste slåss för min rätt varenda gång” - *Christer*

Majoriteten av intervjupersonerna medicinerade med någon form av psykofarmaka parallellt med att de gick i KBT i grupp. Två personer uttryckte att de inte enbart ville ta psykofarmaka, utan att de kände att de behövde något mer, exempelvis terapi, för att få bukt med sin psykiska ohälsa.

**Följa experternas rekommendationer.** Ingen av intervjupersonerna hade sökt gruppbehandling självmant. Samtliga hade blivit rekommenderade av en befintlig behandlare, läkare eller psykolog, att prova KBT i grupp. Några uttryckte att det var slumpen som hade gjort att de ”hamnade i” gruppen, och att de hade tagit emot individualterapeutisk behandling om de hade erbjudits det.

”Innan jag började i den här gruppen så gick jag och pratade med en kurator. Och det var väl bra på sitt sätt, men jag kände ändå att jag behövde någonting mer. Jag hade behövt terapi, alltså riktig

terapi, och det var väl mer för att det här dök upp och då blev det så, det blev detta [KBT i grupp]”  
- Pia

Någon uttryckte att han hade blivit ”övertalad” att prova KBT-gruppbehandling och andra intervjupersoner använde ord som ”skickades till” gruppen när de skulle beskriva hur det kom sig att de började i KBT i grupp.

”De [läkarna och psykologerna] ville gärna att jag skulle göra det, det var de som övertalade mig, jag gick med på det [...] det var ju enda utvägen, enda sättet att gå vidare” - Tobias

Ur intervjupersonernas berättelser framkom att även om gruppterapi inte var något man hade efterfrågat, så var det något man kunde tänka sig att prova på när behandlaren rekommenderade det. Man var öppen för den hjälp som psykiatrin kunde erbjuda. Ett par av intervjupersonerna uttryckte att de ville prova allt som skulle kunna tänkas hjälpa mot de svårigheter de upplevde.

”Jag tänkte att jag vill prova [KBT i grupp] för jag var väldigt sjuk, och jag vill göra allt för att bli av med min stress och min panikångest [...] Jag sa till min läkare, ’jag vill prova alla saker, allt som hjälper mig’” - Zarah

En person ville gärna prova just KBT i grupp när hennes behandlare berättade att det fanns möjlighet till detta. När hon hade fått veta lite vad det gick ut på tyckte hon att det behandlingssättet skulle passa henne och hennes problematik.

”Jag tyckte det lät jättespännande, därav hoppade jag in i programmet [...] Ju mer jag läste om behandlingen desto mer tyckte jag att det här passade mig” - Susanne

**Inte veta vad gruppterapi kommer att innebära.** På frågor som handlade om vilka förväntningar de hade haft på terapin innan den började svarade intervjupersonerna relativt kort. Några uttryckte att de inte visste vad de kunde förvänta sig då de inte hade känt till KBT i grupp eller sett det som ett alternativ innan de blev erbjudna att prova på. En person sade att han hade försökt att inte tänka på vad behandlingen skulle kunna innebära för honom, eftersom han då skulle oroa sig för mycket.

”Jag hade nog inga förväntningar, jag visste nog inte alls riktigt vad jag skulle förvänta mig” - Pia

”Jag har aldrig tänkt på det som något alternativ för mig, men det är ju mest för att jag inte visste att det fanns.” - *Lisa*

”Jag försökte att inte tänka på det så mycket. Det är det jag gör, jag oroar mig för mycket” - *Tobias*

Många uttryckte att de hade varit tveksamma till att börja i gruppen eller att de hade farhågor kring hur det skulle bli. Överlag var förväntningarna mer negativa än positiva. Några hade funderingar på hur de andra gruppmedlemmarna skulle vara, till exempel att de skulle vara konstiga eller att det skulle vara svårt att ta deras problem på allvar. Några intervjupersoner tog upp att de inte kände sig helt redo att öppna upp sig inför de andra eller att prata om sina problem inför okända människor. En person tog upp att hon var rädd att träffa personer hon kände eller var bekant med i gruppen, och att detta skulle skapa en obekväm situation.

”Jag var ju först och främst stressad och rädd inför hela konceptet [...] gruppterapi lät ju inte så jättelockande för min del” - *Kalle*

”Jag såg ett tv-program framför mig, att alla sitter i en cirkel och att det är lite så här ’knasiga’ människor. Jag tänkte att jag skulle tycka att det var jobbigt, ’Vad är det för människor som kommer?’” - *Tobias*

En av intervjupersonerna, som kom från ett annat land, hade haft farhågor kring att hon skulle få svårt att kommunicera med terapeuter och deltagare. Hon upplevde att hennes svenska inte var tillräckligt bra och hade därför varit rädd att de andra inte skulle förstå henne. Hon hade föreställt sig att man skulle vara tvungen att prata perfekt svenska för att vara med i gruppen, och att hon skulle skämmas för mycket för att fråga när det var något hon inte förstod.

”Jag var jätterädd att träffa svenskar [...] Jag kanske inte pratar bra svenska och jag skäms för att fråga” - *Zarah*

Ett par av intervjupersonerna uttryckte att de hade förväntat sig att gruppmedlemmarna skulle vara lika dem själva, exempelvis vara i samma ålder eller ha samma typ av problem. En person hade positiva förväntningar och tänkte att det skulle bli skönt att få prata om sina problem i en grupp med personer med liknande svårigheter.

”Jag hade nog hoppats att det var folk med liknande besvär” - *Lisa*

”Jag tänkte, gud vad skönt, då kanske man får sitta och prata i gruppen” - *Susanne*



Samtliga intervjupersoner hade fått viss information om behandlingen innan de började i sin KBT-grupp. Endast en intervjuperson upplevde att hon hade fått tillräckligt mycket information, både skriftligt och muntligt vid flera tillfällen. De flesta intervjupersoner uttryckte dock att de inte hade fått särskilt mycket information om själva behandlingen eller gruppen. Det de kom ihåg att de hade fått veta handlade mycket om schemat för de olika sessionerna, såsom tider, upplägg och innehåll vid varje tillfälle. Någon hade själv läst på mer om behandlingen på Internet efter att ha läst informationsbladet från terapeuten. I intervjupersonernas berättelser framkom att den information som gavs framförallt var inriktad på behandlingens syfte och upplägg. Däremot framkom det inte i intervjuerna att intervjupersonerna hade fått veta vad gruppbehandling kunde innebära för individen, vilka problem eller svårigheter som skulle kunna uppstå eller vilken nytta man kan ha av att gå i terapi i grupp.

”Vad det gick ut på, vilken typ av övningar man skulle göra, inte så mycket mer information” -  
*Kalle*

”Jag har inte fått någon information, bara att det var i grupp” - *Zarah*

”Så fick jag informationsblad om detta [KBT i grupp] [...] Sen gick jag ut på nätet och läste en del själv” - *Susanne*

När det gällde hur mycket arbete och tid intervjupersonerna hade förväntat sig att lägga ner på terapin, inklusive hemuppgifter och läsning av utdelat material, hade intervjupersonerna mycket skilda förväntningar. Ungefär hälften av intervjupersonerna hade förväntat sig att de skulle lägga ner mycket tid på terapin. Den andra hälften hade inte förväntat sig att arbetet utanför träffarna skulle ta särskilt mycket tid i anspråk och en person kände, vid den första träffen, överhuvudtaget inte till att man arbetade hemma mellan gångerna.

”Jag förstod att jag skulle få jobba själv också [...] jag förväntade mig att jag skulle lägga ner mycket tid per dag.” - *Lisa*

”Jag visste faktiskt inte om det här med att vi skulle få hemläxa” - *Christer*

### **Under gruppterapin**

Detta intresseområde berör intervjupersonernas upplevelser av KBT i grupp, under de sessioner som de deltog. Alla intervjupersoner beskrev ett upplägg som var liknande det som går att läsa om i litteraturen om KBT i grupp. Man gick igenom hemuppgifter, pratade om det aktuella problemet och hade teoretiska genomgångar. Intervjupersonernas berättelser om

upplägget på terapin skilde sig åt vad gällde hur mycket fokus som lades på att gruppmedlemmarna delade med sig av sina erfarenheter till varandra respektive hur mycket som lades på teoretiska genomgångar. Antalet patienter i grupperna varierade mellan sex och tolv deltagare. I genomsnitt bestod grupperna av åtta patienter. I alla KBT-grupper fanns två terapeuter som delade på ledarskapet på olika sätt.

De övergripande teman som framträdde under detta intresseområde var Befriande och svårt att prata om sina problem i gruppen, Inte vara ensam, De andra gruppmedlemmarna var betydelsefulla, Begränsat med utrymme för de egna problemen samt Terapeutens pedagogiska roll.

**Befriande och svårt att prata om sina problem i gruppen.** Det fanns en föreställning hos flera av intervjupersonerna om att den verksamma faktorn i gruppterapi var att dela med sig av sina problem inför de andra gruppdeltagarna. Några beskrev att de i början hade varit tveksamma till att öppna sig, men att det hade blivit lättare efter ett tag. Någon använde ordet ”frigivande” när han beskrev hur det hade känts att berätta något för de andra gruppmedlemmarna som han tidigare inte hade berättat för någon. Ett par intervjupersoner beskrev att de inte hade haft några problem med att prata om sig själva i gruppen och att de hade försökt underlätta för andra gruppmedlemmar genom att ta initiativ till att börja prata.

”Från början ville jag inte prata, men när de andra hade pratat så pratade jag flera gånger” - *Zarah*

”När terapeuterna började fråga var det oftast ingen som ville snacka, men jag gjorde det tills alla började komma igång” - *Christer*

Ett par intervjupersoner uppgav att de inte hade känt att de kunde eller ville öppna sig helt under gruppterapin. Medan en person beskrev att han inte hade känt sig helt redo att dela problemen med de andra och därför valt att inte göra det, så beskrev en annan att hon hade önskat att hon hade vågat berätta mer än vad hon gjorde.

”Jag tyckte det var svårt att öppna upp mig för så många människor. Ett av mina problem kan jag prata om för det verkade inte vara så ovanligt [att ha det problemet], men sen var det andra besvär som jag tycker är pinsamma, jag skäms lite för dem. Och det tycker jag är jobbigt att ta upp. Det blev att jag inte riktigt öppnade mig så som jag kanske hade velat, som jag hade gjort om jag suttit med en psykolog” - *Lisa*

Att berätta om sådana problem som kändes pinsamma var svårt när ingen annan hade tagit upp liknande svårigheter. De problem som var vanliga i gruppen blev de som

intervjupersonen vågade berätta om. En annan intervjuperson beskrev en liknande situation, men i det fallet hade gruppdeltagarna vågat berätta om sina upplevelser efter det att en person hade öppnat sig om ett problem som skulle kunna uppfattas som pinsamt.

”När jag hade sagt det [vilka problem han hade sökt för] så hade jag mycket lättare att prata, det kändes väldigt frigivande [...] Där [i gruppen] kändes det som att om någon annan öppnar sig om något som kanske är pinsamt, så kunde man hänga på” - *Tobias*

En intervjuperson berättade att hon gärna hade velat prata om sina problem och höra på de andra gruppdeltagarnas berättelser. Hon upplevde att detta var något som de andra gruppmedlemmarna var positiva till, men att terapeuterna inte hade gett utrymme till detta, vilket hade gjort henne frustrerad. Hon beskrev träffarna som en slags föreläsningar, och upplevde att terapeuterna tystade henne och andra gruppmedlemmar när de tog upp något personligt. Enligt intervjupersonen ansåg terapeuterna att gruppterapin inte var till för att prata om enskilda personers problem.

”Terapeuterna gjorde klart väldigt tidigt att det är ingen som sitter och pratar om sina egna problem i gruppen [...] vi [gruppmedlemmarna] pratade inte med varandra så mycket [...] Jag vill inte bli tystad om jag pratar om privata saker från mitt liv” - *Susanne*

**Inte vara ensam.** För de flesta intervjupersonerna var det en mycket positiv upplevelse att höra på när de andra gruppdeltagarna berättade om sina problem. Flera intervjupersoner uttryckte att det var skönt att känna att andra hade upplevt liknande svårigheter som man själv. Från att ha känt sig ensamma med sina problem kunde intervjupersonerna se att svårigheterna var vanligare än de hade trott, och att de andra som var drabbade var helt vanliga människor. Att känna igen sig i de andras berättelser och se att andra kände igen det man själv berättade gav en bekräftelse på att de svårigheter som man upplevde kunde vara problematiska även för andra. En intervjuperson uttryckte att mötet med de andra hade fått honom att inse att det kanske inte fanns en enkel förklaring till varför han hade drabbats av de svårigheter som han hade.

”De [gruppmedlemmarna] har samma problem, det känns lugnare när jag lyssnar på dem [...] när jag pratar om mig själv skrattar eller ler de, för de har varit med om samma sak” - *Zarah*

”Det var jättebra att se att andra hade samma besvär, att man inte är ensam i världen om att sitta med ångest” - *Lisa*

”Jag har ingen problematisk barndom eller så, därför har jag alltid undrat ’varför har det här [psykiska problem] drabbat mig?’ [...] Men sen när man hör de andra, det finns inte alltid en orsak till problemen som man kan peka på” - *Christer*

Att höra de andras berättelser gav också nya perspektiv på de egna svårigheterna. Genom att prata om var och ens upplevelser framkom flera alternativa tolkningar av det aktuella problemet. Några intervjupersoner upplevde att deras egna problem inte kändes lika stora efter att de hade hört vilka konsekvenser de andra gruppmedlemmarnas ångest och oro fick i deras liv.

”Jag hade det nog inte så besvärligt som vissa andra verkade ha det, men de kanske tyckte att jag hade mycket besvär så vi hjälpte varandra på så sätt” - *Lisa*

De flesta intervjupersonerna hade varit med om att man pratade om var och ens problem i gruppen, men som tidigare nämnts var det en intervjuperson som upplevde att terapeuterna inte hade gett gruppen utrymme för detta när gruppmedlemmarna tog initiativ till att berätta om sig själva. Intervjupersonen hade en önskan om att få dela problemen med de andra och föreställde sig att det skulle kännas skönt att höra att andra hade liknande upplevelser som hon själv. Hon uttryckte en besvikelse över att hon inte hade fått möjlighet till detta under de gånger hon deltog i KBT i grupp.

”Jag hade gärna velat att man hade berättat lite snabbt om varför man är där, folk kan relatera och känna ’vad skönt, jag är inte ensam’. Vi fick inte reda på någonting om varandra [...] Intimiteten kom aldrig in riktigt eftersom det inte gavs möjligheter till det [...] Det blir väldigt jobbigt att sitta i en grupp där man inte får den här personliga kontakten” - *Susanne*

En person hade en helt motsatt upplevelse jämfört med de intervjupersoner som kände en lättnad när de fick höra att andra delade samma problem som de själva hade. För honom blev det oerhört tungt att höra de andra gruppmedlemmarnas berättelser. När han förstod att flera av de andra gruppmedlemmarna, under mycket lång tid hade lidit av samma svårigheter som han, förlorade han hoppet om att själv bli frisk. Att känna igen sig i de andras berättelser blev för honom något negativt, det betydde att han riskerade att bli som dem.

”Jag känner igen mig i den här situationen, jag är där fortfarande men du tog dig inte ur det [...] Jag kände igen mig i alla situationerna och de hade inte klarat av att bli friska [...] Jag blev

skräckslagen och då blev hela min sjukdom värre. Jag såg inget hopp längre om att bli frisk.” -  
*Kalle*

**De andra gruppmedlemmarna var betydelsefulla.** I gruppen fick den enskilde gruppmedlemmen mindre tid att prata om sina egna problem, jämfört med hur intervjupersonerna trodde eller hade erfarenhet av att det såg ut i individualterapi. Samtidigt kunde gruppen erbjuda fler möjligheter till stöd och relationer. Att den specifika grupp man ingick i var något mer än ett antal individer som satt och lyssnade på vad terapeuterna sade framgick i flera intervjupersoners berättelser. Dessa intervjupersoner talade om sin grupp som något speciellt, och om att relationerna som hade uppstått mellan medlemmarna hade haft betydelse för de positiva upplevelser som gruppterapien hade gett.

”Det var väldigt fina människor som var där [...] det var en väldigt fin respekt mellan oss patienter” - *Susanne*

”Jag såg fram emot att träffa dem [de andra gruppmedlemmarna] igen [...] det var en speciell grupp, vi kom bra överens” - *Tobias*

Både att få stöd från de andra gruppmedlemmarna och att själv ge stöd och hjälp var något som flera intervjupersoner uppgav hade varit viktigt för dem. Någon uttryckte att han blev mindre fokuserad på de egna problemen när han stöttade de andra gruppmedlemmarna och engagerade sig i deras problem.

”Vi [gruppmedlemmarna] har hjälpt varandra [...] vi pratade mycket och frågade varandra saker efteråt” - *Zarah*

”Jag hjälpte de andra ibland och det kändes bättre än att jag blev hjälpt [...] för mig var det väldigt viktigt [...] mina egna problem kom liksom med, de försvann med de andras [problem] och det blev en god cirkel” - *Tobias*

En intervjuperson upplevde att förväntningarna på att gruppmedlemmarna skulle stötta varandra blev ett krav. Han uttryckte att man inte kunde gå i gruppterapi och förvänta sig att själv få hjälp, snarare skulle man vara till för de andra och stötta dem. Intervjupersonen kände att han fick bära de andras problem i ett skede när han hade nog med att hantera sina egna.

”Om man förväntar sig hjälp av de andra så måste man också vara redo att hantera deras problem [...] man ska inte gå dit och själv försöka få behandling [...] jag ville inte ha andras problem på mina axlar” - *Kalle*

Några av intervjupersonerna uppgav att de hade velat att de andra gruppdeltagarna skulle vara mer lika dem själva, exempelvis vad gällde ålder eller var man befann sig i livet. De trodde att det skulle vara lättare att relatera till varandras problem då. En annan intervjuperson tyckte tvärtom att det hade varit positivt med blandade åldrar.

”Det var inte så många saker som var gemensamma, de [de andra gruppmedlemmarna] var så pass mycket äldre och nästan alla hade familj [...] fast man känner igen sig så fanns det ju annorlunda stressmoment [...] det hade nog varit bättre om man hade grupper i ungefär samma ålder” - *Kalle*

**Begränsat med utrymme för de egna problemen.** Flera intervjupersoner uttryckte att man som deltagare i en KBT-grupp skulle vara medveten om att terapeuterna inte bara var där för ens egen skull. I gruppterapin behövde terapeuterna fördela tiden så att alla gruppmedlemmar fick möjlighet att komma till tals. Detta ledde till mindre terapeuttid för varje enskild individ. Någon uttryckte att det krävdes en medvetenhet om att terapeuternas tid för var och en var begränsad, och att varje enskild gruppmedlem hade ett eget ansvar för sin behandling och för att ta tillvara på terapin.

”Tro inte att terapeuterna är här för din skull, de är här för gruppens skull [...] De [de andra gruppmedlemmarna] har fått förutsättningarna och då är det upp till dem själva att läsa in vad gruppterapin handlar om” - *Christer*

Många sade att de hade önskat mer tid för var och en av gruppdeltagarna, eller för att gå igenom det som diskuterades mer noggrant. Medan några intervjupersoner upplevde att terapeuterna hade varit bra på att fördela tiden mellan gruppmedlemmarna, önskade någon annan att terapeuterna hade avbrutit vissa gruppmedlemmar i större utsträckning. Intervjupersonen upplevde att gruppdeltagarna fick för mycket utrymme att prata sinsemellan under träffarna och önskade att terapeuterna skulle ha varit mer styrande i samtalet, och kommit med fler professionella synpunkter. Hon uttryckte att vissa gruppmedlemmar genom att försöka ge råd till de andra deltagarna använde gruppens tid på fel sätt. Till skillnad från flera av de andra intervjupersonerna upplevde denna person att det var slöseri med tid att sitta och höra på de andra gruppmedlemmarnas tankar kring det aktuella problemet.

”Det var en gruppmedlem som satt och försökte ge råd till alla, det höll jag på att bli tokig av. ’Här har jag suttit och slösat två timmar på att lyssna på någon som egentligen behöver hjälp själv’ [...] Jag är här för att få professionell hjälp, jag vill inte sitta och lyssna på någon som om jag satt och pratade med en vän.” - *Pia*

En annan intervjuperson uppgav att hon hade haft svårt att ta den plats hon hade önskat i gruppen och att hennes problem därför fick mindre utrymme. Vid ett tillfälle hade detta blivit extra tydligt då gruppen tillsammans med terapeuterna hade gått igenom var och ens svårigheter, men när det var hennes tur hade tiden tagit slut och man hann inte gå igenom hennes problem lika noggrant. Trots att intervjupersonen insåg att det var tidsbristen som hade gjort att hennes problem fick mindre tid, fick hon känslan att hon inte var lika viktig som de andra gruppmedlemmarna.

”Jag tänkte alltid ’äh, om jag bara hade tagit upp det’. Jag är rätt dålig på att ta plats och det är rätt svårt i en stor grupp där några stycken gärna pratar, så blir det så att jag inte höjer rösten och vill prata [...] Det blev som att de inte brydde sig om mina besvär, att de skiter i hur jag har det liksom. Jag hade nog velat ha lite mer uppmärksamhet på mig och mina besvär” - *Lisa*

Ett par av intervjupersonerna gick i individualterapi parallellt med att de deltog i KBT i grupp. Ytterligare ett par intervjupersoner uppgav att de hade behövt gå i individuell terapi, antingen parallellt med gruppbehandlingen eller fristående, då de upplevde att de inte fick tillräckligt med utrymme i gruppen att prata om sina egna svårigheter.

”Jag kanske hade behövt enskild terapi [...] Om jag sitter själv och pratar med någon så hinner jag gå igenom mer av mitt eget, i grupp måste man ta hänsyn till alla” - *Pia*

**Terapeutens pedagogiska roll.** Majoriteten av intervjupersonerna var nöjda med de terapeuter som hade lett gruppen och relationen till terapeuterna beskrevs ofta som positiv. Flera intervjupersoner uttryckte att det hade varit betydelsefullt att känna att terapeuterna förstod ens problem. Någon framhöll betydelsen av att terapeuterna förstod att gruppdeltagarnas svårigheter var reella problem och att det var skönt att inte bli ifrågasatt.

”Det kändes bra när de [terapeuterna] lyssnade på mig [...] Terapeuterna förstod oss som har panik, de tvingade inte oss att göra saker, de var hela tiden försiktiga” - *Zarah*

”Det primära syftet är att lära och inte att vi ska bli ifrågasatta, de [terapeuterna] får gärna ifrågasätta mina tankar men inte varför jag är som jag är. I gruppterapin ifrågasätter de inte en, det tyckte jag var bra” - *Christer*

Några intervjupersoner uttryckte att det var viktigt att personkemin med terapeuterna stämde, och att detta var något som inte gick att styra över. Ett par av intervjupersonerna hade tidigare gått i individualterapi där de hade upplevt att personkemin inte hade fungerat, men uppgav att relationen till terapeuterna i gruppen hade varit en positiv erfarenhet. Någon uttryckte att personkemin till terapeuterna i gruppen inte hade fungerat och att relationen hade varit opersonlig.

”Kemin måste stämma överens, det är inte deras fel och inte mitt fel [om personkemin inte stämmer]” - *Susanne*

Ett par intervjupersoner upplevde relationen till terapeuterna som distanserad. När de beskrev träffarna använde de ordet ”föreläsning” snarare än ord som ”terapi” eller ”gruppträff”. Medan en av intervjupersonerna upplevde den föreläsande karaktären på träffarna som mycket opersonlig, var en annan intervjuperson varken positiv eller negativ till denna form av upplägg.

”Det [upplägget] var lite föreläsande, de [terapeuterna] stod där och vi satt, man pratade inte så mycket *med* dem, man öppnade sig och sen så var det någon som gav feedback [...] Jag vet inte ens om jag skulle kalla det någon slags relation” - *Lisa*

När de flesta intervjupersoner pratade om relationer i gruppen handlade det oftare om relationer till de andra gruppmedlemmarna än till terapeuterna. De intervjupersoner som pratade mest om relationen till terapeuterna var de som gick i individualterapi hos någon av de terapeuter som höll i gruppen, och därmed hade en annan typ av relation till henne eller honom.

Flera intervjupersoner uttryckte att terapeuterna hade kompletterat varandra bra och uppfyllt olika roller. Ofta beskrevs den ena terapeuten som mer styrande eller strukturerad, medan den andra terapeuten hade haft en mjukare framtoning med större fokus på gruppmedlemmarna. I ett fall upplevdes terapeuterna inte komplettera varandra, utan snarare som att de turades om att hålla i sessionen. Detta väckte frågor hos intervjupersonen kring



varför den terapeut som inte höll i sessionen överhuvudtaget var där, då hon eller han inte sade någonting.

”Terapeuterna delade på sina uppgifter väldigt bra. Ingen av dem var direkt gruppleddare utan de var väldigt bra bägge två. När den ena terapeuten inte kunde svara på en fråga, då det inte var deras ämne, så bollade de över frågan till den andra.” - *Kalle*

”När den ena föreläsaren höll i sessionen så satt den andra föreläsaren helt tyst och sa ingenting. -  
*Susanne*

De flesta tog upp att terapeuterna hade varit bra på att strukturera träffarna och på att förklara den teoretiska biten. Flera intervjupersoner berättade att de hade uppskattat de teoretiska genomgångarna och att de upplevde att terapeuterna hade lyckats förmedla kunskap om ångest, depression och andra aktuella problem på ett sätt som hade hjälpt dem att hantera dessa saker. Någon upplevde dock att terapeuterna inte hade lyckats förklara de tekniker som skulle läras ut, eller varför de kunde vara till hjälp. Detta hade gjort att intervjupersonen kände att det terapeuten berättade om under träffarna bitvis kändes opersonligt och svårt att förstå i relation till de egna problemen.

”Jag förväntade mig nog lite mer personligt relevans, när terapeuterna gav exempel så gav de väldigt opersonliga exempel [...] Jag kände mig vilsen i det som de [terapeuterna] pratade om, jag kände att det fanns enklare sätt att beskriva det på [...] De förklarade mycket omständligt” -  
*Susanne*

Någon önskade att terapeuten skulle bidra med mer psykologisk kunskap i diskussionerna, och upplevde att gruppmedlemmarnas åsikter fick för mycket utrymme. En av intervjupersonerna hade önskat att det var möjligt att ta upp medicinska frågor med terapeuterna, eftersom han ansåg att kopplingen mellan kropp och själ ofta glömdes bort. Den intervjuperson som inte hade svenska som modersmål uttryckte att hemuppgifterna hade varit krångliga och svåra att förstå. Hon hade fått ta hjälp av en vän för att klara av att förstå övningarna och genomföra dem, men när hon sedan skulle diskutera dem i gruppterapin blev det svårt att svara på frågor som gick utöver det som hon och vännen hade pratat om.

”Uppgifterna krävde jättemycket tid, de var svåra. Jag fick hjälp av en vän för att förstå, om jag skulle göra uppgifterna själv hade jag inte förstått någonting [...] När terapeuterna frågade vidare

om uppgifterna kunde jag inte fortsätta svara, jag sa 'Jag kan inte, jag förstår bara det min vän har hjälpt mig med.'" - *Zarah*

### **Beslutet att avbryta och vad som hände sedan**

Detta intresseområde berör intervjupersonernas beslut att avbryta sitt deltagande i KBT-gruppen samt hur intervjupersonerna har haft det efter att behandlingen avbröts fram till intervjutillfället. Intervjupersonerna hade inte hoppat av behandlingen av samma skäl utan angav olika anledningar till varför de hade avbrutit sin KBT i grupp. De övergripande teman som framträdde var Yttre omständigheter, Gruppterapin var en negativ upplevelse samt Den psykiska ohälsan hindrade terapin. Anledningarna till avhopp listas i en tabell sist i resultatdelen. När det gäller hur intervjupersonerna hade haft det efter avhoppet framträdde två teman: Känna sig hjälpt av terapin samt Behov av fortsatt behandling efter gruppterapin.

**Yttre omständigheter.** Mer än hälften av intervjupersonerna hade tvingats avbryta sin behandling på grund av yttre omständigheter såsom sjukdom, jobb eller händelser i privatlivet. Intervjupersonerna uppgav att om det inte hade varit för dessa omständigheter hade de gärna fortsatt i sin KBT-gruppbehandling. För en av dessa intervjupersoner var anledningen till avhoppet inte en enskild händelse, utan mer en kombination av olika livsomständigheter som gjorde det svårt att få ihop vardagen med jobb, familj och terapi. För en annan av intervjupersonerna innebar kraven på närvaro i gruppen att han var tvungen att hoppa av, då han på grund av sjukdom beräknades missa för många tillfällen.

"Jag fick tyvärr avbryta eftersom jag fick problem i privatlivet och på grund av dem hade svårt att koncentrera mig på terapin" - *Christer*

"Jag tog det på allvar men det var för mycket runtomkring [...] Jag hade inte räknat med att det skulle ta så mycket tid i anspråk [...] Jag hade inte gjort många av övningarna, jag hängde inte med" - *Pia*

"Ja det var en sjukdom, så jag kunde inte fortsätta tyvärr. Och så sa han [terapeuten] det, att kommer du missa två, tre veckor nu så är det lika bra att du börjar om igen i sådana fall" - *Tobias*

**Gruppterapin var en negativ upplevelse.** Ett par av intervjupersonerna uppgav att de hade avbrutit behandlingen på grund av att de inte kände sig hjälpta av den och att terapin i viss mån till och med hade förvärrat deras mående i stunden. En av intervjupersonerna använde ordet "skräckslagen" för att beskriva hur han kände efter den första träffen. För honom blev terapin en belastning, att höra de andra gruppmedlemmarnas berättelser och

förstå att de hade varit sjuka under mycket lång tid gjorde att han förlorade hoppet om att själv bli frisk. Detta blev så tungt att han beslöt att avbryta terapin.

”Den absolut största orsaken till varför jag valde att inte gå var att det hela blev en belastning, det var inte till någon hjälp. Andra eller tredje gången jag skulle dit [till terapin] så klarade jag inte av att gå dit. Det blev alldeles för jobbigt och då valde jag att hoppa av” - *Kalle*

En annan intervjuperson önskade tvärtom mer interaktion mellan gruppdeltagarna, men upplevde att hon och de andra inte blev bemötta av terapeuterna på det sätt som de behövde. Hon kände att hon inte fick utrymme att prata om de saker som hon upplevde som svåra och som hon behövde stöd i, och uttryckte att terapeuten tystade henne och andra medlemmar när de ville bli personliga. Intervjupersonen upplevde att terapeuterna hellre ville prata om tekniker utan att koppla det till gruppmedlemmarnas egna erfarenheter. Detta gjorde henne så frustrerad att hon till slut bestämde sig för att avbryta behandlingen.

”Det kändes som att vi blev tystade, föreläsaren sa ’du får inte prata om dina problem’ [...] Det känns inte som att terapeuterna bemöter oss och vi [som lider av psykisk ohälsa] behöver folk som bemöter oss [...] Jag kände mig ganska frustrerad och frustrationen växte, sista gången tog jag beslutet i stunden” - *Susanne*

Trots de negativa erfarenheterna uppgav intervjupersonen att hon kunde tänka sig att prova KBT i grupp en gång till och ge det en andra chans.

**Den psykiska ohälsan hindrade terapin.** Flera av intervjupersonerna tog upp att den psykiska ohälsa som var anledningen till att de hade sökt terapi också blev ett hinder för själva behandlingen. Sömnstörningar och koncentrationssvårigheter gjorde det svårare att tillgodogöra sig terapin. Någon beskrev att hennes depression gjorde det svårt för henne att ta tag i saker, vilket ledde till att hemuppgifter inte blev gjorda. Även om några intervjupersoner angav yttre omständigheter som skäl till att de hoppade av behandlingen, så framkom det att intervjupersonernas psykiska ohälsa i kombination med de yttre omständigheterna hade inverkat på beslutet att avbryta. En annan intervjuperson uppgav att hennes psykiska ohälsa ofta hindrade henne från att ta sig till träffarna. Då hon fick betala även för de gånger hon inte kunde ta sig till terapin och därmed hade betalat för flera sessioner som hon inte hade deltagit i, kände hon sig till slut tvingad att avbryta behandlingen.

”Jag kunde inte åka dit [till terapin] på grund av att jag hade depression och ångest [...] Jag måste betala om jag inte ringer minst 24 timmar innan, men jag vet inte när paniken kommer [...] Jag har betalat X kr och så är jag inte där” - *Zarah*

Några intervjupersoner tog upp att man bör vara någorlunda stabil i sitt mående för att delta i KBT i grupp. En av intervjupersonerna beskrev att terapeuten hade sagt att intervjupersonen inte skulle kunna ta till sig det som togs upp i gruppterapin, då hon samtidigt hade en svår situation i privatlivet som påverkade hennes mående negativt. Intervjupersonen ställde sig frågande till detta eftersom hon ansåg att terapi borde vara till just för personer som mår dåligt psykiskt.

”Terapeuten sa ’jag kan se att du inte kan ta till dig den här informationen just nu’ [...] Det stod i informationspapperna att man helst ska vara ganska stabil för att gå det här programmet, det vill säga inte ha en krisreaktion. Det är märkligt att det är på det viset för då kan ju friska människor gå istället” - *Susanne*

**Känna sig hjälpt av terapin.** Majoriteten av intervjupersonerna kände att de hade blivit hjälpta av att gå i KBT i grupp trots att de inte hade slutfört behandlingen. Alla intervjupersoner uttryckte att de övningar man hade utfört, i gruppen eller som hemuppgift, hade varit till nytta för dem. Samtliga intervjupersoner använde sig fortfarande på något sätt av det de hade lärt sig. Vissa använde sådana tekniker som att registrera tankar, medveten närvaro och att vara medveten om negativa tankar, medan andra pratade mycket om att de hade blivit hjälpta av den information de hade fått kring mekanismerna bakom oro, ångest och panikångest. Några pratade även om att synen på de egna problemen hade förändrats efter att de hade mött de andra gruppmedlemmarna och hört om deras problem.

”Det ju själva tänkesättet [i KBT], plus teknikerna som är det bästa jag tar med mig” - *Christer*  
”Bara att gå igenom vad ångest är [...] Det är ett fenomen, det är inte bara att jag sitter hemma och håller på att bli galen för mig själv” - *Lisa*

För ett par av intervjupersonerna var upplevelsen av att gå i gruppbehandling mycket positiv och de kände att de hade fått tillräckligt med hjälp för att kunna hantera problemen på egen hand. Flera av de andra intervjupersonerna hade fått en så pass positiv bild av KBT i grupp att de gärna skulle vilja prova igen och några av dem hade undersökt möjligheterna för att börja i

en ny grupp. Några av dem var dock oroliga över att de svårigheter som hade orsakat avhoppet skulle kunna göra det svårt även i en ny terapi.

”Det blev faktiskt bättre efteråt, bara av de gångerna jag var där [...] Jag skulle tipsa folk [om gruppterapi] som har samma problem som jag hade” - *Tobias*

”Jag skulle nog kunna tänka mig det [KBT i grupp] igen [...] Jag undrade om det fanns någon möjlighet att gå längre fram [...] Men eftersom jag fortfarande har svårt att ta mig för saker så kanske det inte är rätt läge nu heller” - *Pia*

En person kände inte alls att gruppbehandlingen hade hjälpt honom. För honom var KBT i grupp en negativ upplevelse och han ville inte prova igen. Att möta de andra gruppmedlemmarna fick honom att inse vikten av att ta sina problem på allvar innan det var för sent. Detta gjorde att han numera var mer uppmärksam på sitt eget mående och att han snabbare reagerade på kroppens varningssignaler när han kände att han blev stressad eller började må sämre.

”Det här [de andra gruppmedlemmarnas långvariga sjukdom] får verkligen inte hända mig [...] Mötet fick mig att inse hur allvarligt det kan bli.” - *Kalle*

**Behov av fortsatt behandling efter gruppterapi.** Efter avhoppet från gruppterapi hade alla intervjupersoner antingen fortsatt i någon form av behandling eller sökt en ny behandling för samma problem som var anledningen till att de hade börjat i KBT i grupp. Majoriteten medicinerade fortfarande mot psykisk ohälsa, såsom ångest eller depression, vid intervjutillfället. Någon uttryckte att hon redan när hon började i gruppterapi hade känt att KBT i grupp inte var tillräckligt för att hon skulle lära sig att hantera de problem hon hade.

”Jag har X [en sorts psykofarmaka], det tar jag hela tiden, jag kan inte sluta” - *Zarah*

”Då kände jag ’det här är bara början’ [...] man kanske börjar skrapa på ytan och sen behöver man gå vidare med sig själv” - *Pia*

Ett par av intervjupersonerna hade fortsatt att gå i individualterapi hos någon av de terapeuter som hade hållit i gruppbehandlingen. Förutom de som hade undersökt möjligheterna att börja i en ny KBT-grupp, var det någon som hade sökt individualterapi för samma problem som hon hade när hon började i gruppbehandlingen.

”Jag har fortsatt att gå hos honom [terapeuten som höll i gruppterapin], i individualterapi” -  
*Susanne*

En person uttryckte att han inte ville ha något mer med psykiatrin att göra och därför inte hade sökt någon ny behandling. Detta berodde inte på gruppbehandlingen, vilken han var nöjd med, utan på negativa erfarenheter av sjukvårdssystemet. Den negativa relationen till psykiatrin, och det faktum att han inte upplevde sina problem som lika allvarliga längre, gjorde att han inte hade sökt någon ny gruppbehandling eller tänkte göra det.

”Jag lämnade psykvården helt [...] jag ville bara bort från det [psykiatrin] [...] Den enda [behandling] jag har nu är att jag tar psykofarmaka” - *Tobias*

### Sammanfattning

Nedan har skälen bakom intervjupersonernas avhopp samlats i Tabell 1. I de fall då flera anledningar har förekommit, exempelvis en kombination av att den psykiska ohälsan hindrade och yttre omständigheter, har det skäl som intervjupersonen uppgav var avgörande för beslutet att avbryta skrivits in i tabellen. I Tabell 2 ges en översikt över de övergripande teman som framträtt under varje intresseområde.

Tabell 1

Sammanställning av de anledningar som intervjupersonerna angav var orsaken till deras avhopp från KBT i grupp.

Skäl till avhopp	Antal intervjupersoner
Yttre omständigheter	4: Christer, Pia, Tobias, Lisa
Gruppterapin var en negativ upplevelse	2: Kalle, Susanne
Den psykiska ohälsan hindrade	1: Zarah

Tabell 2

Sammanställning av övergripande teman för respektive intresseområde.

Intresseområden	Övergripande teman
Innan gruppterapin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inte blivit hjälpt av tidigare behandling</li> <li>- Följa experternas rekommendationer</li> <li>- Inte veta vad gruppterapi kommer att innebära</li> </ul>
Under gruppterapin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Befriande och svårt att prata om sina problem i gruppen</li> <li>- Inte vara ensam</li> <li>- De andra gruppmedlemmarna var betydelsefulla</li> <li>- Begränsat med utrymme för de egna problemen</li> <li>- Terapeutens pedagogiska roll</li> </ul>
Beslutet att avbryta och vad som hände sedan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yttre omständigheter</li> <li>- Gruppterapin var en negativ upplevelse</li> <li>- Den psykiska ohälsan hindrade terapin</li> <li>- Känna sig hjälpt av terapin</li> <li>- Behov av fortsatt behandling efter gruppterapin</li> </ul>

### Diskussion

Många intressanta perspektiv på KBT i grupp och avhopp från denna typ av behandling har framkommit i föreliggande studie. Nedan diskuteras de resultat som har varit mest framträdande i intervjuerna, eller som på andra sätt kan vara speciellt viktiga att belysa. Resultatdiskussionen avslutas med att de inledande frågeställningarna besvaras. Efter resultatdiskussionen följer reflektioner kring studiens validitet och trovärdighet, styrkor och begränsningar samt tankar kring vidare forskning.

#### Resultatdiskussion

**Okunskap om KBT i grupp.** Något som blev tydligt i intervjupersonernas berättelser var att de alla hade levt med psykisk ohälsa under lång tid, och som grupp hade de haft många kontakter med sjukvården och psykiatrin. Patienten saknar ofta både kunskap och makt att avgöra vilken typ av behandling som lämpar sig bäst för det aktuella problemet. Ingen av intervjupersonerna som deltog i denna studie hade sökt KBT i grupp självmant, utan hade

blivit rekommenderade av en läkare eller psykolog att prova denna behandlingsform. Flera uttryckte att de inte hade känt till att KBT bedrevs i gruppformat. Att inte känna till en behandling påverkar vilka förväntningar som väcks. Forskning visar att icke infriade förväntningar kan ha ett samband med avbrott i terapi (Hunsley et al., 1999; Reis & Brown, 1999; Westmacott et al., 2010). Resultaten från föreliggande studie kan varken bekräfta eller dementera detta. Majoriteten av intervjupersonerna hade få eller låga förväntningar inför terapin, och de flesta beskrev att de inte hade fått särskilt mycket information om hur den gick till. Många uttryckte tveksamhet inför att börja i gruppbehandlingen, men blev positivt överraskade när de väl hade provat. I några fall beskrev intervjupersonerna att den behandlare som föreslog KBT i grupp inte själv verkade veta vad denna behandling innebar. Detta väcker frågor kring hur mycket kunskap det finns om KBT i grupp bland behandlare som föreslår denna typ av behandling, och vilken syn man har på den. Det skulle kunna vara så att KBT i grupp i vissa fall blir ett alternativ när ingenting annat har fungerat eller när det inte finns ekonomiska förutsättningar att ge individualterapi.

**Gruppens betydelse.** När intervjupersonerna beskrev hur de upplevde själva gruppterapi, de gånger de var med, berörde de många av de faktorer som Yalom (1995) anser vara verksamma för gruppterapi. Många av intervjupersonerna pratade om vikten av att dela med sig av sina problem i gruppen och av att förstå att man inte var ensam om sina svårigheter. Det kan också innebära en lättnad för patienten att berätta om sina egna problem för gruppen, vilket någon intervjuperson beskrev som frigörande. Detta kan liknas vid två av de faktorer som Yalom (1995) anser är verksamma i gruppterapi, universalitet och katarsis.

Flera intervjupersoner upplevde att känslan av att de andra förstod och kände igen det man pratade om blev ytterligare en bekräftelse på att man inte var ensam. Studiens resultat visar dock att det också kan upplevas som tungt och ångestladdat att höra om andras problem. En intervjuperson förlorade hoppet om att bli frisk när han kände igen sig i de andras berättelser, och förstod att de hade varit sjuka under lång tid trots upprepade behandlingar. Larsen och Stege (2010) lyfter fram bärandet av hopp som en viktig faktor för att lyckas med psykoterapi, och i inledningen av en individualterapi är detta terapeutens uppgift. Enligt Yalom (1995) gäller detta även för terapi i grupp, eftersom gruppledaren har en avgörande roll i gruppens tidiga utvecklingsstadier. Som terapeut eller gruppledare bör man vara öppen för att gruppmedlemmar kan reagera på helt olika sätt inför samma företeelse, i detta fall att känna igen sig i andra gruppmedlemmar, och vara beredd på att hantera detta. Intervjupersonens berättelse visar på vikten av att terapeuten lyckas förmedla hopp till



patienterna i början av gruppterapin, och vikten av att vara medveten om det inflytande som gruppmedlemmarna har på varandra.

Flera intervjupersoner uppgav att de kände sig hjälpta av det stöd de fick av andra gruppmedlemmar. Att hjälpa andra medlemmar i gruppen gjorde att en intervjuperson kände sig betydelsefull och kunde fokusera på annat än de egna problemen, vilket kan liknas vid den faktor som Yalom (1995) kallar för altruism. Men det fanns även någon intervjuperson som kände att förväntningarna på att man skulle hjälpa och stötta varandra blev kravfyllda och övermäktiga. Det är viktigt att terapeuten ser att även denna upplevelse kan finnas, och uppmärksammar när så sker.

En del intervjupersoner pratade om den specifika gruppens betydelse för att gruppterapin blev en positiv upplevelse. De intervjupersoner som hade upplevt en god gruppssammanhållning verkar ha tillskrivit relationen till gruppen en större betydelse än relationen till terapeuten. De intervjupersoner som inte berörde relationerna mellan gruppmedlemmarna så mycket, pratade i större utsträckning om de KBT-tekniker de hade lärt sig eller om att behandlingen hade haft en föreläsande karaktär. Gruppssammanhållning verkar med andra ord ha varit betydelsefullt för de intervjupersoner som upplevde det, men verkar inte ha varit avgörande för att få med sig positiva erfarenheter av gruppterapin. Yalom (1995) menar dock att gruppssammanhållningen i gruppterapi motsvarar den terapeutiska alliansen i individualterapi. Den terapeutiska alliansens betydelse i individualterapi har mycket forskningsstöd (Andersson & Mörtberg, 2008; Horvath & Bedi, 2002). Det är möjligt att gruppformatet gör relationen till terapeuten mer distanserad eftersom den enskilde individen måste "dela" terapeuten med de övriga gruppmedlemmarna. Detta talar för att mer arbete med gruppssammanhållning och relationerna mellan gruppmedlemmarna skulle kunna främja de positiva effekterna av KBT i grupp.

**Terapeutens roll.** Något som flera intervjupersoner tog upp var betydelsen av att känna sig förstörd av terapeuterna och bekräftad i sin upplevelse av det aktuella problemet. I gruppterapi är det dock inte bara relationen till terapeuten som måste fungera, utan även relationerna till de övriga gruppmedlemmarna, vilket intervjupersonernas berättelser speglar. Någon intervjuperson uttryckte att terapeuterna fick gruppmedlemmarna att trivas tillsammans. Wheelan (2005) menar att detta är en av gruppledarens viktigaste uppgifter, att utveckla ett gruppklimat som känns tryggt och inkluderande för gruppdeltagarna. Detta är speciellt viktigt i tidiga stadier i gruppens utveckling. Ett exempel som visar på betydelsen av detta, men där terapeuten inte lyckades skapa ett öppet klimat, var den intervjuperson som upplevde att terapeuterna hindrade gruppmedlemmarna från att prata om personliga saker med

varandra under sessionerna. Intervjupersonen upplevde detta som att hon blev tystad, och blev till slut så frustrerad att hon hoppade av terapin.

Samtliga av de behandlingar som intervjupersonerna deltog i innehöll någon form av undervisning om den psykiska ohälsa som var fokus för gruppterapin. De flesta intervjupersonerna uppskattade denna del av terapin. Någon av intervjupersonerna upplevde dock som tidigare nämnts att behandlingen hade haft en alltför föreläsningssmässig karaktär och att detta hade hindrat deltagarna från att delge varandra sina erfarenheter. Bieling et al. (2008) menar att ett alltför föreläsningssliknande upplägg kan hämma gruppens positiva interaktioner och på så sätt hindra gynnsamma gruppprocesser. Detta återspeglas i den upplevelse som intervjupersonen förmedlade. Undervisning och rådgivning är en av de faktorer som Yalom (1995) anser har stor betydelse för gruppterapins resultat. Det är dock inte bara terapeutens exempel och teorier som är verksamma, även gruppdeltagarnas egna erfarenheter och råd är betydelsefulla. Om terapeuten är alltför inriktad på teorier och att följa sessionens struktur så finns det en risk att hon eller han inte ser det som händer med deltagarna i gruppen. Bieling et al. (2008) menar att terapeuten ibland tvingas göra nödvändiga kompromisser mellan att fokusera på process och på teknik. De flesta av terapeuterna verkar ha lyckats hitta en bra balans mellan att uppmärksamma det som utspelar sig i gruppen och att lära ut KBT-tekniker.

**Individens behov i gruppen.** Den hjälp patienten kan få i en gruppterapi kan vara tillräcklig för att hantera hennes eller hans svårigheter (Bieling et al., 2008; Johnson, 2010; Sandahl, 2008), och om gruppen fungerar kan den vara ett extra stöd för patienten. Det kan dock finnas vissa svårigheter med att lyfta ut en individualinriktad terapimetod och applicera den i ett kollektivt sammanhang. Flera av intervjupersonerna tog dock upp det faktum att gruppterapi innebär begränsat med utrymme för den enskilde individen. Många önskade mer tid, både till att ge varje person mer talutrymme och till att gå igenom teori och övningar. Detta är ett problem som är svårt att lösa, eftersom det inte går att ha hur långa träffar som helst, och eftersom resurser ofta begränsar hur mycket tid som kan läggas på behandlingen. Ett sätt att lösa det hela skulle kunna vara att ha mindre grupper, vilket skulle öka möjligheterna för varje gruppmedlem att komma till tals och få hjälp. Det blir dessutom lättare för gruppmedlemmarna att skapa relationer till samtliga gruppmedlemmar om man är färre deltagare.

I en gruppterapi kan det vara svårt att få tid till att ta hänsyn till enskilda individers utveckling och svårigheter. Alla typer av samtalsterapier kräver förståelse för språket och att samtliga deltagare behärskar det språk som används i terapin. Om språknivån skiljer sig

mycket mellan gruppmedlemmarna kan det lätt uppstå missförstånd, oklarheter eller till och med att deltagarna inte förstår varandra. En av intervjupersonerna, vars modersmål inte var svenska, hade haft svårt att förstå de övningar och hemuppgifter som utfördes i gruppen, men också att själv göra sig förstådd. Det kan därför vara viktigt att grupper sätts samman så att de består av personer med ungefär samma språknivå, så att terapeuten kan anpassa terapin på ett sätt så att alla gruppmedlemmar har samma chans att tillgodogöra sig den.

Språkliga skillnader kan bli ett hinder i gruppterapin, men det kan vara en fördel att få möta människor med olika etnisk eller kulturell bakgrund. En heterogen grupp skulle kunna ge fler perspektiv på de egna svårigheterna och insikt i att de är allmänmänskliga. Några intervjupersoner var positiva till att terapigruppen bestod av personer med olika bakgrund och åldrar. Samtidigt skulle det kunna vara så att en mer homogen grupp ökar sannolikheten för samhörighet och förståelse mellan gruppmedlemmarna. Ett par intervjupersoner hade önskat att de andra gruppmedlemmarna varit mer lika dem själva i ålder och livssituation. Som tidigare nämnts upplevde en intervjuperson att varken gruppen eller terapeuten lyckades förmedla hopp om förbättring, det blev snarare tvärtom. Detta kan vara något som blir extra viktigt att tänka på vid sammansättningen av olika terapigrupper. Intervjupersonen reagerade på att de andra gruppmedlemmarna hade varit sjuka mycket länge, och han uppgav även att han hade saknat gruppmedlemmar i sin egen ålder. Kanske kan detta vara ett argument för att sätta ihop grupper med personer som har varit sjuka ungefär lika länge, eller som är i ungefär samma ålder.

**Anledningar till avhopp.** En intervjuperson hade avbrutit behandlingen på grund av att hon var direkt missnöjd med den och en annan intervjuperson upplevde att mötet med gruppmedlemmarna förvärrade hans psykiska tillstånd. Att så få av intervjupersonerna hade hoppat av på grund av missnöje kan sägas vara ett gott betyg för de behandlingar de har deltagit i. Det skulle också kunna vara så att de patienter som hoppat av behandlingen på grund av missnöje har valt att inte låta sig intervjuas. Nedan diskuteras de skäl som intervjupersonerna har angett till avhoppet.

**Praktiska svårigheter.** För majoriteten av intervjupersonerna var det yttre omständigheter i form av praktiska svårigheter, till exempel schemakrockar, händelser i privatlivet eller sjukdom, som var den främsta anledningen till avhoppet. Detta är enligt flera andra studier en av de vanligaste orsakerna till att patienter avbryter sin terapi i förtid (Bados et al., 2007; Westmacott & Hunsley, 2010; Westmacott et al., 2010). Huruvida detta ska ses som ett problem eller som något oundvikligt som alltid kommer att drabba några patienter är svårt att veta. Exempelvis var det någon intervjuperson som fick ett jobb med arbetstider som

krockade med gruppterapin. Några av de intervjupersoner som hade hoppat av på grund av praktiska svårigheter uppgav att de hade velat fortsätta i gruppen, men att de ramar och regler som fanns kring terapin gjorde det svårt. Exempelvis blev en intervjuperson sjuk och beräknades vara borta från gruppbehandlingen vid för många tillfällen för att få gå kvar i samma grupp.

Då forskning visar att många avhopp från KBT i grupp sker på grund av livshändelser som inte går att styra över är det viktigt att ta till sig det som patienterna berättar. Att gå i psykoterapeutisk behandling innebär att patienten måste förhålla sig till de regler som finns runt terapin. Ramarna ses ofta som en viktig faktor i terapeutiska sammanhang och ska erbjuda trygghet och stabilitet (Sigrell, 2000). Om gruppmedlemmar kan komma och gå helt fritt kan det vara svårt för gruppen att utveckla en bra sammanhållning och ett tryggt klimat. Därför finns det ett behov av bestämmelser kring hur många träffar en gruppmedlem kan missa och krav på att anmäla eventuell frånvaro i förväg. Ramarna är till för att hjälpa gruppledarna och gruppmedlemmarna att förstå och hantera det som händer i gruppen (Wheelan, 2005). Betydelsen av gruppen är något som många patienter betonar som något av det mest väsentliga för upplevelsen av KBT i grupp. Det kan vara svårt för behandlaren att hitta en balans mellan att behålla de regler som är nödvändiga och samtidigt ta hänsyn till patienternas situation. Att å ena sidan bilda en trygg och beständig grupp, och å andra sidan anpassa terapin efter de händelser som oundvikligen sker i patienternas liv. Det är svårt att säga vad som är rätt och fel i dessa sammanhang, men det är viktigt att diskussionen förs kontinuerligt. Patienternas berättelser är en viktig pusselbit i detta arbete.

***Psykisk stabilitet som förutsättning för att delta i KBT i grupp.*** Ramarna för närvaro i terapin påverkade en intervjuperson och ledde till att hon beslöt sig för att hoppa av. Den psykiska ohälsa som hade gjort att hon började i KBT-gruppen gjorde det svårt för henne att förutse vilka dagar det skulle bli omöjligt för henne att ta sig till terapin, och detta ledde till att hon fick betala för många sessioner som hon inte deltog i. Till följd av detta avbröt hon terapin. En annan intervjuperson kände att hennes psykiska tillstånd gjorde att hon inte kunde följa med i gruppterapin. I ett läge då depressionen gjorde att vardagen var tillräckligt svår att hantera, blev hemuppgifterna en för stor börda. När hon inte kände att hon hängde med så valde hon att hoppa av hela terapin. Personer med psykisk ohälsa får ofta kognitiv nedsättning som medför svårigheter med koncentration och uppmärksamhet (American Psychiatric Association, 2002). Det kan vara viktigt att fundera kring hur mycket som kan förväntas av varje gruppdeltagare, och om dessa förväntningar är rimliga. För att kunna tillgodogöra sig gruppterapin krävs det att patienten har tillräckligt med kognitiva resurser tillgängliga för att

klara av att fokusera på uppgifterna eller koncentrera sig på det som sägs i gruppen. Det skulle kunna vara så att KBT i grupp ställer höga krav på patienterna ur detta perspektiv och att det finns risk för ”kognitiv överbelastning”. Kanske kan det vara lättare att fokusera i en individualterapi där det bara finns en person, terapeuten, att förhålla sig till och där terapeuten kan anpassa hemuppgifterna till patientens livssituation.

Flera intervjupersoner talade om att det fanns vissa förutsättningar som man som patient var tvungen att rätta sig efter om man skulle gå i KBT i grupp. Detta är naturligt och gäller även för individualterapi, men kanske finns det en risk att det i vissa fall ställs för höga krav på psykisk stabilitet. En intervjuperson upplevde att hon när hon i samband med händelser i privatlivet fick en krisreaktion inte längre platsade i KBT-gruppen. Hon undrade om behandlingen var till för friska människor. Om det blir så att KBT-gruppbehandling endast är lämpligt för sådana personer som inte har särskilt stora problem, så är frågan om detta verkligen är den målgrupp som terapin från början var tänkt att hjälpa. När terapi utförs i grupp måste dock de terapeuter som leder gruppen ta hänsyn till alla medlemmar. Detta kan i vissa fall innebära att en gruppmedlem får avbryta sin terapi för att de andra ska kunna fortsätta på det spår som var syftet med gruppen. Det blir då mycket viktigt att den person som inte kan eller får fortsätta erbjuds någon annan form av behandling istället. Två av intervjupersonerna gick efter avhoppet i individualterapi hos den terapeut som hade lett gruppterapin, medan de andra intervjupersonerna inte hade någon terapeutisk behandling efter avhoppet. Detta skulle kunna tolkas som att sjukvården inte har lyckats fånga upp majoriteten av intervjupersonerna efter att de avbrutit sin KBT i grupp.

**Fortsatt behandling efter avhoppet.** Forskning visar att avhoppade patienter fortsätter att söka vård efter att de avbrutit sin behandling (Reis & Brown, 1999), vilket inte är konstigt då en icke-fullföljd behandling är mindre trolig att hjälpa patienten med de besvär som hon eller han upplever. Detta har visat sig även i denna studie, då samtliga intervjupersoner gick i eller hade sökt någon form av behandling efter att de hade hoppat av sin KBT-grupp. De flesta av intervjupersonerna hade medicinerat under tiden som de gått i gruppterapin och några hade gått i individualterapi parallellt. Detta skulle kunna ses som tecken på att KBT i grupp i vissa fall inte anses vara en tillräcklig behandling.

Trots att alla intervjupersoner hade fått eller hade sökt någon ny form av behandling, så kände alla utom en att de hade tagit med sig något från gruppterapin. Många kände att de hade blivit hjälpta bara av de få gånger de var med. Detta kan ses som ett gott betyg för KBT-gruppbehandling, och kan sägas bekräfta att en av de största behållningarna med denna typ av behandling är att många personer kan få mycket hjälp under kort tid. Utifrån detta

resonemang skulle KBT i grupp vara mer kostnads- och tidseffektivt jämfört med individualterapi. Samtidigt är det ett faktum att alla intervjupersoner i denna studie har haft minst en behandling till, utöver KBT i grupp. Detta väcker frågor kring hur kostnads- och tidseffektiv behandlingen blir i slutändan, framförallt i de fall där individualterapi utförs parallellt med gruppbehandlingen.

**Svar på forskningsfrågorna.** Syftet med studien var att undersöka varför patienter väljer att avbryta sitt deltagande i KBT i grupp, vilka förväntningar de hade på behandlingen, hur de upplevde behandlingen och om dessa upplevelser var relaterade till avbrottet. Samtliga intervjupersoner som medverkade i föreliggande studie hade deltagit i KBT-gruppbehandling och avslutat denna ensidigt. De frågeställningar som har varit studiens syfte att undersöka har berörts i alla intervjuer. Utifrån insamlad data är det därför möjligt att besvara frågeställningarna.

#### ***Vilka förväntningar hade KBT-gruppdeltagarna på behandlingen? I***

intervjupersonernas berättelser framkom att majoriteten inte hade haft särskilt specifika förväntningar på behandlingen och flera hade varit tveksamma till att börja i KBT i grupp. Trots att mycket forskning har visat att förväntningar kan ha stor betydelse för huruvida en patient slutför sin terapi (Hunsley et al., 1999; Reis & Brown, 1999; Westmacott et al., 2010), har detta inte kunnat bekräftas i föreliggande studie. Ingen av intervjupersonerna angav att deras förväntningar hade påverkat deras beslut att avbryta terapin. En anledning till detta skulle kunna vara att de flesta intervjupersonerna hade neutrala eller negativa förväntningar på behandlingen innan den började. Tidigare forskning (Hunsley et al., 1999; Reis & Brown, 1999; Westmacott et al., 2010) beskriver framförallt sambandet mellan avhopp och icke-infriade, positiva förväntningar.

***Hur upplevde KBT-gruppdeltagarna behandlingen?*** Överlag var upplevelsen av att gå i KBT i grupp positiv. Något som har återkommit i intervjupersonernas berättelser är upplevelsen av att känna sig förstådd och accepterad, både av andra gruppmedlemmar och av terapeuterna. Att känna sig lyssnad på, bli tagen på allvar i sina problem och att förstå att man inte är ensam om dem är exempel på validering. Flera psykologiska teorier betonar att bekräftelse eller validering är en mycket viktig del av psykoterapi (Andersson & Mörtberg, 2008; Kåver, 2006; Sigrell, 2000), och detta är något som både bekräftas och understryks i intervjupersonernas berättelser om sina upplevelser av KBT i grupp. Hur viktigt det är att känna sig validerad tydliggörs också av den frustration som en intervjuperson kände när hon upplevde att terapeuterna tystade henne när hon behövde prata. Utöver känslan att inte vara

ensam var det som intervjupersonerna främst hade tagit till sig från KBT-gruppbehandlingen de olika övningar och tekniker som hade lärts ut.

*Vad bidrog till att KBT-gruppdeltagarna valde att avbryta sin behandling?* I två fall fanns det en direkt koppling mellan intervjupersonernas upplevelse av KBT i grupp och beslutet att avbryta behandlingen. I det ena fallet var anledningen till avhoppet att intervjupersonen förlorade hoppet om att bli frisk när han mötte de andra gruppmedlemmarna. I det andra fallet upplevde intervjupersonen att terapeuterna inte mötte hennes och gruppens behov av att relatera till varandra. För de övriga intervjupersonerna var det yttre omständigheter och/eller psykisk ohälsa som gjorde att de blev tvungna att avbryta terapin. Det går dock inte att säga om dessa intervjupersoners beslut att avbryta terapin var helt opåverkat av deras upplevelser av denna, eller om upplevelserna av terapin hade någon inverkan på beslutet.

### **Validitet och trovärdighet**

Validitet inom kvalitativ forskning handlar om huruvida de slutsatser som dras i en studie kan ses som trovärdiga. Kan forskaren (och läsaren) vara säker på att det som har studerats verkligen är det som studien syftade till att studera (Willig, 2008)? Både Willig (2008) och Morrow (2005) har listat ett antal kriterier för att bedöma trovärdighet i kvalitativa studier. Många av dessa kriterier är gemensamma för de båda författarna och berör exempelvis öppenhet i forskningsprocessen, en reflexiv hållning hos forskaren och triangulering av metoder. Några av de kriterier Morrow (2005) tar upp för att bedöma kvalitet i kvalitativ forskning är tillförlitlighet, genomskinlighet, pålitlighet och konfirmerbarhet. Nedan diskuteras dessa kriterier i relation till föreliggande studie.

**Tillförlitlighet.** Tillförlitlighet berör hur tillförlitlig forskningsprocessen är och god tillförlitlighet uppnås genom till exempel reflexivitet hos forskaren, fylliga och detaljerade beskrivningar av data samt återvändande till intervjupersoner för att se att man har uppfattat dem rätt. Willig (2008) menar även att forskaren bör sträva efter att hitta sådana resultat som inte stämmer överens med övriga resultat, exempelvis intervjupersoner med andra åsikter än majoriteten av de intervjuade. Detta för att möjliggöra nya och bredare perspektiv. Forskaren bör även redovisa hur man har bedömt vad som är tillräckligt mycket data för att dra de slutsatser som dras. Ett begrepp som ofta används är "mättnad", det vill säga forskaren fortsätter att intervjua personer tills ingen "ny" information anses tillföras genom ytterligare intervjuer. När det gäller att uppnå tillräckligt med data handlar det inom kvalitativ forskning

inte bara om deltagarantal, utan även om kvalitet, längd och djup i data, till exempel i intervjuerna (Morrow, 2005).

Under hela arbetet med uppsatsen har vi strävat efter en reflexiv hållning, genom diskussion och reflektion, för att så långt det är möjligt hindra våra egna förutfattade meningar från att begränsa vilka frågor som har ställts och vilka tolkningar som gjorts. Tidsbrist och svårigheter med att få kontakt med intervjupersoner har styrt antalet deltagare, vilket är en brist. Vidare har det inte varit möjligt att aktivt söka upp de avhoppade patienter som kan ha andra upplevelser eller anledningar till avhopp, jämfört med de personer som har intervjuats. Det har inte heller varit möjligt att återvända till intervjupersonerna med transkriberade intervjuer. Även detta är en brist när det gäller tillförlitligheten i insamlad data.

**Genomskinlighet.** Detta kriterium berör i vilken grad läsaren ges möjlighet att reflektera kring resultatens eventuella applicerbarhet på andra individer eller kontexter. Genomskinlighet uppnås genom att forskaren ger så mycket information som möjligt om sådana saker som kontexten studien är utförd i, deltagarna och relationen till deltagarna. Det är även viktigt att forskaren inte gör anspråk på att kunna generalisera resultaten till andra populationer eller kontexter, då kvalitativ metod inte tillåter denna typ av generaliseringar (Morrow, 2005; Willig, 2008).

Deltagarna och kontexten som studien utförts i har beskrivits så ingående som möjligt, samtidigt som hänsyn har tagits till att ingen av intervjupersonerna ska kunna identifieras. Inom gruppen ”avhoppade KBT-gruppdeltagare” finns det sannolikt fler erfarenheter än de som denna studie fångar. Enligt Willig (2008) skulle man dock kunna hävda att det inte spelar så stor roll hur många personer som delar en upplevelse eller erfarenhet. Om en upplevelse av ett fenomen framkommer i en kvalitativ studie så betyder det att detta är en möjlig upplevelse i den kultur och det samhälle som studien utförts i. Detta gör att det finns en potential för fler individer inom samma kultur eller samhälle att ha samma upplevelse, vilket ger en slags allmängiltighet till upplevelserna (Willig, 2008). Med detta inte sagt att det går att veta hur många som delar denna upplevelse, eller hur många andra sätt det finns att uppleva fenomenet på. De upplevelser som intervjupersonerna berättar om i studien kan vara allmängiltiga på så sätt att andra personer i samma situation skulle kunna känna igen sig i dem.

**Pålitlighet.** Pålitlighet i kvalitativ forskning handlar om att möjliggöra för andra att upprepa samma typ av studie. I kvalitativ forskning innebär detta dock inte att resultaten nödvändigtvis kommer att se likadana ut (Morrow, 2005). Intervjun som äger rum är en ögonblicksbild, och den information som framkommer gör det i samspelet mellan en specifik



intervjuperson och en specifik intervjuare. Det är möjligt att intervjupersonerna, om de tillfrågades vid ett annat tillfälle och av en annan intervjuare, skulle ha svarat annorlunda.

Pålitlighet uppnås genom att den process genom vilken resultaten har framkommit är väl beskriven i varje led (Morrow, 2005). Enligt Willig (2008) är därför dokumentationen under forskningsprocessen mycket viktig, då en noggrann dokumentation möjliggör för andra forskare att upprepa en liknande studie steg för steg. I varje steg av arbetet med intervjuerna och analysen har en stor mängd data dokumenterats, för att i så stor utsträckning som möjligt säkerställa att processen går att följa från början till slut. Under arbetet med uppsatsen har vi strävat efter att så tydligt som möjligt beskriva varje steg i arbetet, från rekrytering av deltagare till analys av resultatet. Då föreliggande studie har följt Morrrows (2005) rekommendationer kan kriteriet pålitlighet anses vara uppfyllt.

**Konfirmerbarhet.** Detta kriterium handlar om att studiens resultat ska vara förankrade i data och inte i forskarens egna föreställningar eller favoritteorier. Konfirmerbarhet kan uppnås genom flera av de åtgärder som beskrivits ovan, såsom reflexivitet och noggrann redovisning av varje steg i insamlandet av data och i analysprocessen (Morrow, 2005). Under inläsning av teori har vi försökt att få ett så brett perspektiv på området som möjligt, och vara öppna för sådana fynd som inte stämmer överens med våra förutfattade meningar. Intervjuguiden skapades med syfte att möjliggöra för ny kunskap att komma fram, även sådan kunskap som inte fanns beskriven i de instuderade teorierna. För att i största möjliga mån göra materialet rättvisa har vi fört en kontinuerlig diskussion kring våra förförståelser samt våra roller som intervjuare och uttolkare av materialet.

### **Studiens styrkor och begränsningar**

**Intervjuer.** Studien innefattar sju intervjuer vilket kan ses som ett relativt litet antal. Detta skulle därför kunna ses som en begränsning. Smith (2004) menar dock att de flesta studier där IPA används endast har fem till tio deltagare, eftersom det bara är möjligt att göra en detaljerad och nyanserad analys av information från ett mindre antal deltagare. Den information som den enskilda individens berättelse ger har ett värde i sig eftersom den är specifik och har ett rikare innehåll än den typ av information som nomotetisk forskning ger (Smith, 2004). Därför kan det antal intervjuer som har genomförts i denna studie anses ge tillräckligt med relevant information för att uppfylla studiens syfte, och till och med vara en styrka då ett litet antal tillåter en djupare analys. En tydlig begränsning är dock att det var

svårigheterna att få tag på intervjupersoner som styrde antalet genomförda intervjuer, snarare än en bedömning av att tillräcklighet i data hade uppnåtts.

Samtliga intervjuer varade i mellan 30 och 45 minuter, snarare än ca 60 minuter vilket hade beräknats från början. En förklaring skulle kunna vara att vissa frågor i intervjuguiden inte var tillräckligt öppna för att inbjuda till långa svar. Om vi skulle göra om studien idag skulle intervjuguiden först provas ut på ett antal intervjupersoner, för att hitta och åtgärda svagheterna i denna. En annan förklaring skulle kunna vara att intervjupersonerna inte hade deltagit i särskilt många terapiesessioner, och därför inte hade så många exempel att berätta om. Ytterligare en förklaring kan vara att intervjupersonerna hade svårt att svara på frågor om vad de hade önskat var annorlunda i terapin, eftersom de ansåg att de inte hade deltagit tillräckligt många sessioner för att besvara denna fråga. Den information som har framkommit i intervjuerna har dock, baserat på svarens längd och detaljrikedom, bedömts vara tillräckligt fyllig för att kunna användas som analysmaterial och för att besvara forskningsfrågorna.

**Bortfall.** De flesta av intervjupersonerna var på det stora hela nöjda med gruppbehandlingen, trots att de hade valt att inte fullfölja den. Det är möjligt att de personer som avböjde att delta i studien inte hade en lika positiv bild av gruppbehandlingen och att de hade kunnat ge annan information. En mer negativ bild av gruppbehandlingen hade kunnat visa på andra anledningar till avhopp än de som redogörs för i resultatet. En svaghet i föreliggande studie är att rekryteringen av intervjupersoner var tvungen att gå via terapeuterna. Det är möjligt att en specifik grupp, med sämre relation till terapeuten, valde att inte delta. Två personer avböjde att vara med i studien på grund av psykisk ohälsa. Det kan även vara så att fler personer avböjde av detta skäl utan att ange detta, och att dessa personer utgör en grupp som inte har fångats upp av denna studie.

**Studiens kulturella kontext.** I föreliggande studie deltog intervjupersoner med olika etniska bakgrunder. Utifrån intervjupersonernas berättelser har etnisk bakgrund inte framträtt som viktigt för förväntningar på, upplevelser av eller avbrott från gruppbehandlingen. Det som fick betydelse i ett av fallen var att språkförbistringar ledde till att en intervjuperson inte kunde tillgodogöra sig terapin på samma sätt som de andra gruppmedlemmarna.

Den tidigare forskning som använts som bakgrund till denna studie, och som legat till grund för skapandet av intervjuguiden, grundar sig på västerländsk forskning från framförallt Sverige och USA. Det innebär att denna forskning har influerats av de normer och trosföreställningar som finns här. Föreliggande studie har också gjorts inom denna kulturella kontext. Även om den forskning som bedrivs i USA respektive i Sverige i mångt och mycket går att jämföra, finns det en hel del normer och uppfattningar som skiljer sig åt. Det skulle

kunna vara så att den teori som denna uppsats grundar sig på stämmer bättre överens med amerikanska förhållanden än med svenska.

**Studiens bidrag till forskningen.** Det har varit svårt att hitta tidigare forskning kring avhopp från KBT i grupp och de flesta studier som har framkommit i litteratursökningar har haft individualterapi som utgångspunkt. De studier som har haft avhopp från gruppterapi som fokus har främst studerat processinriktad gruppterapi. Vidare är de flesta tidigare studier utförda enligt kvantitativa metoder. Detta har gjort att de flesta teorier som tas upp i uppsatsen, och som ligger till grund för intervjuguiden, inte i första hand bygger på forskning gjord på den specifika grupp som har undersökts. Detta skulle kunna ses som en begränsning, då intervjuguiden inte har konstruerats utifrån forskning på den undersökta gruppen. Samtidigt motiverar avsaknaden av studier varför denna studie är viktig, och tydliggör behovet av mer forskning på detta område. Att föreliggande studie haft en kvalitativ ansats är en styrka, då den bidrar med fördjupad kunskap om de resultat som kvantitativa studier tidigare rapporterat.

### **Vidare forskning**

Det skulle vara intressant att se studier kring gruppsammanhållningens och gruppprocessers betydelse för utfallet av eller avhopp från KBT i grupp, då det i denna studie har framkommit att gruppen har stor betydelse för upplevelsen av terapin även när den utgår från kognitiv- och beteendeariiktad teori. Vidare skulle det vara intressant att studera hur viktig relationen till terapeuten är, i förhållande till relationerna till andra gruppmedlemmar. Exempelvis skulle en kvantitativ studie vara lämplig för att undersöka vilken av dessa faktorer som verkar ha störst betydelse för att patienter stannar kvar i terapi.

I föreliggande studie framkom att det kunde vara en negativ upplevelse att känna igen sig i människor med samma typ av svårigheter som man själv. Detta är något som kan vara viktigt att undersöka vidare, då det vanligen framhålls som något positivt. Här skulle fler kvalitativa studier kunna fördjupa kunskapen om patienters upplevelser av att känna igen sig i andra gruppmedlemmar, samt av att ge och få stöd.

Studier som fokuserar på de patienter som inte slutför sin terapi är viktiga, då de kan belysa aspekter av terapi som behöver förbättras. Genomgången av tidigare forskning har visat att fler studier behövs kring avhopp från KBT i grupp, då detta är ett relativt obeforskat område. Slutligen behövs fler studier av patienters upplevelser av terapi i allmänhet, då vi anser att denna studie har visat att patienternas berättelser innehåller mycket värdefull kunskap som är viktig att ta vara på.

## Referenser

- American Psychiatric Association. (2002). *Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR* (J. Herlofson & M. Landqvist, Övers.). Danderyd: Pilgrim Press. (Originalarbete publicerat 2000).
- Andersson, G. & Mörtberg, E. (2008). Verksamma mekanismer i kognitiv och beteendearbetad terapi (KBT). I R. Holmqvist & B. Philips (Red.), *Vad är verksamt i psykoterapi?* (ss. 68-98). Stockholm: Liber.
- Arnou, B. A., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Markowitz, J. C., Klein, D. N., et al. (2007). Dropout versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders, 97*, 197-202. doi: 10.1016/j.jad.2006.06.017
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology, 63*(6), 585-592. doi: 10.1002/jclp.20368
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2008). *Kognitiv beteendeterapi i grupp* (G. Zetterström, Övers.). Stockholm: Liber. (Originalarbete publicerat 2006).
- Brown, J. S. L., Sellwood, K., Beecham, J. K., Slade, M., Andiappan, M., Landau, S., et al. (2011). Outcome, costs and patient engagement for group and individual CBT for depression: A naturalistic clinical study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*(3), 355-358. doi: 10.1017/S135246581000072X
- Burlingame, G. M., Fuhrman, A., & Johnson, J. E. (2002). Cohesion in group psychotherapy. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. (pp. 71-87). Oxford: Oxford University Press.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004). Small-group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. I M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> ed.) (pp. 647-696). New York: Wiley.
- Crowe, T. P., & Grenyer, B. F. S. (2008). Is therapist alliance or whole group cohesion more influential in group psychotherapy outcomes? *Clinical Psychology and Psychotherapy, 15*, 239-246. doi: 10.1002/cpp583
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research* (2<sup>nd</sup> ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Eurelings-Bontekoe, E. H. M., Van Dam, A., Luyten, P., & Verhulst, W. A. C. M. (2009). Structural personality organization as assessed with theory driven profile interpretation of the Dutch short form of the MMPI predicts dropout and treatment response in brief

- cognitive behavioral group therapy for axis I disorders. *Journal of Personality Assessment*, 91(5), 439-452. doi: 10.1080/00223890903087927
- Giorgi, A., & Giorgi, B. (2003). Phenomenology. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology. A practical guide to research methods* (pp. 25-50). London: Sage.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp 37-69). Oxford: Oxford University Press.
- Hunsley, J., Aubry, T. D., Verstervelt, C. M., & Vito, D. (1999). Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy*, 36(4), 380-388.
- Johnson, J. E. (2010). Cohesion in cognitive behavioral therapy for anxiety disorders and major depression. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(1), 153-158.
- Johnson, J. E., Burlingame, G. M., Olsen, J. A., Davies, D. R., & Gleave, R. L. (2005). Group climate, cohesion, alliance, and empathy in group psychotherapy: multilevel structural equation models. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 310-321. doi: 10.1037/0022-0167.52.3.310
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling: En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> ed.) (pp. 139-193). New York: Wiley.
- Larsen, D. J., & Stege, R. (2010). Hope-focused practices during early psychotherapy sessions: Part I: Implicit approaches. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(3), 271-292. doi: 10.1037/a0020820
- Loebach Wetherell, J., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., et al. (2011). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *PAIN*, 152(9), 2098-2107. doi: [10.1016/j.pain.2011.05.016](https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.05.016)

- McCallum, M., Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., & Joyce, A. S. (2002). Early process and dropping out from short-term group therapy for complicated grief. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 6(3), 243-254. doi: 10.1037//1089-2699.6.3.243
- Messer, S. B. (2006). Patient values and preferences. I J. C., Norcross, L. E., Beutler, & R. F. Levant (Red.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 31-40).
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260. doi: 10.1037/0022-0167.52.2.250
- Pinto-Meza, A., Fernández, A., Bruffaerts, R., Alonso, J., Kovess, V., De Graaf, R., et al. (2009). Dropping out of mental health treatment among patients with depression and anxiety by type of provider: results of the European study of the epidemiology of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(4), 273-280. doi:10.1007/s00127-010-0195-1
- Reis, B. F., & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 36(2), 123-136.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.
- Sander, Å. (1999). Edmund Husserls fenomenologiska tradition. I C.M. Allwood & M.G. Erikson (Red.), *Vetenskapsteori för psykologi och andra samhällsvetenskaper* (ss. 101-141). Lund: Studentlitteratur.
- Sandahl, C. (2008). Gruppens terapeutiska potential. I R. Holmqvist & B. Philips (Red.), *Vad är verksamt i psykoterapi?* (ss. 99-119). Stockholm: Liber.
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637-645. doi: 10.1037/a0021175
- Sigrell, B. (2000). *Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi*. Falköping: Natur och Kultur.
- Smith, J. A. (1995). Semi-structured interviewing and qualitative analysis. I J. A. Smith, R. Harré, & L. Van Langenhove (Ed.), *Rethinking methods in psychology* (pp. 9-27). London: Sage.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1, 39-54.

- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los Angeles: Sage.
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010*. Hämtad 22 augusti 2011 från Socialstyrelsen:  
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-4>
- Werbart, A., Lilliengren, P. & Philips, B. (2008). Patienters syn på verksamma faktorer. I R. Holmqvist & B. Philips (Red.), *Vad är verksamt i psykoterapi?* (ss. 160-179). Stockholm: Liber.
- Westmacott, R., & Hunsley, J. (2010). Reasons for terminating psychotherapy: A general population study. *Journal of Clinical Psychology*, 66(9), 965-977. doi: 10.1002/jclp.20702
- Westmacott, R., Hunsley, J., Best, M., Rumstein-McKean, O., & Schindler, D. (2010). Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: A comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychotherapy Research*, 20(4), 423-435. doi: 10.1080/10503301003645796
- Wheelan, S. A. (2005). *Group Processes: A developmental perspective* (2<sup>nd</sup> ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195.
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method*. (2<sup>nd</sup> ed.). Buckingham: Open University Express.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4<sup>th</sup> ed.) New York: Basic Books.

## Bilaga 1

### **Vi är intresserade av dina erfarenheter av terapi i grupp!**

Hej!

Vi är två studenter, Linnea Gunnarsson och Jenny Klippvik, som läser sista terminen på psykologprogrammet vid Lunds universitet. Under hösten skriver vi examensarbete och vi är intresserade av dina upplevelser av att gå i KBT i grupp. Hur tyckte du att det var? Fanns det något som kunde ha varit bättre? Vad var det som gjorde att bestämde dig för att avbryta?

Studien innebär att deltagare som har avbrutit sin KBT-gruppbehandling intervjuas i ca en timme. Intervjuerna görs på Institutionen för psykologi vid Lunds universitet (i centrala Lund). Intervjuerna utförs dag- eller kvällstid under september-november 2011.

Deltagandet i studien är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan att motivera varför. Vi som intervjuar och skriver uppsatsen har tystnadsplikt. I den färdiga uppsatsen kommer man inte att kunna identifiera enskilda personer. Citat kan komma att användas som du själv kan känna igen, men ingen annan person ska kunna spåra vem som har sagt vad i intervjuerna. Uppsatsen kommer i första hand att läsas av studenter och lärare på psykologprogrammet vid Lunds universitet. Om du är intresserad av att ta del av den färdiga uppsatsen är du mycket välkommen att kontakta oss.

Din medverkan är ett bidrag till förbättringen av KBT-behandling i grupp. Vi är mycket tacksamma om du vill vara med i studien!

Med vänliga hälsningar,

**Jenny Klippvik**  
**Psykologkandidat**  
[jenny.klippvik.221@student.lu.se](mailto:jenny.klippvik.221@student.lu.se)

**Linnea Gunnarsson**  
**Psykologkandidat**  
[linnea.gunnarsson.107@student.lu.se](mailto:linnea.gunnarsson.107@student.lu.se)



## Intervjuguide

- 1. Kan du berätta om när du sökte den här behandlingen?**
  - Vad ville du ha hjälp med?
  - Hur länge hade du upplevt problem med xxx? (eller välj lämplig formulering)
  - Vem tipsade dig om gruppterapin?
  - Vilken information fick du om terapin?
  - Hade du provat någon annan behandling mot xxx innan? (Vad?)
  
- 2. Kan du berätta om träffarna?**
  - Hur många gånger deltog du? (I följd eller med avbrott mellan gångerna)
  - Hur brukade en vanlig träff gå till? (Början, mitten, avslut)
  - Vad tyckte du om att ha terapi i grupp?
  - Hur var det att prata om dig själv inför gruppen?
  - Vad brukade du tänka/känna när du gick hem från en träff? (Vad var bra/dåligt)
  - Kan du komma ihåg vad du tänkte/kände på den sista träffen du var med på?
  
- 3. Stämde träffarna överens med dina förväntningar på terapin?**
  - Hur trodde du att det skulle bli?
  - Fanns det något du saknade i terapin jämfört med dina förväntningar?
  - Hur mycket tid och arbete förväntade du dig att du skulle behöva lägga ner på terapin?
  
- 4. Vad tyckte du om terapeuten?**
  - Hur tyckte du att er relation var?
  - Hur tyckte du att terapeuten var som gruppledare?
  - Var du och din gruppledare överens om vad som var viktigt för just dig att arbeta med i terapin? Berätta!
  
- 5. Vad var det som gjorde att du valde att avbryta behandlingen?**
  - När tog du beslutet att avbryta?
  - Vad var avgörande för ditt beslut?
  
- 6. Finns det något som du hade velat förändra i terapin?**
  
- 7. Känner du att du fick ut något av din terapi? Vad?**
  
- 8. Finns det något mer du skulle vilja berätta innan vi avslutar?**
  
- 9. Om man får lov att fråga om åldern, bara för dokumentationens skull?**

**Psykologexamensuppsats Lunds universitet, Ht -11  
Linnea Gunnarsson & Jenny Klippvik**

Deltagandet i studien är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan att motivera varför. Vi som intervjuar och skriver uppsatsen har tystnadsplikt. I den färdiga uppsatsen kommer man inte att kunna identifiera enskilda personer. Citat kan komma att användas som du själv kan känna igen, men ingen annan person ska kunna identifiera vem som har sagt vad i intervjuerna.

RINGA IN DITT SVAR:

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att medverka i studien.

JA            NEJ

---

Ort och datum

---

Namnsteckning