



**LUNDS**  
UNIVERSITET

**INSTITUTIONEN för PSYKOLOGI**

***Stress och känslor inom arbetslivet - en randomiserad  
kontrollerad studie av effekterna av expressivt  
skrivande bland vård- och omsorgspersonal***

**Görgen Olsson**

Kandidatuppsats (15 hp)  
HT 2014

Handledare: Per Johnsson  
Examinator: Sofia Bunke

### Sammanfattning

Studiens syfte var att undersöka om expressivt skrivande, som i tidigare studier visat sig ha effekt på fysisk och psykisk hälsa, kunde förbättra vård- och omsorgspersonals välbefinnande i form av lägre stress, mindre negativ affekt, mer positiv affekt samt färre somatiska symtom. I studien undersöktes om graden av självmedkänsla påverkades av interventionen. Det förutsågs att experimentgruppens deltagare, efter interventionen, skulle uppvisa en högre grad av självmedkänsla än kontrollgruppens deltagare. Studien gjordes i form av ett randomiserat kontrollerat experiment. Hypoteserna var att experimentgruppens deltagare ( $n = 17$ ), som deltog i expressivt skrivande, skulle uppvisa ett signifikant bättre resultat på samtliga mått på välbefinnande jämfört med kontrollgruppens deltagare ( $n = 15$ ), som deltog i objektivt och icke-expressivt skrivande. Deltagarna i experimentet var kvinnor ( $N = 32$ ) i åldrarna 24 till 63 år. Ingen av hypoteserna kunde bekräftas i studien. Studien visade således inte att arbetsrelaterad stress kan reduceras med hjälp av expressivt skrivande. Studiens resultat diskuteras i perspektiv av att stressreaktionen innehåller flera interagerande faktorer och att sambandet mellan stress och känslor är komplext. Förslag till utformning av framtida studier diskuteras vad gäller modererande faktorer, skrivinstruktioner samt mätmetoder.

*Nyckelord:* expressivt skrivande, psykologisk stress, interpersonell stress, känslor

### **Abstract**

The current study examined whether expressive writing, which in previous studies have been found to have psychological and physiological benefits, can improve wellbeing among health care workers in the form of reduced stress, decreased negative affect, increased positive affect and fewer somatic symptoms. The effects of the intervention on self-compassion were examined. The hypothesis was that relative to participants in the control group, participants in the expressive writing group would increase their level of self-compassion after the intervention. The study was designed as a randomized controlled trial. Thirty-two female healthcare workers, age from 24 to 63 years, were randomly assigned to either a written disclosure condition, (i.e. writing about emotional topics) ( $n = 17$ ) or a control condition (i.e. writing about superficial and non-emotional topics) ( $n = 15$ ). It was hypothesized that relative to participants in the control group, participants engaging in the writing intervention would show better results on all measures of wellbeing. The study could not confirm any of the hypotheses. In other word the study could not confirm that expressive writing reduces work related stress. Implications of these findings are discussed in perspective of the complexity of the stressresponse and the relationship between stress and emotions. Suggestions are made for future research emphasizing the importance of examining potential moderators, the effects of writing instructions and the choice of measures.

*Keywords:* expressive writing, written emotional disclosure, psychological stress, interpersonal stress, emotions

## Introduktion

Stress och stressrelaterad ohälsa ökar inom svenskt arbetsliv (Försäkringskassan, 2014; Socialstyrelsen, 2013); Fler kvinnor än män har besvär, 27 % jämfört med 20 % (Arbetsmiljöverket, 2014). Stress och stressrelaterad ohälsa orsakar lidande för den enskilde och ökade kostnader för arbetsgivare och samhälle, bland annat på grund av hög personalomsättning och nedsatt produktivitet (Europeiska arbetsmiljöbyrån, 2014). Samtidigt konstaterar Arbetsmiljöverket (2014) att ”trots att psykisk ohälsa är det snabbast växande arbetsmiljöproblemet saknas ett förebyggande arbetsmiljöarbete på sex av tio inspekterade arbetsplatser” (s 1).

Förklaringar till arbetsrelaterad stress är till exempel stora krav i kombination med brist på kontroll över arbetet (Karasek & Theorell, 1990), rollkonflikter, rolltydlighet och rollbelastning (Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek & Rosenthal, 1964) samt ökad tidspress, ökat antal arbetsuppgifter och brist på stöd från kolleger och ledning (Europeiska arbetsmiljöbyrån, 2014). Samverkan mellan familjerelaterad stress och arbetsrelaterad stress är en annan bidragande faktor (Lazarus, 1999).

En ytterligare tänkbar förklaring till arbetsrelaterad stress och ohälsa kan vara hur både individen själv och verksamheten i stort hanterar de känslor som uppstår inom arbetsområden som i hög grad kännetecknas av emotionella relationer. I en kvalitativ studie om hemtjänstpersonals arbetsvillkor visar Astvik (2002) hur den största källan till såväl arbetstillfredsställelse som till stress hos omsorgsarbetare är de emotionella relationerna till omsorgstagarna. Astvik (2002) beskriver hur vård- och omsorgsarbete innehåller svåra möten, som ofta väcker ångestfyllda känslor i omsorgsgivarna. Negativa känslor uppstår även mellan kollegor och gentemot ledning, exempelvis på grund av upplevt orimliga krav eller ohörsamhet (Astvik, 2002).

Det är inte vård- och omsorgsyrkens emotionella karaktär i sig, som orsakar stress. Menzies Lyth (1960/1990) beskriver, i en studie om sjuksköterskors arbetsvillkor, hur en starkt bidragande faktor är det sätt på vilket organisationen formellt och informellt hanterar negativa känslor och ångest. Menzies Lyth (1960/1990) använder begreppet ”socialt försvarssystem” om de attityder och beteenden, som över tid blir till en del både av organisationens struktur, kultur och rutiner och av vårdpersonalens professionella identitet. Syftet med det sociala försvarssystemet är, enligt Menzies Lyth (1960/1990), att minimera situationer och relationer, som framkallar ångest och svåra känslor. Menzies Lyth (1960/1990) pekar bland annat på hur sjuksköterskor uppmuntras till att inte involvera sig känslomässigt i sina patienter, att negligera den individuella patientens betydelse samt att

kontrollera sina känslor. Även organisatoriska försvar, som att bryta ned arbetet i triviala rutinuppgifter och att manualisera behandlingen, ingår i det sociala försvarssystemet. Menzies-Lyth (1960/1990) argumenterar för att detta försvarssystem är kontraproduktivt, eftersom det hindrar vårdpersonalen från att bearbeta svåra känslor av förlust, hjälplöshet och skuld samt att lära sig av dessa erfarenheter. Tvärtemot avsikten byggs, enligt Menzies Lyth (1960/1990), stress in som en del av organisationen.

Föreliggande studie fokuserade på intrapsykiska faktorer till stress, vilka uppstår i en interpersonell och social kontext. Studien utgår, i linje med Lazarus' (1993, 1999) teorier om stress, från att arbetsrelaterad stress påverkas av (a) organisatoriska och arbetsmiljöfaktorer, (b) individfaktorer samt (c) en relation mellan dessa faktorer, som bland annat innefattar individens copingstil och psykologiska försvar, samt kapaciteter att reglera negativa känslor och att söka sig till och tillgodogöra sig socialt stöd (Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003).

### **Stressprocessen**

Stress har beskrivits som en *process* (Lazarus, 1993), i vilken det ingår fyra samverkande, reciproka komponenter: (a) ett kausalt yttre eller inre *stimuli* eller *agent*, ofta benämnt ”stressor”; (b) en *bedömning* eller *värdering* (”appraisal”) av om stressorn utgör en risk för skada eller fara eller innebär en utmaning; (c) en *copingprocess* samt (d) effekten på kropp och/eller psyke, ofta benämnt som *stressresponsen*. Enligt Ganzel, Morris och Wethington (2010; refererat i Nolte, Guiney, Fonagy, Mayes & Luyten, 2011) utgörs stressprocessen av (a) en kontinuerlig bedömning av inre resurser och yttre krav; (b) en fortlöpande fysiologisk reglering genom ”anticipatory arousal”; samt (c) en anpassning över tid till förhållanden i omgivningen.

Stressorer kan vara förändringar i den fysiska, biologiska eller sociala miljön (Gluckman, Beedle & Hanson, 2009). Dessutom finns psykologiska stressorer, som exempelvis tankar på misslyckande eller upplevelse av hot (Lazarus, 1999). Stressorer aktiverar individens, antingen aktiva (fysiska eller betendemässiga) och/eller passiva (psykologiska) stressresponser (Gluckman et al, 2009). Olika former av stressorer utgör skilda utmaningar för individen (Gluckman et al, 2009). Den fysiologiska responsen på stressoren är stereotypisk, då den evolutionärt har utvecklats från att utgöra en specifik försvarsreaktion på hot från rovdjur till en generell reaktion på alla former av fysiska, biologiska, sociala och psykologiska utmaningar (Gluckman et al, 2009). De primära reaktionerna på en stressor är ökad puls och ökat blodflöde samt impulser att undvika, dra sig undan eller fly stressorn (Gluckman et al, 2009).

Ur ett kognitivt perspektiv är det inte enbart stressorn som skapar stress. Även individens medvetna eller omedvetna tolkning och värdering ("appraisal"; Lazarus, 1993, 1999) av det som sker påverkar stressresponsen. Lazarus (1993) uttrycker det som att individen aktivt förhandlar mellan å ena sidan omgivningens krav, ramar och resurser och å andra sidan sina egna mål, värderingar och resurser. En stressreaktion uppkommer när individen medvetet eller omedvetet upplever sig sakna tillräckliga resurser för att klara av att hantera skadan/förlusten, hotet eller utmaningen mot det fysiska och/eller psykiska välmåendet (Lazarus, 1993, 1999). Individens tolkning och förståelse av skeendet påverkar inte bara stressnivån, utan även immunsystemets funktioner (Boots & Pennebaker, 2000).

Stressorer definieras i föreliggande studie som "ett verkligt eller upplevt hot mot en individs psykologiska eller fysiska välmående" (Gluckman, Beedle & Hanson, 2009, s 212; min översättning). Stress definieras som en subjektiv upplevelse av att livet är oförutsägbart, okontrollerbart och överbelastande (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983).

### **Interpersonell stress**

Lazarus (1993) talar om stress, som en i grunden *relationell* process. Stress uppkommer, enligt honom, som en respons på den relationella mening individen, oftast automatiskt och icke-viljemässigt, ger skeendet. Denna relationella mening, eller detta "core relational theme", som Lazarus (1993) benämner det, ligger före individens medvetna kognitiva värdering. Exempelvis så uppstår känslan rädsla före den kognitiva värderingen "jag är i fara". I likhet med Lazarus formulerar Sbarra och Hazan (2008) samt Nolte et al (2011), ur ett anknytningsteoretiskt perspektiv, stressresponsen som en *interpersonell process*. Sbarra och Hazan (2008) menar att anknytningsrelationer, och inre representationer av dessa, fungerar som psykofysiologiska stressregulatorer. Nolte et al (2011) beskriver hur den vuxne individens fysiologiska stressreglering och copingstrategier i det tidiga samspelet med primära vårdgivare utvecklas till ett tryggt eller otryggt anknytningsmönster. Ett tryggt anknytningsmönster kännetecknas av en förmåga att reglera stress, vilken i sin tur utmärks av en kapacitet att identifiera, tolerera och reglera negativa känslor och ångest (Nolte et al, 2011). Schore och Schore (2008) har konceptualiserat anknytning just som "dyadisk affektreglering", vilket ger stöd för att förmågan att hantera stress kan betraktas som förmågan att reglera negativa känslor. En adaptiv affektreglering sker, antingen genom att individen medvetet eller omedvetet mentalt återkallar tidigare erfarenheter av att på ett effektivt sätt ha reglerat stress i samspel med andra viktiga personer, eller genom att hon eller han söker stöd hos personer i sin närhet (Nolte et al, 2011). De copingstrategier som tryggt anknutna individer huvudsakligen använder är (a) att erkänna och visa stress, (b) att söka stöd

samt (c) att lösa problem instrumentellt (Mikulincer et al, 2003). Tryggt anknytningsmönster har operationaliserats av Lee och Hankin (2009; refererat i Nolte et al, 2011) som *stödsökande* ("supportseeking"), *självkänsla* ("self-esteem") och *självvärde* ("self-worth"). Till dessa individfaktorer skulle kunna tillfogas begreppet *självmedkänsla* ("selfcompassion"; Neff, 2003a, 2011). Självmedkänsla definieras av Neff (2003a, 2011), som förmågan att bemöta eget lidande med värme och omtanke. Enligt Neff (2003a, 2011) består självmedkänsla av tre ömsesidigt interagerande delar: (a) *själv-vänlighet*, det vill säga förmågan att behandla sig själv med omtanke snarare än att döma sig själv, (b) *delad mänsklighet*, det vill säga förmågan att uppleva att ens egna erfarenheter inte är isolerade företeelser utan delas av alla människor, samt (c) *mindfulness*, det vill säga förmågan att på ett balanserat sätt kunna betrakta egna svåra känslor och tankar snarare än att överidentifiera sig med dem.

Tidigare erfarenheter av att inte ha lyckats lösa stressrelaterade och hotfulla tillstånd med hjälp av primära anknytningsstrategier kan medföra att barnet, och senare den vuxne, utvecklar, det Mikulincer et al (2003) benämner, *sekundära anknytningsstrategier*, för att reglera stress och ångest. Sekundära anknytningsstrategier karakteriseras av *deaktiverande* och *hyperaktiverande* beteenden (Mikulincer et al, 2003). Deaktiverande innefattar distansierande och undvikande strategier samt en nedreglering av känslor, hyperaktiverande innefattar osjälvständiga och ängsliga beteenden samt en uppreglering av känslor (Mikulincer et al, 2003). Dessa strategier reglerar emellertid bara stress temporärt, på lång sikt bidrar de till att göra stress och ångest kronisk (Mikulincer et al, 2003). Ur ett anknytningsteoretiskt perspektiv innebär kronisk stress således ett misslyckande att i dyadiska relationer reglera känslor (Mikulincer et al, 2003; Schore & Schore, 2008).

I likhet med Mikulincer et al (2003) beskriver Watson och Pennebaker (1989) hur stress aktiveras av en subjektiv, inre stressor. Denna underliggande stressor är, enligt Watson och Pennebaker (1989), personlighetsegenskapen *trait negative affect (NA)*, vilken kan jämföras med personlighetsegenskapen neuroticism (Watson & Pennebaker, 1989; Watson, Clark & Tellegen, 1988). Individer med hög trait NA är hypervigilanta, tolkar stimuli som negativa eller hotande och upplever hög stress även i frånvaro av objektiv stress (Watson & Pennebaker, 1989), vilket kan jämföras med den hyperaktiverande anknytningsstrategi, som beskrivs ovan. Trait NA skulle, enligt Watson och Pennebaker (1989), kunna vara orsaken till sambandet mellan stress och fysisk ohälsa, som exempelvis magont, huvudvärk och illamående. Den motsatta affektiva skalan, *positive affect (PA)*, motsvarar

personlighetsegenskapen extraversion, och korrelerar negativt med upplevd stress, det vill säga ju högre trait PA desto lägre stress (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

### **Känslor som stressorer**

En anknytningsteoretisk (Mikulincer et al, 2003; Schore & Schore, 2008) och psykodynamisk (Abbass, 2005; Abbass, Town & Driessen, 2012; Johansson, Town & Abbass, 2014; Malan, 1999) förklaring till att egna känslor och impulser kan utgöra stressorer är att dessa av barnet, och senare den vuxne, omedvetet uppfattas som hotande om de bidrar, eller upplevs bidra, till en förlust av fysisk och/eller psykisk närhet till vårdgivaren. Hotande känslor, och den ångest dessa väcker, undviks med hjälp av främst psykologiska försvar, ofta i form av förnekande och/eller repression, för att säkra att närheten till vårdgivaren behålls (Malan, 1999). En intrapsykisk konflikt uppkommer mellan känslor, ångest och psykologiska försvar, benämnt av Malan (1999) som *konflikttriangeln* ("triangle of conflict"). Den intrapsykiska konflikten skapar en inre stress och stressymtom, som exempelvis sömnsvårigheter och depression (John Frederickson, personlig kommunikation, 19 december 2014). Stressymtom betraktas, enligt psykodynamisk teori, som kompromisser mellan konfliktfyllda behov av att å ena sidan uttrycka känslan och å andra sidan att psykologiskt försvara sig mot den (Malan, 1999). Inhiberande strategier skyddar individen från att medvetet uppleva negativa känslor och ångest, men förhindrar inte fysiologisk stressrespons eller stressymtom (Cramer, 2003).

Lazarus (1993) beskriver hur exponering och uttryck av specifika känslor, förutom intrapsykiska och interpersonella konsekvenser, även kan få sociokulturella följder. Blir individen exempelvis arg i ett sammanhang där ilska inte är accepterat av samhället, måste känslan i sig hanteras, exempelvis genom inhibition eller förnekande (Lazarus, 1993). En omsorgsgivare i Astviks (2002) studie uttrycker dilemmat på följande sätt: "Man blir inte arg på en patient". Att känslor i sig kan utgöra stressorer stöds av att Lazarus (1999), synonymt med begreppet stress använder samlingsbegreppet stresskänslor ("stressemotions"), till vilka han räknar främst negativa känslor, som exempelvis ilska, rädsla och skuldskänslor, men även positiva känslor, som exempelvis stolthet och kärlek.

I föreliggande studie definieras känslor, förutom som en "kraftfull, biologiskt grundad reaktion, som organiserar vår respons på omgivningens utmaningar och möjligheter" (Gross och Levenson, 1997, s 100; min översättning), även som interpersonella och intrapsykiska stressorer.



## Coping och psykologiska försvar

Stressresponsen formas av de medvetna och omedvetna strategier, som individen använder för att hantera stress, då dessa påverkar individens upplevelse av omgivningen och värdering av situationen (Lazarus, 1993, 1999). Medan Lazarus (1993, 1999) använder begreppet *coping*, som ett övergripande begrepp för individens reaktion på stressorer, och definierar det som "a person's ongoing efforts in thought and action to manage specific demands appraised as taxing or overwhelming" (Lazarus, 1993, s 8), föreslår Cramer (1998) termen *anpassningsprocesser* ("adaptational processes"). Cramer (1998, 2003) skiljer på två olika typer av psykologiska mekanismer, dels copingstrategier och dels försvarsmekanismer: Copingstrategier används flexibelt och i *medveten avsikt* att lösa eller hantera yttre problem eller som medvetet skydd mot ångest och negativa känslor; Försvarsmekanismer, eller psykologiska försvar, är *omedvetna* och automatiska mentala mekanismer, som ska skydda individen mot ångest och negativa känslor. Lazarus (1999) använder begreppet *jag-försvar* ("ego-defence") och beskriver dessa som en "defensiv omvärdering" ("defensive reappraisal"; Lazarus, 1999). Lazarus menar att jag-försvar kan vara svåra att medvetandegöra, eftersom det hos individen finns en stark motivation att inte konfronteras med dem (Lazarus, 1999). Lazarus (1999) skiljer på *problemfokuserad* och *emotionsfokuserad coping*. Problemfokuserad coping dominerar, enligt Lazarus (1999), när förhållandena bedöms som påverkbara, medan emotionsfokuserad coping dominerar när förhållandena istället upplevs som opåverkbara.

I denna studie används Astviks (2002) distinktion mellan coping och försvar, vilken hon sammanfattar på följande sätt: "Medan copingprocesser är medvetna, flexibla, avsiktliga och tillåter någon grad av emotionella uttryck är försvarsprocesser ofrivilliga, förnekande, rigida och riktar sig till att reglera ångesten snarare än problemet" (s 5).

Både coping- och försvarsstrategier kan, enligt Cramer (1998), vara antingen adekvata eller inadekvata. Är de inte anpassade efter den aktuella situationen, kan strategierna i sig skapa *mer* stress snarare än *mindre* stress (Cramer, 1998). Psykologiska försvar modifierar, och förvanskar (Frederickson, 2013), den egna perceptionen av tankar eller känslor, snarare än att förändra den externa verkligheten (Cramer, 1998, 2003). Det hindrar oacceptabla tankar, impulser och önskningar från att bli medvetna, men skapar samtidigt, om försvaren är omogna och rigida, symptom och problem (Cramer, 2003).

I likhet med Cramer delar Astvik (2002) in vård- och omsorgspersonals psykologiska försvar och copingstrategier i *konstruktiva* och *icke-konstruktiva* strategier. Astvik (2002) menar, liksom Menzies Lyth (1960/1990), att de icke-konstruktiva strategierna har

konsekvenser för kvaliteten i såväl arbete som omsorg då de ”syftar till att minska kontakt, känslor och ansvar i relation till klienterna” medan de konstruktiva strategierna ”syftar till att finnas kvar i mötet med hela sin person i meningen närvarande fysiskt, intellektuellt och emotionellt och att i detta möte hålla ansvaret levande” (s 36).

### **Coping av och försvar mot känslor**

Att uttrycka känslor har visat sig reducera stress och att ha en gynnsam effekt på hälsan, medan att hålla tillbaka och tränga undan, speciellt negativa, känslor, ökar stressen och har en skadlig effekt på hälsan på lång sikt (Boots & Pennebaker, 2000; Gross & Levensson, 1997; Pennebaker, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988). *Repressorer* är en benämning på de cirka 10-20% av populationen som använder en repressiv copingstil (Myers, 2000). Individer som använder en repressiv copingstil, det vill säga ett undertryckande av känslor, kännetecknas av att de samtidigt som de underrapporterar negativa känslor, stress och ångest uppvisar en hög fysiologisk aktivitet (Cramer, 2003; Myers, 2000). En repressiv copingstil har samband med försämrad fysisk hälsa, försvagat immunsystem, mer hjärt- och kärlsjukdomar samt högt blodkolesterol (Myers, 2000).

Inhibition av subjektiv emotionell *upplevelse*, det vill säga tillbakahållande av känslor, leder till både fysiologisk och psykologisk stress, även om det i vissa situationer är misslyckandet att inhibera det emotionella *beteendet*, som orsakar problem (Gross & Levenson, 1997). Att medvetet aktivt eller omedvetet försöka hålla tillbaka känslor, eller annorlunda uttryckt, ”emotionella responstendenser” (Gross & Levenson, 1997, s 100), innebär en fysiologisk ansträngning, i vilken bland annat det autonoma nervsystemet och det somatiska systemet är involverat. Individer som utövar *suppression* upplever färre positiva, men inte färre negativa, känslor och den subjektiva upplevelsen generaliseras, det vill säga om exempelvis sorg hålls tillbaka har individen även svårt att känna exempelvis glädje (Gross & Levenson, 1997). Inhibition av känslor leder till försämrad kognitiv förmåga, perception och sensomotorik samt till svårigheter att tyda och tolka interoceptiva signaler. Är inhibitionen kronisk och oflexibel i relation till omgivningen blockerar den adaptiva handlingar (Gross & Levenson, 1997).

**Expressivt skrivande.** Expressivt skrivande (”expressive writing”), eller skriftligt emotionellt avslöjande (”written emotional disclosure”), som interventionen också benämns, har sedan slutet av 1980-talet (Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988) undersökts i mer än 200 studier (Smyth & Pennebaker, 2008). Typiskt är att deltagare i en experimentgrupp i 20 minuter per dag under fyra dagar skriver djupt känslomässigt om en traumatisk händelse, medan deltagare i en kontrollgrupp skriver

objektivt och icke-expressivt om neutrala ämnen. De första studierna gjordes på amerikanska universitetsstudenter och resulterade i att deltagarna i experimentgruppen hade färre sjukdomsrelaterade läkarbesök och bättre immunfunktion än deltagarna i kontrollgruppen (Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988). Dessa resultat har senare bekräftats på andra, inklusive kliniska, populationer (Konig, Eonta, Dyal & Vrana, 2014; Pennebaker, 1997; Poon & Danoff-Burg, 2011; Sloan & Marx, 2004; Sloan, Marx, Epstein & Lexington, 2007). Exempelvis har interventionen lett till minskad inre stress (Schüler, Job, Fröhlich & Brandstätter, 2008), minskad prestationsstress hos elitidrottare (Hudson & Day, 2012), förbättrad sömn hos kvinnliga studenter (Arigo & Smyth, 2012), färre symtom och förbättrat psykiskt välmående hos fibromyalgipatienter (Broderick, Junghaenel & Schwartz, 2005) samt förbättrad sömn och färre somatiska symtom hos nyligen diagnostiserade bröstcancerpatienter med metastaser (Low, Stanton, Bower & Gyllenhammer, 2010). Effekt har påvisats även när expressivt skrivande administrerats via internet (Stockton, Joseph & Hunt, 2014).

Interventionen ger effekt även om deltagarna inte skriver om egna trauman, till exempel om de skriver om positiva känslor eller om andra personers trauman (Smyth & Pennebaker, 2008). Det är inte nödvändigt att skriva flera dagar efter varandra för att effekt ska uppnås, att skriva tre gånger under en och samma timme, så kort som fem minuter per tillfälle eller att endast skriva en gång kan starta en process, som ger positiva hälsoeffekter (Chung & Pennebaker, 2008). Interventionen har visat på effekt i olika länder och inom skilda språkområden och etniska grupper (Smyth & Pennebaker, 2008).

Av 146 analyserade randomiserade studier visade 102, det vill säga 70 %, på en positiv effekt av expressivt skrivande (Frattaroli, 2006). Metoden fungerar således ofta, men inte alltid (Frattaroli, 2006; Smyth & Pennebaker, 2008). Interventionen har exempelvis inte kunnat påvisa förbättrad hälsa hos individer med diagnosen alexithymi (O'Connor & Ashley, 2008), individer med psoriasis (Vedhara, Morris, Booth, Horgan, Lawrence & Birchall, 2007) eller hos änkor, som instruerats att skriva expressivt om sina förluster (Stroebe, Stroebe, Schut, Zech & van den Bout, 2002). Det finns gränser för när metoden är effektiv och för vilka individer den har en effekt, så kallade "boundary conditions" (Smyth & Pennebaker, 2008).

Effekterna *modereras* av ett flertal variabler (Frattaroli, 2006), exempelvis skiftar resultatet beroende på deltagarnas personlighetsegenskaper, på psykiska diagnoser (Sloan och Marx, 2004) samt på individens self-efficacy och copingstilen "emotional approach" (Smyth & Pennebaker, 2008). O'Connor och Ashley (2008) nämner specifikt diagnosen alexithymi

och generellt kapaciteten att identifiera och uttrycka känslor, som en möjlig anledning till att expressivt skrivande inte har någon effekt.

Effekterna *medieras* av ett antal faktorer, exempelvis av graden av emotionellt avslöjande och traumabearbetning (en hög grad av avslöjande och traumabearbetning ger starkare effekt på immunförsvaret; Boots & Pennebaker, 2000; Smyth & Pennebaker, 2008), ämnesval, antalet skrivningar, längden på skrivningarna och tidsintervallen mellan skrivningarna (Sloan & Marx, 2004; Sloan et al, 2007; Smyth & Pennebaker, 2008). Studierna får också olika utfall beroende på när mätningen av effekterna sker (Smyth & Pennebaker, 2008).

Metaanalyserna av Frisina, Borod och Lepore (2004) samt Frattaroli (2006) visar på blygsamma effektstorlekar. Frisina et al's (2004) metaanalys av nio studier visar att expressivt skrivande signifikant förbättrar hälsan ( $r = .084$ , Cohen's  $d = .19$ ), men att den samtidigt är mer effektiv fysiologiskt ( $d = .21$ ) än psykologiskt ( $d = .07$ ), medan Frattarolis (2006) metaanalys visar på en något lägre effektstorlek ( $r = .075$ , Cohen's  $d = .151$ ). Frattaroli (2006) anser att effekterna ändå är betydande med tanke på den minimala insats i tid, pengar och ansträngning som interventionen kräver. Frattaroli (2006) jämför med psykoterapi, som har en  $r$ -effekt på  $.322$ , men som oftast är en mycket dyr och tidskrävande behandling.

Eftersom experimentdesignen skiljer sig i olika studier är det inte klarlagt vad som ger respektive inte ger effekt (Sloan et al, 2007). En faktor som påverkar utfallet av interventionen är utformningen av skrivinstruktionerna (Sloan et al, 2007). Det finns studier som visar på att det ger störst effekt att skriva om samma traumatiska händelse vid alla skrivtillfällen, men det finns även studier som pekar på att detta inte har någon betydelse (Sloan et al, 2007). Studien av Sloan et al (2007) visar på att en betoning på emotioner framför kognitiva faktorer i skrivinstruktionerna ger störst effekt. En förklaring till detta är att det både krävs en initial aktivering av negativ affekt och arousal samt habituation till negativa känslor, för att expressivt skrivande ska ge effekter (Sloan et al, 2007). Enligt Frattarolis (2006) metastudie uppnås störst effekt om deltagarna: (a) är traumatiserade individer, som skriver om olösta trauman, (b) får detaljerade och specifika skrivinstruktioner, (c) skriver under flera sessioner utsträckta över tid samt (d) skriver hemma eller under minimalt distraherande yttre förhållanden.

Smyth och Pennebaker (2008) menar att det är flera interagerande faktorer som ligger bakom de gynnsamma hälsoeffekter som uppnås av expressivt skrivande. I huvudsak har fem orsaker angetts: (a) *hypotesen om disinhibition*, det vill säga att genom att konfrontera känslor som tidigare hållits tillbaka minskar en inre kronisk stress, en teori som inte funnit stöd

(Frattaroli, 2006); (b) *hypotesen om exponering*, det vill säga genom exponering för negativa känslor, som tidigare undvikits, sker en habituering och den negativa responsen släcks ut, vilket exempelvis studien av Sloan et al (2007) och Frattaroli's (2006) metaanalys ger stöd för; (c) *hypotesen om kognitiv omstrukturering*, det vill säga att det trauma man skriver om, och de känslor som är kopplade till detta, får en mer komplex kognitiv representation; traumat blir till en del av en sammanhängande, meningsfull berättelse (narrativ) och integreras i individens själv-schema (Sloan & Marx, 2004); (d) *hypotesen om själv-reglering*, det vill säga att skriftlig formulering av svåra känslor ger en känsla av att ha kontroll över stressorer, vilket i sig reducerar negativ affekt (Lepore, Greenberg, Bruno & Smyth, 2002; refererat i Frattaroli, 2006); samt (e) *hypotesen om social integration*, det vill säga att avslöjande av känslor påverkar individens interaktion med sin sociala omgivning (Pennebaker & Graybeal, 2001; refererat i Frattaroli, 2006).

Med hjälp av ett program för textanalys, Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC), framtaget av bland annat Pennebaker, har analyser gjorts av språkliga variabler och psykologiska kategorier i experimentgruppers essäer (Pennebaker, 1997). Analyserna visar att det finns ett samband mellan språkliga mönster och utfallet av expressivt skrivande: ett högt antal positiva känslord, ett lågt, men inte allt för lågt, antal negativa känslord samt en ökning av antalet kognitiva ord, det vill säga en allt mer sammanhängande berättelse, korrelerar med en förbättrad fysisk hälsa (Boots & Pennebaker, 2000; Pennebaker, 1997). Lingvistiska faktorer undersöktes inte i denna studie. Inte heller gjordes någon kvalitativ analys av innehållet i essäerna.

Sammanfattningsvis ger expressivt skrivande skiftande resultat beroende på deltagare, skrivinstruktioner samt experimentförhållanden. För att kunna generalisera till en speciell population, i föreliggande studie kvinnor som arbetade inom känslointensiva yrken, måste studien göras på stickprov ur just denna population och under de yttre förhållanden, som metoden är tänkt att användas (Smyth & Pennebaker, 2008).

### **Syfte och hypoteser**

Föreliggande studie syftade till att undersöka om expressivt skrivande kan reducera stress och stressrelaterad ohälsa bland vård- och omsorgspersonal och därmed bidra till ett psykosocialt hållbart arbetsliv. I förlängningen skulle detta, vid ett positivt resultat, kunna leda till att expressivt skrivande infördes som en stressreducerande metod, för att bearbeta de känslor, som uppkommer inom känslointensiva arbetsområden. Som beroende variabler användes *upplevd stress*, de stressrelaterade variablerna *negativ affekt*, *positiv affekt* och *somatisering* samt *självmedkänsla*.

Studiens fem hypoteser var att deltagarna i experimentgruppen (emotionellt skrivande) skulle uppvisa (H1) lägre stress, (H2) mindre negativ affekt, (H3) mindre somatisering, (H4) mer positiv affekt samt (H5) högre grad av självmedkänsla än deltagarna i kontrollgruppen (objektivt och icke-emotionellt skrivande) en vecka efter interventionen. Den femte hypotesen byggde på att självmedkänsla är en kapacitet som kan tränas upp och att expressivt skrivande skulle kunna utgöra en sådan träning.

### Metod

**Deltagare.** Deltagarna bestod av 32 kvinnor från hemvården i en stad i södra Sverige. Medelåldern var 42.50 år ( $SD = 11.59$ , min 24 år, max 63 år).

Ledningen för vård- och omsorgsförvaltningen i den aktuella staden kontaktades. En enhetschef för en hemvårdsenhet anmälde intresse för att delta i studien. Samtliga tillsvidareanställda på hemvårdsenheten, som var i tjänst under den vecka då frågan ställdes, tillfrågades om intresse fanns för att delta i studien, det vill säga 60 av totalt 80 anställda, varav fem är män. På enheten arbetade 7 sjuksköterskor/distriktssköterskor, 3 arbetsterapeuter, 3 sjukgymnaster, 1 assistent, 1 gruppleddare samt 65 undersköterskor. Samtliga tillfrågade fick ett informationsblad om studiens syfte och metod undertecknat av experimentledaren. Enbart kvinnor tillfrågades, eftersom kvinnor upplever mer arbetsrelaterad stress än män (Arbetsmiljöverket, 2014) och för att resultatet skulle kunna generaliseras till att gälla kvinnor inom känslolintensiva arbetsområden. Anmälan av intresse för att delta i studien gjordes till hemvårdsenhetens chef. 40 personer tackade ja till att delta i experimentet.

**Procedur.** Deltagarna fördelades slumpvis och stratifierat i en experimentgrupp ( $n = 20$ ), där man deltog i emotionellt skrivande, och i en kontrollgrupp ( $n = 20$ ), där man deltog i objektivt och icke-emotionellt skrivande. Indelningen i strata gjordes efter yrkeskategorierna undersköterska/assistent (undersköterskor:  $n = 31$ , assistent:  $n = 1$ ), sjuksköterska ( $n = 4$ ) samt arbetsterapeut/fysioterapeut ( $n = 4$ ). Stratifieringen användes eftersom utbildningsnivå visat sig ha effekt på resultatet av expressivt skrivande (Smyth & Pennebaker, 2008).

På grund av sjukdom och frånvaro från arbetet av privata skäl föll fem deltagare bort före interventionen samt tre under interventionen. Det slutliga deltagarantalet, vars resultat analyserades, var expressiva gruppen:  $n = 17$  och kontrollgruppen:  $n = 15$ . Medelåldern i experimentgruppen var 45.59 år ( $SD = 12.09$ , min 24 år, max 63 år) och i kontrollgruppen 39.00 år ( $SD = 10.27$ , min 24 år, max 56 år).

I interventionen användes en modifierad variant av Pennebakers ursprungliga experimentdesign vad gäller skrivinstruktioner (Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker,

Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988). Modifieringen bestod i att deltagarna i experimentgruppen ombads att skriva om ”de svåraste och mest uppskakande upplevelser” de haft i sitt *arbetsliv*, eller, om det hellre ville det, den mest traumatiska upplevelsen i sitt privata liv, med så mycket beskrivning av djupa känslor som möjligt (se bilagorna 1 – 3). Förändringen av Pennebakers ursprungliga instruktioner gjordes för att kunna generalisera resultatet till arbetslivet och då Pennebaker (1994) betonar vikten av att anpassa skrivinstruktionerna efter studiens beroende variabel. Att deltagarna i experimentgruppen även gavs alternativet att skriva om upplevelser i sitt *privata liv* gjordes för att nå djupa känslor även hos de deltagare som inte upplevt något traumatiskt i sitt arbetsliv. Betoningen på att skriva om känslor framför exempelvis kognitiva faktorer i skrivinstruktionerna gjordes för att detta visat sig ha störst effekt (Sloan et al, 2007). Experimentgruppens deltagare fick instruktionen att skriva om händelser, upplevelser eller konflikter, som de inte talat med någon annan speciellt mycket om förut. I instruktionerna gavs de dessutom alternativet att antingen skriva om ett och samma ämne under alla tre dagarna eller om olika ämnen varje dag.

Deltagarna i kontrollgruppen ombads att skriva om hur de spenderar sin tid, så objektivt och detaljerat som möjligt, utan att beskriva känslor eller åsikter (se bilagorna 4 – 6).

För att kontrollera experimentet ombads deltagarna både skriftligen och muntligen att inte berätta för någon annan deltagare om vilka skrivinstruktioner de fått.

Varje deltagare skrev vid tre tillfällen i 15 minuter per tillfälle under en arbetsvecka (förutom en deltagare, som skrev inom elva dagar), det vill säga tre gånger totalt fördelat på tre separata dagar. Deltagarna skrev enskilt i ett av fyra rum, som tillhandahölls av arbetsgivaren på arbetsplatsen. Skrivandet skedde på arbetstid.

Varje deltagare togs emot av experimentledaren, som efter en kort muntlig information ledsagade deltagaren till skrivrummet, där deltagaren fick dagens skrivinstruktioner skriftligt. Deltagarna instruerades att börja skriva när dörren till rummet stängdes samt att sluta skriva när experimentledaren, efter 15 minuter, knackade på dörren. Deltagarna skrev för hand på lösa pappersark. Varje deltagare ombads att lägga det hon skrivit i ett kuvert, att försluta kuvertet samt att lägga det i en låda, som övervakades av experimentledaren.

Före interventionen, i direkt anslutning till första skrivtillfället, mättes deltagarnas stressnivå samt graden av självmedkänsla genom ett frågeformulär. En vecka efter sista skrivtillfället mättes stressnivå, negativ affekt, positiv affekt, somatisering samt självmedkänsla. (En deltagare, i kontrollgruppen, gjorde eftertestet två veckor efter sista

skrivtillfället.) Att endast stressnivå och graden av självmedkänsla mättes före interventionen gjordes för att undvika att deltagarna räknade ut att det fanns förväntningar om en förändrad stressnivå efter interventionen. Genom att tre av måtten användes enbart efter interventionen fanns möjlighet att jämföra skillnader i signifikans mellan dessa tre mått och de två mått som användes både före och efter interventionen.

I direkt anslutning till varje skrivtillfälle fick deltagarna också fylla i en enkät om i vilken utsträckningen de ansåg sig ha skrivit personligt och emotionellt, samt om de skrivit om ämnen som de tidigare inte avslöjat för någon annan. Detta gjordes för att kontrollera att instruktionerna hade följts (hämtat från Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988).

### **Instrument.**

**Manipulationskontroll.** Deltagarna ombads att, efter varje skrivtillfälle, svara på tre frågor rörande innehållet i det de skrivit. På en sjugradig Likert-skala (1 = ”ingenting alls”, 7 = ”väldigt mycket”) graderade de i hur hög grad de ansåg det de skrivit var personligt, i vilken grad de skrivit om ett ämne, som de tidigare inte berättat om för någon annan person, samt i hur hög grad de ansåg att de avslöjat sina känslor (hämtat från Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988). Frågorna löd: (a) ”Hur personlig har du varit i det du skrivit idag?”; (b) ”Hur mycket har du tidigare berättat för andra om vad du har skrivit idag?”; samt (c) ”Hur mycket har du avslöjat av dina känslor i det du skrivit idag?”

**Upplevd stress.** Upplevd stress mättes med frågeformuläret Perceived Stress Scale (PSS; Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983). Syftet med frågeformuläret är att bedöma i vilken grad deltagaren den senaste månaden upplevt sitt liv som stressande. Deltagaren skattar hur ofta hon eller han upplevt sitt liv som oförutsägbart, okontrollerbart och överbelastande. Formuläret består av 14 frågor. I studien ändrades den efterfrågade tidsperioden till ”den senaste veckan”, eftersom syftet var att undersöka effekten en vecka efter interventionen.

Deltagarna svarar på en femgradig Likert-skala på hur ofta under den senaste månaden de känt på det sätt som beskrivs i frågan (0 = ”aldrig”, 1 = ”nästan aldrig”, 2 = ”ibland”, 3 = ”ganska ofta”, 4 = ”väldigt ofta”). Sju av frågorna är formulerade som negativa frågor och sju som positiva. Exempel på en negativ fråga är: ”Hur ofta har du under den senaste månaden känt dig upprörd på grund av att något oväntat har inträffat?” Exempel på en positiv fråga är: ”Hur ofta har du under den senaste månaden känt tilltro till din egen förmåga att hantera personliga problem?” Poängen för de positiva frågorna kodas om så att ”aldrig” = 4, ”nästan aldrig” = 3, ”ibland” = 2, ”ganska ofta” = 1, ”väldigt ofta” = 0. Alla frågor summeras efter poängsättning enligt ovan och ett medelvärde räknas ut. Hög poäng indikerar på hög upplevd



stress, låg poäng indikerar på låg upplevd stress. Chronbach's alpha: .85, test-retest reliabilitet:  $r = .85$ , vid två veckor mellan test (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983). I studien användes den svenska översättningen gjord av Institutet för Stressmedicin (2012).

**Positiv affekt och negativ affekt.** Positiv affekt och negativ affekt mättes med frågeformuläret Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988). PANAS mäter i vilken grad som svarande har upplevt 20 olika känslor och stämninglägen (10 PA och 10 NA) på en femgradig Likert-skala (1 = "mycket lite eller inte alls", 5 = "väldigt mycket"). PA-skalans tio deskriptiva faktorer inkluderar adjektiv som engagerad, stolt och stark. NA-skalans tio deskriptiva faktorer inkluderar adjektiv som rädd, skamsen och nervös (Watson, Clark & Tellegen, 1988). I studien valdes att fråga om tidsperioden "den senaste veckan" eftersom formuläret då mer mäter "state" (tillstånd) än "trait" (personlighetsdrag) (Watson, Clark & Tellegen, 1988). Chronbach's alpha: .87, den senaste veckan, och test-retest reliabilitet:  $r = .47$ , den senaste veckan (Watson, Clark & Tellegen, 1988). I studien användes Ståhl och Karlssons (2006) svenska översättning.

**Somatiska symtom.** Somatiska symtom mättes med underskalan somatisering i frågeformuläret Symptom Checklist (SCL-90; Derogatis, Rickels & Rock, 1976; ). SCL-90 mäter den subjektiva upplevelsen av välmående under den senaste veckan. Testet består av 90 frågor, som alla börjar med: "Hur mycket har du besvärats av:". Frågorna besvaras på en femgradig Likert-skala från 0 till 4, där 0 motsvarar "inte alls" och 4 motsvarar "väldigt mycket". Frågorna är fördelade på nio underskalor. En av underskalorna är somatisering (12 items), vilken mäter den subjektiva upplevelsen av kroppsliga besvär, som exempelvis huvudvärk, ryggsmärtor och ont i magen samt ångestrelaterade somatiska besvär som exempelvis "en känsla av klump i halsen" och "svårt att andas". Chronbach's alpha: mellan .80 och .89 för olika stickprov (Statens institutionsstyrelse, [SiS], 2002), test-retest reliabilitet:  $r = .82$  (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth & Covi, 1974). I studien användes den svenska översättningen refererad i Statens institutionsstyrelse (2002).

**Självmedkänsla.** Självmedkänsla mättes med frågeformuläret 12-item Self-Compassion Scale-Short Form (SCS-SF; Raes, Pommier, Neff & Van Gucht, 2011). SCS-SF är en kortare version av originalet 26-item Self-Compassion Scale (SCS; Neff, 2003b), vilken är ett väl beforskat, validerat och reliabelt frågeformulär, bestående av 26 påståenden. SCS-SF har samma struktur som originalversionen och har visat sig korrelera nästan perfekt med denna ( $r \geq 0.97$ ) (Raes, Pommier, Neff & Van Gucht, 2011). SCS-SF har en Cronbach's alpha på .92 och test retest reliabilitet är  $r = .93$  (Neff, 2003b).

SCS-SF mäter de tre huvudkomponenterna i Neff's definition av självmedkänsla (2003a, 2003b) både negativt och positivt. Motsatsparen i de tre komponenterna är Self-Kindness – Self-Judgment, Common Humanity – Isolation samt Mindfulness – Over-identified. Deltagarna svarar på en femgradig Likert-skala på i vilken utsträckning de agerat på det sätt som beskrivs i påståendet (1 = "nästan aldrig", 5 = "nästan alltid"). Exempel på påståenden är: "Jag försöker att vara förstående och tålmodig inför de sidor av min personlighet som jag inte tycker om" (self-kindness), "Jag ser med ogillande och fördömande på mina egna fel och brister" (self-judgment), "Jag försöker att se mina brister som en del av människans villkor" (common humanity), "När jag känner mig nere brukar det kännas som om de flesta andra förmodligen är lyckligare än jag" (isolation), "När något smärtsamt händer försöker jag att betrakta situationen på ett balanserat sätt" (mindfulness) samt "När jag misslyckas med något som är viktigt för mig fylls jag av känslor av otillräcklighet" (over-identified)

En summering av medelvärdena för de sex underskalorna mynnar ut i en global poäng på en self-compassion-skala (Neff, 2003b). Vid summeringen kodas poängen om för de sex påståendena på de tre negativa underskalorna self-judgment, isolation och over-identification på följande sätt: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2 samt 5 = 1. I denna studie togs ett medelvärde fram genom att addera poängen från samtliga påståenden och dividera med antalet frågor. Hög poäng indikerade på en hög grad av självmedkänsla. I studien användes Strömbergs (2010) svenska översättning av SCS-SF.

**Dataanalys.** Studiens signifikansnivå sattes till 5 %, det vill säga till att ett *p*-värde under .05 skulle anses vara ett statistiskt signifikant resultat. Signifikanstest genomfördes i form av *t*-test för oberoende grupper, *t*-test för beroende grupper samt en mixad inom-mellangrups variansanalys (ANOVA). En Pearson korrelationsanalys gjordes för att jämföra sambandet mellan självmedkänsla och stress i de båda grupperna.

**Etik.** Efter att varje deltagare skriftligen och muntligen informerats om undersökningens syfte, metod och ansvarig för studien, inhämtades skriftligt samtycke. Före det skriftliga samtycket informerades deltagarna dessutom skriftligen om att medverkan i undersökningen var frivillig och när som helst kunde avbrytas utan att det skulle få några negativa konsekvenser. Deltagarna informerades också före samtycket om att de eventuellt skulle komma att ombes att skriva om djupt personliga ämnen, att all data var anonym och skulle behandlas konfidentiellt samt att man under experimentperioden kunde kontakta experimentledaren via telefon eller epost för frågor.

För att säkra att anonymiteten skulle bevaras ombads deltagarna att inte skriva sitt namn på något av de papper de använde när de skrev sina berättelser. Allt material kodades med ID-nummer som endast experimentledaren kunde spåra. Essäerna lades av deltagarna i en låda, som kontinuerligt övervakades. Essäerna destruerades efter att studiens resultat var klart. Deltagarna erhöll information om att de var fria att behålla det de skrivit, men att det skulle uppskattas av experimentledaren om de ville lämna det för läsning. Deltagarna fick information om att den ende som skulle komma att läsa det de skrivit var experimentledaren. Alla utom en deltagare valde att lämna över det de skrivit.

Fyra veckor efter interventionen informerades varje deltagare skriftligen om studiens design samt förväntningar på studiens resultat och dess preliminära resultat. Deltagarna fick också information om vilka skrivinstruktioner som getts till respektive grupps deltagare. Det betonades hur betydelsefull varje deltagares insats var för studiens resultat. På grund av studiens emotionella karaktär erbjöds deltagarna, i samband med muntlig redovisning av studiens resultat på den berörda hemvårdsenheten tre månader efter experimentet, en enskild debriefing. Vid samma tillfälle informerades enhetschefen om att vanliga mått i liknande studier är antalet läkarbesök och besök på vårdcentraler på grund av sjukdom eller skada halvåret efter interventionen (Pennebaker, 1994). Enhetschefen informerades också om skälet till varför dessa mått inte användes i studien, samt om möjligheten för verksamheten att på egen hand göra en uppföljning.

## **Resultat**

Datamaterialet gicks noga igenom och det bekräftades att förutsättningarna för de *t*-test samt den mixade inom-mellansgrupps variansanalys (ANOVA), som genomfördes var uppnådda. I datan fanns inga outliers, det vill säga inga extremvärden. Analyserna baseras därför helt och hållet på ojusterade data.

Det första datamaterialet som undersöktes var manipulationskontrollen, det vill säga om de båda gruppernas deltagare hade följt instruktionerna om att skriva emotionellt (experimentgruppen) respektive objektivt och icke-emotionellt (kontrollgruppen). Som tabell 1 visar skrev experimentgruppens deltagare mer personligt, avslöjande och emotionellt än kontrollgruppens deltagare, vilket var förväntat.

Tabell 1

*Medelvärden och standardavvikelser för manipulationskontrollens tre variabler: personligt, avslöjande samt emotionellt*

	Expressiv		Kontroll	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Personligt	6.41 <sup>a</sup>	0.75	3.76 <sup>a</sup>	1.93
Avslöjande	4.00 <sup>a</sup>	1.78	2.13 <sup>a</sup>	0.93
Emotionellt	5.84 <sup>a</sup>	0.87	2.20 <sup>a</sup>	0.90

*Not. <sup>a</sup> Värden är medelvärden på en 7-gradig skala från 1 till 7.*

*T*-tester för oberoende grupper visade att medelvärdena för de tre skrivtillfällena skilde sig statistiskt signifikant åt mellan experimentgruppens och kontrollgruppens deltagare på alla tre manipulationsvariablerna: *personligt*:  $t(30) = 5.24$ ,  $p = .000$ , medelvärdesskillnad = 2.66, 95 % *CI*: 1.62 till 3.69, eta squared = .48; *avslöjande*:  $t(30) = 3.65$ ,  $p = .001$ , medelvärdesskillnad = 1.87, 95 % *CI*: 0.82 till 2.91, eta squared = .31; *emotionellt*:  $t(30) = 11.56$ ,  $p = .000$ , medelvärdesskillnad = 3.64, 95 % *CI*: 3.00 till 4.29, eta squared = .82).

Det andra datamaterialet som analyserades var förtestet (se tabell 2). Dataanalys gjordes för att undersöka om grupperna skilde sig åt före interventionen på de beroende variablerna upplevd stress samt självmedkänsla. Ett *t*-test för oberoende grupper visade att experimentgruppen och kontrollgruppen inte skilde sig statistiskt signifikant åt vad gäller *självmedkänsla*,  $t(30) = -0.74$ ,  $p = .465$ , före interventionen. Skillnaden mellan medelvärdena (medelvärdesskillnad = -0.15, 95 % *CI*: -0.58 till 0.27) var mycket liten (eta squared = .02). Inte heller fanns någon signifikant skillnad i graden av *stress*. Det fanns en tendens till att kontrollgruppens deltagare hade en lägre stress än experimentgruppens deltagare före interventionen,  $t(30) = 1.72$ ,  $p = .096$ . Skillnaden mellan medelvärdena (medelvärdesskillnad = 0.31, 95 % *CI*: -0.06 till 0.68) var måttlig (eta squared = .09).

Det tredje datamaterialet som analyserades var utfallet på psykiskt och fysiskt välbefinnande en vecka efter interventionen, det vill säga måtten för om expressivt skrivande haft effekt på deltagarnas upplevda stress samt stressrelaterade variabler negativ affekt, somatisering, positiv affekt samt grad av självmedkänsla. *T*-test för oberoende grupper gjordes för att undersöka om det fanns en statistisk signifikant skillnad mellan grupperna vad gäller de fem beroende variablerna (se tabell 2).

Tabell 2

*Medelvärden och standardavvikelser för studiens fem beroende variabler: stress, negativ affekt, positiv affekt, somatisering samt självmedkänsla*

	Expressiv		Kontroll	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Före skrivandet				
Stress	1.93 <sup>b</sup>	0.45	1.62 <sup>b</sup>	0.57
Självmedkänsla	3.03 <sup>a</sup>	0.51	3.18 <sup>a</sup>	0.67
Efter skrivandet				
Stress	1.98 <sup>b</sup>	0.52	1.42 <sup>b</sup>	0.74
Självmedkänsla	2.98 <sup>a</sup>	0.65	3.24 <sup>a</sup>	0.64
Negativ affekt	1.97 <sup>a</sup>	0.58	1.81 <sup>a</sup>	0.70
Positiv affekt	3.38 <sup>a</sup>	0.88	3.63 <sup>a</sup>	0.61
Somatisering	0.99 <sup>b</sup>	0.73	0.89 <sup>b</sup>	0.86

*Not.* <sup>a</sup> Värde är medelvärdet på en 5-gradig skala från 1 till 5. <sup>b</sup> Värde är medelvärdet på en 5-gradig skala från 0 till 4.

Den första hypotesen var att experimentgruppens deltagare skulle uppvisa en lägre stress än kontrollgruppens deltagare. Tvärtemot det förväntade resultatet så visade ett *t*-test för oberoende grupper att kontrollgruppens deltagare hade en signifikant lägre stress än experimentgruppens deltagare,  $t(30) = 2.52$ ,  $p = .017$ . Skillnaden mellan medelvärdena (medelvärdeskillnad = 0.56, 95 % *CI*: 0.11 till 1.01) var stor (eta squared = .17).

För att testa om den statistiska signifikansen berodde på interventionen eller på att grupperna redan före interventionen skilde sig åt i graden av stress (se tabell 2), gjordes en mixad inom-mellangrups variansanalys (ANOVA). Den mixade ANOVAN visade att det inte fanns någon interaktionseffekt mellan grupperna och tidsfaktorn (förtest, eftertest), Wilks`Lambda = .94,  $F(1,30) = 1.91$ ,  $p = .177$ , partial eta squared = .06., vilket tyder på att den statistiska signifikansen inte berodde på interventionen. Det fanns ingen huvudeffekt för tidsfaktorn (förtest, eftertest), Wilks`Lambda = .98,  $F(1,30) = 0.62$ ,  $p = .438$ , partial eta squared = .02. Däremot fanns en statistiskt signifikant huvudeffekt för grupperna,  $F(1,30) = 5.82$ ,  $p = .022$ , partial eta squared = .16, vilket tyder på att den påvisade signifikansen i *t*-testet ovan kan härledas till att grupperna redan från början skilde sig åt i graden av stress.

Den andra hypotesen som prövades var att experimentgruppens deltagare skulle uppvisa en lägre negativ affekt än kontrollgruppens deltagare efter interventionen. Ett *t*-test

för oberoende grupper visade att ett stöd för hypotesen inte kunde påvisas,  $t(30) = 0.70$ ,  $p = .491$ . Skillnaden mellan medelvärdena (medelvärdeskillnad = 0.16, 95 % *CI*: -0.30 till 0.62) var mycket liten (eta squared = .02).

Den tredje hypotesen var att experimentgruppens deltagare skulle ha en lägre grad av somatisering än kontrollgruppens deltagare. Inget stöd kunde påvisas för att expressivt skrivande har en effekt på somatisering en vecka efter interventionen. Ett *t*-test för oberoende grupper visade ingen statistisk signifikans,  $t(30) = 0.34$ ,  $p = .734$ . Skillnaden mellan medelvärdena (medelvärdeskillnad = 0.10, 95 % *CI*: -0.48 till 0.67) var mycket liten (eta squared = .004).

Studiens fjärde hypotes var att experimentgruppens deltagare skulle ha en högre grad av positiv affekt än kontrollgruppens deltagare. Inte heller här fann studien, vid ett *t*-test för oberoende grupper, något stöd för detta,  $t(30) = 0.93$ ,  $p = .360$ . Skillnaden mellan medelvärdena (medelvärdeskillnad = -0.25, 95 % *CI*: -0.80 till 0.30) var mycket liten (eta squared = .03).

Slutligen undersöktes om graden av självmedkänsla ökade av expressivt skrivande. Något sådant orsakssamband kunde inte påvisas. Ingen statistisk signifikans fanns vid ett *t*-test för oberoende grupper,  $t(30) = -1.16$ ,  $p = .257$ . Skillnaden mellan medelvärdena (medelvärdeskillnad = -0.26, 95 % *CI*: -0.73 till 0.20) var mycket liten (eta squared = .04).

Den fjärde dataanalysen som genomfördes var om resultatet vad gäller graden av stress och självmedkänsla skilde sig åt före och efter interventionen för experimentgrupp respektive kontrollgrupp. *T*-test för beroende grupper visade att varken graden av stress eller graden av självmedkänsla förändrades signifikant för någon av respektive experimentgrupp och kontrollgrupp, även om förändringen vad gäller stress låg nära en statistisk signifikans för kontrollgruppen: *stress experimentgruppen*:  $t(16) = -0.39$ ,  $p = .701$ , skillnaden mellan medelvärdena (medelvärdeskillnad = 0.05, 95 % *CI*: -0.35 till 0.24) var liten (eta squared = .009); *stress kontrollgruppen*:  $t(14) = 1.75$ ,  $p = .103$ , skillnaden mellan medelvärdena (medelvärdeskillnad = -0.20, 95 % *CI*: -0.05 till 0.45) var stor (eta squared = .16); *självmedkänsla experimentgruppen*:  $t(16) = 0.52$ ,  $p = .611$ , skillnaden mellan medelvärdena (medelvärdeskillnad = -0.05, 95 % *CI*: -0.17 till 0.27) var liten (eta squared = .02); *självmedkänsla kontrollgruppen*:  $t(14) = -0.32$ ,  $p = .752$ , skillnaden mellan medelvärdena (medelvärdeskillnad = 0.06, 95 % *CI*: -0.43 till 0.31) var liten (eta squared = .006).

Eftersom grupperna visade en tendens till att skilja sig åt före interventionen vad gäller stressnivå gjordes en korrelationsanalys av sambandet mellan självmedkänsla och stress för att undersöka om grupperna skilde sig åt i bivariat korrelation. Genom att använda

Pearson-korrelation påvisades att det fanns en stark, statistiskt signifikant negativ korrelation mellan självmedkänsla och stress i kontrollgruppen både före,  $r = -.70$ ,  $N = 15$ ,  $p = .004$  och efter intervention,  $r = -.68$ ,  $N = 15$ ,  $p = .005$ . Det är starka samband: 49 % av variationen är förklarad före interventionen och 46 % efter interventionen, det vill säga 49 % före interventionen respektive 46 % efter interventionen av upplevd stress kan i kontrollgruppen förklaras av individens självmedkänsla. Däremot fanns ingen statistiskt signifikant korrelation mellan självmedkänsla och stress i experimentgruppen, varken före,  $r = -.21$ ,  $N = 17$ ,  $p = .430$ , eller efter interventionen,  $r = -.11$ ,  $N = 17$ ,  $p = .663$ . Det är ett minimalt samband, 4 % av variationen är förklarad före interventionen och 1 % efter interventionen.

### Diskussion

Denna studie hade som utgångspunkt, att känslor som uppkommer i svåra möten utgör en källa till arbetsrelaterad stress, och att ett skriftligt avslöjande av händelser förknippade med negativa känslor, skulle leda till ökad tolerans för negativa känslor och en kognitiv omstrukturering av svåra upplevelser. I studien förväntades att de deltagare som deltog i expressivt skrivande, en vecka efter interventionen, skulle uppvisa (H1) lägre stress, (H2) mindre negativ affekt och (H3) färre somatiska symtom samt (H4) högre positiv affekt och (H5) högre självmedkänsla än de deltagare som deltog i objektivet och icke-expressivt skrivande. Förväntan på ökad självmedkänsla grundade sig i att Neffs (2003a, 2011) definition av självmedkänsla kan jämföras med den affektreglerande psykologiska kapacitet som beskrivs ur ett anknytningsteoretiskt perspektiv (Mikulincer et al, 2003; Schore & Schore, 2008).

I motsats till det förväntade resultatet visade studien inte att expressivt skrivande reducerar stress. Den expressiva gruppens deltagare hade i genomsnitt högre stress, mer negativ affekt, fler somatiska symtom samt mindre positiv affekt och lägre grad av självmedkänsla än deltagarna i kontrollgruppen. Studien ger inget stöd för hypotesen om att expressivt skrivande reducerar stress hos vård- och omsorgspersonal.

Resultaten vad gäller negativ affekt, somatisering, positiv affekt samt självmedkänsla var inte statistiskt signifikanta. Däremot hade kontrollgruppens deltagare, i motsats till förväntat resultat, efter interventionen en signifikant lägre stress än de deltagare som deltog i expressivt skrivande. En mixad ANOVA visade att detta resultat kan härledas till att grupperna redan före interventionen skiljde sig åt i graden av stress och inte till interventionen. Att det före interventionen fanns en skillnad i grupperna stöds av den korrelationsanalys som gjordes av sambandet mellan stress och självmedkänsla. Denna visade

att självmedkänsla och stress hade ett starkt negativt samband i kontrollgruppen, både före och efter interventionen, vilket är ett förväntat resultat (Neff, 2003a, 2011), medan något sådant samband inte fanns i experimentgruppen. En förklaring till denna skillnad i sambandet mellan självmedkänsla och stress skulle kunna vara att det hos experimentgruppens deltagare fanns en inre konflikt mellan känslor, ångest och försvar, som inte fanns hos kontrollgruppens deltagare (Malan, 1999).

Minskningen av stress hos kontrollgruppens deltagare låg nära statistisk signifikans. En orsak till detta resultat skulle kunna vara en känsla av lättnad ("relief", Lazarus, 1999). Båda gruppernas deltagare kan, på grund av osäkerhet inför en psykologisk utmaning och en förväntan om att avslöja något djupt personligt, ha upplevt en förhöjd arousal vid mätningen före interventionen. Denna förhöjda arousal kan ha påverkat minnet av stress veckan före interventionen för båda gruppernas deltagare och därmed gett utslag vid mätningen av subjektivt upplevd stress. När kontrollgruppens deltagare ombads att skriva om objektiva och triviala ämnen kan en lättnad ha uppstått hos dessa deltagare, som i sig bidragit till en känsla av lägre stress, vilket visat sig vid mätningen en vecka efter interventionen. Det är möjligt att experimentgruppens deltagare, av flera skäl, inte upplevt samma lättnad, utan tvärtom upplevt en förhöjd stress. Dessa ombads att reflektera över händelser från arbetsplatsen förknippade med svåra känslor. Detta kan ha aktiverat inre konflikter och motstridiga känslor (Malan, 1999), kring sin aktuella situation och den egna självbilden, vilket i ett kort tidsperspektiv skulle kunna utgöra en stressor. Exempelvis uttryckte två av deltagarna i experimentgruppen i sina essäer funderingar på att byta arbete och en deltagare reflekterade över framtiden för sin partnerrelation. Det är möjligt att den förhöjda stress som skrivuppgiften orsakade hos experimentgruppens deltagare innehöll både negativ ("distress") och positiv stress ("eustress") (Selye, 1974). Positiva känslor, som kärlek, stolthet eller hopp, kan vara stressorer (Lazarus, 1999), liksom att stress kan vara förknippat med positiva känslor (Selye, 1974). Tankar på möjligheten att förändra sin situation till det bättre eller tankar om sitt eget positiva värde kan orsaka positiv stress, vilken, enligt Selye (1974), Lazarus (1999) och Boots och Pennebaker (2000), till skillnad från negativ stress, aktiverar kroppens uppbyggande, anabola processer. Studiens resultat visar inte att expressivt skrivande på kort sikt leder till att individen subjektivt upplever sitt liv som mindre stressigt, men det är möjligt att interventionen på lång sikt förhindrar stressrelaterad ohälsa, genom att han eller hon kan hantera stressen på ett mer konstruktivt och hälsosamt sätt, exempelvis så att ovälkomna negativa tankar och känslor inte leder till depression (Frattaroli, 2006).



Studiens resultat, att de som deltar i expressivt skrivande uppvisar sämre subjektivt välmående vid mätningar direkt eller en kort tid efter interventionen, jämfört med de som deltar i objektivt och icke-expressivt skrivande, stämmer överens med flera andra studier, där subjektiva mått utfaller till experimentgruppens nackdel (Frattaroli, 2006). Detta att skriva om upprörande händelser och känslor, som man tidigare inte berättat om för någon annan eller inte själv medvetet reflekterat över, leder initialt till en förhöjd arousal (Sloan et al, 2007). En förklaring till detta är att exponering för stress leder till ökad oreglerad ångest genom aktivering av rädslonätverket (Sloan et al, 2007). Samtidigt är det just den förhöjda arousalnivån som i hög grad tillskrivs de positiva fysiska hälsoeffekter, som expressivt skrivande medför. Studien av Sloan et al (2007) visar att effekten blir större ju högre den initiala arousalnivån är.

En förklaring till den uteblivna effekten i denna studie kan vara att deltagarna kom från en population som inte exponerats för traumatiska händelser. I studien gjordes inte något förtest av deltagarnas grad av traumatisering och heller inte någon lingvistisk analys av essäernas innehåll, men inget tyder på att deltagarna var traumatiserade eller på att de känslor som bearbetades i essäerna handlade om trauman. Effekten av expressivt skrivande är störst på individer som är traumatiserade och som skriver om traumat (Frattaroli, 2006; O'Connor & Ashley, 2008; Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988), vilket teoretiskt förklaras av att den verksamma mekanismen är exponering för negativa känslor kring traumatiska minnen, följt av habituering och utsläckning av de negativa känslor som traumat varit förknippat med (Sloan & Marx, 2004). O'Connor och Ashley (2008) menar att effekten av expressivt skrivande är svårare att observera i en normalpopulation och enbart kan påvisas genom en noggrann undersökning av modererande variabler. Frattaroli (2006) för fram hypotesen att psykiskt och fysiskt välmående individer och/eller icke traumatiserade individer inte tjänar lika mycket på expressivt skrivande, som individer med ohälsa eller traumatiserade individer, eftersom de förra inte är i behov av hjälp och/eller redan använder konstruktiva copingstrategier. Stroebe, Stroebe, Schut, Zech och van den Bout (2002) visar i sin studie att expressivt skrivande inte underlättar sorgbearbetning vid normal sorg och menar att detta beror på att sorgarbete inte är detsamma som traumabearbetning. Det är endast vid komplicerad och traumatisk sorg som det finns behov av emotionellt avslöjande eller psykoterapeutisk behandling (Stroebe et al, 2002). En tolkning är att expressivt skrivande endast reducerar traumarelaterad stress, och att detta är anledningen till att effekten i denna studie uteblev.

En annan förklaring till resultatet skulle kunna vara, det Pennebaker (1994) påpekar, att subjektiva mått inte är tillräckligt exakta för att fånga upp effekterna av expressivt skrivande. Det kan inte uteslutas att effekt hade kunnat påvisas om objektiva, fysiologiska markörer, som exempelvis effekter på immunsystemet eller kortisolnivåer, eller mått på sjukfrånvaro, medicinintag eller läkarbesök hade använts i studien ((Boots & Pennebaker, 2000; Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988).

Mätning av effekter gjordes en vecka efter interventionen. Smyth och Pennebaker (2008) argumenterar för att det krävs en längre uppföljningstid för att positiva hälsoeffekter ska kunna påvisas. Vedhara et al (2007) fann att i sin studie att det tog tio veckor innan hälsoeffekter kunde påvisas. O'Connor och Ashley (2008) menar att effekterna inte kan påvisas förrän efter i genomsnitt en månad efter interventionen och Frattaroli's meta-analysis visar att den genomsnittliga uppföljningstiden är tre månader (Frattaroli, 2006). Samtidigt har exempelvis Smyth, Stone, Hurewitz och Kaell (1999) funnit kliniskt signifikant effekt på objektiva hälsomått för astmapatienter redan två veckor efter interventionen. Det är möjligt att expressivt skrivande reducerar upplevd stress först när interventionen leder till förändrade coping- och försvarsstrategier och till beteenden som förändrar arbetssituationen, vilket rimligen tar längre tid än en vecka.

En ytterligare förklaring till resultatet skulle kunna vara att effekten av interventionen påverkats av deltagarnas individuella egenskaper. Eftersom deltagarna fördelades slumpvis i experimentgrupp respektive kontrollgrupp kan det förväntas att personlighetsegenskaper, som exempelvis trait NA, neuroticism eller alexithymi, är jämt fördelade mellan de båda grupperna. Det är möjligt att dessa modererande faktorer påverkade effekterna av expressivt skrivande, men inte hade någon betydelse för kontrollgruppens deltagare, som skrev objektivt och icke-expressivt. Studien av O'Connor och Ashley (2008) visar att individer vilka har svårt att förstå sina egna känslor och därför inte kan identifiera stressorer, det vill säga individer med alexithymi, inte är behjälpta av expressivt skrivande; Pennebaker (1994) nämner personlighetsegenskapen trait NA, vilken kan jämföras med neuroticism, som en modererande faktor och Poon och Danoff-Burg (2011) konstaterar att individer med en hög grad av mindfulness tjänar mer på expressivt skrivande än individer med en låg grad av mindfulness.

En faktor som kan ha påverkat resultatet är de yttre förhållanden och den kontext inom vilken experimentet genomfördes. Eftersom syftet med studien var att undersöka om expressivt skrivande kunde reducera arbetsrelaterad stress gjordes studien på arbetsplatsen och på arbetstid. Deltagarna kom till interventionen från arbetet och gick efteråt direkt tillbaka till arbetet, det vill säga till de stressorer, som fanns i arbetsmiljön. Detta kan ha påverkat

effekterna av det expressiva skrivandet. Exempelvis visar Frattaroli's (2006) metastudie att effekterna är starkast då deltagare skriver hemma eller under minimal distraktion.

Experimentet genomfördes med stöd av deltagarnas närmsta chefer. Även om konfidentialitet garanterades av experimentledningen kan chefernas engagemang i studien ha bidragit till att deltagare upplevt hinder för att skriva djupt känslomässigt, vilket kan ha påverkat resultatet.

**Metoddiskussion.** I studiens användes en randomiserad mellangrupsdesign, vilket minimerar hot mot den interna validiteten i form av exempelvis mognad, historia eller regression till medelvärdet. Ett problem med en randomiserad design vad gäller studier av expressivt skrivande är det Vedhara et al (2007) har påpekat, att det kan finnas en risk för att kontrollsituationen inte är helt neutral, utan har en terapeutisk nytta. Uppmärksamheten från och den täta kontakten med experimentledaren samt detta att sitta och skriva enskilt kan ha bidragit till bättre välmående för kontrollgruppens deltagare.

Experimentet genomfördes på arbetsplatsen, i fyra olika rum, där miljöerna skilde sig åt från varandra. Detta, tillsammans med att antalet som skrev samtidigt (i skilda rum) varierade mellan en till fyra deltagare, kan ha gjort att kontrollen av okända ("confounding") variabler inte varit tillräckligt rigorös, och därmed utgjort ett hot mot den interna validiteten.

En metodologisk brist är att stickprovet var litet. Pennebaker rekommenderar minst 20 deltagare per cell (Pennebaker, 1994). Med en förväntad låg effektstorlek, Cohen's  $d = .15$  (Frattaroli, 2006), Cohen's  $d = .19$  (Frisina et al, 2004) och 32 deltagare fördelat i experimentgrupp:  $n = 17$  och kontrollgrupp:  $n = 15$ , var den statistiska powernivån 15 % (Aron, Coups & Aron, 2013), vilket innebär 15 procents chans att studien skulle visa på effekt om en sådan effekt verkligen fanns. Det hade krävts cirka 300 deltagare per grupp för att uppnå en statistisk power på 80 % (Aron, Coups & Aron, 2013). Ett antagande är att om  $n$ -talet hade varit större och det därmed hade varit högre statistisk power i studien, kunde statistisk signifikans ha uppnåtts, både vad gäller skillnaden i stress mellan de båda grupperna efter interventionen och minskningen av stress för kontrollgruppens deltagare.

Deltagarna fördelades slumpvis till respektive grupp, vilket ökar den inre validiteten. Men samtidigt finns i urvalet ett inslag av bekvämlighet ("convenience"), då deltagarna rekryterades via förvaltningens ledning och genom att en chef för en hemvårdsenhet visade intresse. Detta minskar den externa validiteten. Att deltagarna kom från en och samma vårdenhets väcker frågor om hur representativt urvalet var och möjligheten till generalisering av studiens resultat. Det finns inga skäl att misstänka att personalgruppen skiljde sig från andra personalgrupper inom vård- och omsorg, på för studien avgörande punkter, exempelvis

vad gäller ålder, utbildningsnivå eller socioekonomiska faktorer. Försiktighet bör ändå iaktas vad gäller att generalisera resultatet till en större population.

Ett metodologiskt problem är att deltagarna hade informerats om att studien handlade om stress. Det ökar risken för demand characteristics. Studien var heller inte dubbelblind. Experimentledaren kände till studiens syfte och vilken grupp deltagarna tillhörde, vilket minskar kontrollen av ovan nämnda demand characteristics.

Bortfallet på åtta deltagare (av totalt 40 deltagare), varav tre under interventionen, skulle kunna vara ett symptom på arbetsrelaterad stress. Det finns ingen indikation på att bortfallet påverkade resultatet, exempelvis beroende på att de som inte påbörjade eller fullföljde interventionen var mer stressade än de som fullföljde experimentet.

Effekterna av interventionen mättes med subjektiva mått. De mått som användes i studien är väl beprövade och har en god validitet och reliabilitet. Det kan inte uteslutas att måtten just för den studerade populationen har en lägre reliabilitet, vilket borde kontrolleras i framtida studier. Inget reliabilitetstest gjordes för ändringen av instruktionen från ”den senaste månaden” till ”den senaste veckan” för upplevd stress i Perceived Stress Scale (PSS; Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983). Perceived Stress Scale mäter global, inte arbetsrelaterad, stress, vilket väcker frågor om hur väl den uppmätta stressen reflekterar arbetsrelaterad stress.

**Begränsningar.** Två begränsningar i studien är den korta uppföljningstid som användes för mätningen av resultatet samt att inga objektiva fysiologiska mått användes. Mätningen av interventionens effekter gjordes enbart en vecka efter interventionen. Det finns stöd för att för de som deltar i expressivt skrivande halvåret efter interventionen har färre sjukskrivningsdagar, besöker läkare i mindre utsträckning samt använder färre mediciner än de deltagare som skriver objektivt och icke-expressivt (Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988). Detta undersöktes inte.

I studien användes enbart självskattningsformulär för att samla in data och inte till exempel beteendeobservationer eller fysiologiska observationer. Det begränsar precisionen i mätningen av variablerna på flera sätt. Det finns individuella skillnader i vilken grad som individer rapporterar stress och negativ affekt (Cramer, 2003). Personlighetstyper som exempelvis repressorer är inte medvetna om egna negativa känslor eller stress och individer med undvikande copingstilar underrapporterar negativ affekt och stress (Cramer, 2003). Självskattningsskalor har problem med demand characteristics, det vill säga att deltagare räknar ut studiens syfte och svarar så som de tror att de förväntas svara. Det kan inte uteslutas att deltagarna, efter att ha fått information om att studien avsåg att undersöka stress, antingen över- eller underrapporterade sin stress på grund av exempelvis social önskvärdhet.

Ytterligare problem vid subjektiva mått kan vara svårigheter att minnas, att individens aktuella, känslomässiga tillstånd påverkar minnet eller att frågorna tolkas olika av olika deltagare (Ogden, 2012). Kompletterande, objektiva fysiologiska mätningar av stress, skulle ha kunnat visa på ett annat eller ett tydligare resultat. Det som ändå talar för att de mätmetoder som användes är tillräckligt tillförlitliga är att deltagarna inte kände till det förväntade resultatet, teorierna om sambandet mellan känslor och stress eller de skrivinstruktioner som deltagarna hade getts.

En tredje begränsning är att det inte före interventionen gjordes något förtest av pågående behandling eller användning av psykofarmaka eller någon mätning av modererande faktorer, som exempelvis graden av trauma, alexithymi, trait NA eller neuroticism.

Samtliga essäer lästes av experimentledaren, men det gjordes ingen lingvistisk eller kvalitativ analys av essäernas innehåll, vilket begränsar studiens fynd. Det är möjligt att experimentgruppens deltagare inte skrev om djupt känslomässiga upplevelser, även om de själva subjektivt angav att så var fallet. En lingvistisk analys av essäernas språkliga och psykologiska karakteristika kunde tydligare ha visat i vilken grad deltagarna följde skrivinstruktionerna och den kunde ha indikerat på om det skedde en lyckad eller misslyckad bearbetning av stressfyllda eller traumatiska minnen (O'Connor & Ashley, 2008; Pennebaker, 1997; Sloan & Marx, 2004).

Det kan finnas *experimenterbias*, eftersom experimentledaren inte var blind för vilken av grupperna som deltagarna tillhörde. Detta kan ha medfört att experimentledaren omedvetet påverkade grupperna på skilda sätt.

Det kan ha skett en *kontamination*. Deltagarna ombads både skriftligen och muntligen att inte röja sina skrivinstruktioner, men det kan inte uteslutas att de, om inte explicit, så i alla fall med kroppsspråk avslöjat något av karaktären i skrivinstruktionerna för sina arbetskamrater. Detta kan ha avslöjat studiens upplägg och påverkat inställningen till skrivuppgiften. Samtidigt är det osannolikt att detta skulle ha påverkat enbart deltagarna i en av försöksgrupperna och enbart i en enda riktning.

**Framtida forskning.** Sloan et al (2007) betonar att de underliggande mekanismerna för expressivt skrivande kan variera för olika stickprov och att de skrivinstruktioner som ges kan ge olika effekt beroende på de stickprov som studeras. Föreliggande studie gjordes på en personalgrupp inom ett känslolintensivt arbetsområde, där personalen är utsatt för emotionell stress. Studien kunde inte påvisa någon effekt av expressivt skrivande, men det finns skäl att fortsätta undersöka i vilka former och inom vilken kontext, som interventionen skulle kunna ha effekt på arbetsrelaterad stress i känslolintensiva arbetsmiljöer. Det är viktigt att fortsätta

utforska de bakomliggande mekanismerna och vilka som är optimala för den specifika populationen. Det behöver göras på ett systematiskt sätt vad gäller skrivinstruktioner, skrivtillfällen, längd på skrivtillfällena och intervallerna mellan dessa samt antalet interventioner. Exempelvis skulle flera interventioner med några månaders intervall kunna ha en *additiv* effekt, vilket Frattaroli's metaanalys ger stöd för, då den visar att längre intervaller mellan skrivtillfällena ger större effekt (Frattaroli, 2006). Detta behöver undersökas i framtiden.

Det är möjligt att stress och/eller stressrelaterad ohälsa kan reduceras genom att känslor, som uppstår i arbetet, identifieras av den enskilde i expressivt skrivande, under förutsättning att det samtidigt leder till beteendeförändringar på arbetsplatsen. Denna studies resultat tyder på att interventionen ökar både eustress (hopp om en positiv förändring) och distress på kort sikt. I framtida studier bör därför uppföljning göras på lång sikt, för att undersöka om deltagarna i experimentgruppen förändrat sin situation på arbetsplatsen mer än kontrollgruppens deltagare. Lazarus (1999) betonar vikten av att närma sig sina känslor, för att på så sätt ersätta omogna med mogna psykologiska försvar. I linje med dessa tankar skulle också förändring av coping- och försvarsstrategier, från rigida och omogna till mer mogna och kognitivt komplexa strategier, kunna användas som mått. Detta skulle kunna göras både på individnivå och på organisatorisk nivå, det vill säga om organisationens "sociala försvarssystem" (Menzies Lyth, 1960/1990) förändras. Kvantitativa metoder skulle behöva kompletteras med *kvalitativa* metoder, för att identifiera hur individen subjektivt konstruerar den relationella mening (Lazarus, 1999), som medierar stressresponsen.

Föreliggande, liksom tidigare studier, tyder på att expressivt skrivande är en för generell metod vid stressbearbetning (Frattaroli, 2006; Smyth & Pennebaker, 2008). Exempelvis har inte alla som upplevt en kris eller förlust, med tillhörande negativa känslor och stress, behov av att tala om det som hänt eller av att gå i terapi (Stroebe et al, 2002). Två modererande personlighetsegenskaper, som identifierats, är trait NA (Smyth & Pennebaker, 2008) och alexithymi (O'Connor & Ashley, 2008). En möjlig modererande faktor, som inte studerats vid expressivt skrivande, är individens *anknytningsstrategi* (Mikulincer et al, 2003). Det är troligt att expressivt skrivande ökar stressen mer hos individer som använder sekundära anknytningsstrategier än hos individer som använder primära anknytningsstrategier. I framtida studier behöver deltagarna förtestas på vilka anknytningsstrategier de använder för att reglera negativa känslor, för att därefter anpassa skrivinstruktionen till individens anknytningsstrategi. Deaktiverande individer bör instrueras att fokusera på att i första hand skriva om *negativa* känslor och aspekter av sina traumatiska eller stressfyllda minnen

(O'Connor & Ashley, 2008). För deltagare som använder hyperaktiverande anknytningsstrategier, och som behöver stöd i att reglera den ångest som väcks av att närma sig svåra känslor, bör betoningen i skrivinstruktionerna ligga på att skriva dels om positiva känslor och dels på kognitiva faktorer som mening och insikter (Frattaroli, 2006). Deltagare som använder primära, trygga anknytningsstrategier, vilka har kapaciteten att assimilera och strukturera en traumatisk händelse till en sammanhängande berättelse (O'Connor & Ashley, 2008), bör instrueras att skriva både om positiva och negativa emotionella aspekter, eftersom fler positiva än negativa känslor är en markör på att en adaptiv eller optimal emotionell process sker (O'Connor & Ashley, 2008; Pennebaker, 1997).

En ytterligare modererande personlighetsegenskap att undersöka i framtiden är om individens grad av *självmmedkänsla* påverkar effekterna av expressivt skrivande, det vill säga om det finns en interaktionseffekt mellan expressivt skrivande och självmedkänsla.

En annan aspekt som behöver undersökas är hur resultatet påverkas av de *yttre förhållanden* och den *kontext* inom vilken studien genomförs. Denna studie genomfördes på arbetsplatsen, i närvaro av arbetsrelaterade stressorer. Framtida studier bör undersöka om interventionen har effekt på arbetsrelaterad stress om den genomförs någon annanstans än på arbetsplatsen, exempelvis i hemmet (Frattaroli, 2006).

Framtida forskning behöver studera om det finns en interaktionseffekt mellan expressivt skrivande och *handledning*. Expressivt skrivande ökar deltagarnas arousal, vilket markerar att känslor aktualiseras (Sloan & Marx, 2004). För att interventionen ska reducera stress behöver känslorna identifieras och regleras, det behöver ske en habituering till och utsläckning av negativa känslor (Sloan & Marx, 2004). Framtida studier behöver undersöka om handledning tillsammans med expressivt skrivande kan utgöra led i en anpassningsprocess.

I framtida studier av effekten av expressivt skrivande på stress inom känslolintensiva arbetsområden behöver stickprovet vara större än i denna studie och hämtas ur en bredare population, det vill säga från flera yrkeskategorier inom vård- och omsorgssektorn samt den sociala sektorn. Självskattningar av upplevd stress behöver kompletteras med insamlande av data med hjälp av beteendeobservationer och objektiva fysiologiska mått som exempelvis immun- och/eller endokrina parametrar (Boots & Pennebaker, 2000).

**Praktiska implikationer.** Om inte vård- och omsorgspersonals egna behov och känslor ska styra yrkesutövandet, utan i stället vård- och omsorgstagarnas legitima behov av både omsorg och självbestämmande, så behöver personalen, enligt Astvik (2002), få stöd för att kunna identifiera, förstå och tolerera de känslor, som uppstår i svåra möten med

vårdtagarna. Den professionelle hjälparen måste kunna särskilja på egna och vårdtagarens känslor (Astvik, 2002).

Denna studie gav inget stöd för att expressivt skrivande, genom att det ökar individens kapacitet att reglera känslor, reducerar subjektivt upplevd stress på kort sikt. Men expressivt skrivande skulle, om skrivinstruktionerna utformas utifrån individens huvudsakliga anknytningsstrategier, kunna förebygga stressrelaterad ohälsa på lång sikt. Som ett led i en anpassningsprocess skulle expressivt skrivande kunna hjälpa den enskilde individen att identifiera känslor, som utgör stressorer i arbetslivet. Nästa steg i anpassningsprocessen skulle kunna vara handledning där personalen får möjlighet att tala om och får en fördjupad förståelse för de svåra känslor, som identifierats. Expressivt skrivande i kombination med handledning skulle då kunna få en stress- och affektreglerande funktion i organisationen, vilket skapar möjligheter för vård- och omsorgsgivarna att i sin tur ha en stress- och affektreglerande funktion i mötet med klienterna. Expressivt skrivande i kombination med handledning skulle kunna bidra till att vård- och omsorgspersonals omedvetna försvar mot ångest successivt kan ”överges till förmån för mer medvetna copingprocesser”, så att ”det svåra och ångestväckande kan konfronteras och bearbetas” (Astvik, 2002, s 5).

### Referenser

- Abbass, A. (2005). Somatization: Diagnosing it sooner through emotion-focused interviewing. *The Journal Of Family Practice*, 54(3), 231-243.
- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: A systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard Review Of Psychiatry*, 20(2), 97-108. doi:10.3109/10673229.2012.677347
- Arbetsmiljöverket. *Arbetsorsakade besvär 2014, Arbetsmiljöstatistik Rapport 2014:4*. Publicerad på <http://www.av.se/pressrum/pressmeddelanden/2014>, oktober 2014.
- Arigo, D., & Smyth, J. (2012). The benefits of expressive writing on sleep difficulty and appearance concerns for college women. *Psychology & Health*, 27(2), 210-226. doi:10.1080/08870446.2011.558196
- Aron, A., Coups, E.J., & Aron, E.N. (2013). *Statistics for psychology* (6. uppl.). New York: Pearson Education.
- Astvik W. *Svåra möten i omsorgsarbete*. Arbete och Hälsa 2002:17, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Boots, R.J. & Pennebaker, J.W. (2000). Emotions and immunity. I J. Haviland-Jones & M. Lewis (Red.). *Handbook of emotions* (s 558-572). New York: The Guilford Press.
- Broderick, J. E., Junghaenel, D. U., & Schwartz, J. E. (2005). Written Emotional Expression Produces Health Benefits in Fibromyalgia Patients. *Psychosomatic Medicine*, 67(2), 326-334. doi:10.1097/01.psy.0000156933.04566.bd



- Chung, C. K., & Pennebaker, J. W. (2008). Variations in the spacing of expressive writing sessions. *British Journal Of Health Psychology*, 13(1), 15-21. doi:10.1348/135910707X251171
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 358-396. doi:10.2307/2136404
- Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanisms: What's the difference?. *Journal Of Personality*, 66(6), 919-946. doi:10.1111/1467-6494.00037
- Cramer, P. (2003). Defense mechanisms and physiological reactivity to stress. *Journal Of Personality*, 71(2), 221-244. doi:10.1111/1467-6494.7102001
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1-15. doi:10.1002/bs.383019010
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal Of Psychiatry*, 128 280-289. doi:10.1192/bjp.128.3.280
- Europeiska arbetsmiljöbyrån. *Stress – definition och symptom*. Hämtat från [https://osha.europa.eu/sv/topics/stress/definitions\\_and\\_causes](https://osha.europa.eu/sv/topics/stress/definitions_and_causes), november 2014.
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(6), 823-865. doi:10.1037/0033-2909.132.6.823
- Frederickson, J. (2013). *Co-creating change. Effective dynamic therapy techniques*. Washington: Seven Leaves Press.
- Frisina, P. G., Borod, J. C., & Lepore, S. J. (2004). A meta-analysis of the effects of written emotional disclosure on the health outcomes of clinical populations. *Journal Of Nervous And Mental Disease*, 192(9), 629-634. doi:10.1097/01.nmd.0000138317.30764.63
- Försäkringskassan. *Försäkringskassan spår fortsatt ökade utgifter för sjukförsäkringen*. Publicerad [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se), november 2014.
- Gluckman, P. Beedle, A. & Hanson, M. (2009). *Principles of evolutionary medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal Of Abnormal Psychology*, 106(1), 95-103. doi:10.1037/0021-843X.106.1.95
- Hudson, J., & Day, M. C. (2012). Athletes' experiences of expressive writing about sports stressors. *Psychology Of Sport And Exercise*, 13(6), 798-806. doi:10.1016/j.psychsport.2012.05.005
- Institutet för Stressmedicin, Västra Götalandsregionen (2012). [www.vgregion.se/stressmedicin](http://www.vgregion.se/stressmedicin)
- Johansson, R., Town, J.M. & Abbass, A. (2014). Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *PeerJ* 2:e548; DOI 10.7717/peerj.548
- Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek & Rosenthal. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York: Wiley.

- Karasek & Theorell. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of the working life*. New York: Basic Books.
- Konig, A., Eonta, A., Dyal, S. R., & Vrana, S. R. (2014). Enhancing the benefits of written emotional disclosure through response training. *Behavior Therapy, 45*(3), 344-357. doi:10.1016/j.beth.2013.12.006
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review Of Psychology, 44*1-21. doi:10.1146/annurev.ps.44.020193.000245
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion*. London: Free Association Books
- Low, C. A., Stanton, A. L., Bower, J. E., & Gyllenhammer, L. (2010). A randomized controlled trial of emotionally expressive writing for women with metastatic breast cancer. *Health Psychology, 29*(4), 460-466. doi:10.1037/a0020153
- Malan, D. (1999). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics (2:a uppl.)*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Menzies Lyth, I. (1990). Social systems as a defense against anxiety: An empirical study of the nursing service of a general hospital. I E. Trist, H. Murray, B. Trist (Red.), *The social engagement of social science: A Tavistock anthology, Vol. I: The socio-psychological perspective* (s. 439-462). Baltimore, MD, US: University of Pennsylvania Press. (Originalt publicerat 1960).
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation And Emotion, 27*(2), 77-102. doi:10.1023/A:1024515519160
- Myers, L. B. (2000). Identifying repressors: A methodological issue for health psychology. *Psychology & Health, 15*(2), 205-214. doi:10.1080/08870440008400301
- Neff, K. D. (2003a). SelfCompassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity, 2*(2), 85-101. doi:10.1080/15298860309032
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure selfcompassion. *Self and Identity, 2*(3), 223-250. doi:10.1080/15298860309027
- Neff, K.D. (2011). Selfcompassion, selfesteem and wellbeing. *Social and Personality Psychology Compass 5*(1), 1-12, doi:10.1111/j.17519004.2010.00330.x
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L. C., & Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: An attachment-based developmental framework. *Frontiers In Behavioral Neuroscience, 5* doi:10.3389/fnbeh.2011.00055
- O'Connor, D. B., & Ashley, L. (2008). Are alexithymia and emotional characteristics of disclosure associated with blood pressure reactivity and psychological distress following written emotional disclosure? *British Journal of Health Psychology, 13*(3), 495-512. doi:10.1348/135910707X224496
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: a textbook (5. uppl.)*. New York: The McGraw Hill Companies.
- Pennebaker, J. W. & Beall, S. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 274-281.

- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K. & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 239–245.
- Pennebaker, J. W. (1994). *Hints on running a writing experiment*. Opublicerad manual, University of Texas, Department of Psychology. Hämtad från <http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/faculty/pennebaker/Reprints/index.htm>
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, *8*(3), 162–166. doi:10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x
- Poon, A., & Danoff-Burg, S. (2011). Mindfulness as a moderator in expressive writing. *Journal Of Clinical Psychology*, *67*(9), 881-895. doi:10.1002/jclp.20810
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K.D. & Van Gucht, D. (2011). Construction and Factorial Validation of a Short Form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *18*(3), 250–255. DOI: 10.1002/cpp.702
- Sbarra, D. A., & Hazan, C. (2008). Coregulation, dysregulation, self-regulation: An integrative analysis and empirical agenda for understanding adult attachment, separation, loss, and recovery. *Personality And Social Psychology Review*, *12*(2), 141-167. doi:10.1177/1088868308315702
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, *36*(1), 9-20. doi:10.1007/s10615-007-0111-7
- Schüler, J., Job, V., Fröhlich, S. M., & Brandstätter, V. (2009). Dealing with a 'hidden stressor': Emotional disclosure as a coping strategy to overcome the negative effects of motive incongruence on health. *Stress And Health: Journal Of The International Society For The Investigation Of Stress*, *25*(3), 221-233. doi:10.1002/smi.1241
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott.
- Sloan, D. M., & Marx, B. P. (2004). A Closer Examination of the Structured Written Disclosure Procedure. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, *72*(2), 165-175. doi:10.1037/0022-006X.72.2.165
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Epstein, E. M., & Lexington, J. M. (2007). Does altering the writing instructions influence outcome associated with written disclosure? *Behavior Therapy*, *38*(2), 155-168. doi:10.1016/j.beth.2006.06.005
- Smyth, J. M., Stone, A. A., Hurewitz, A., & Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis: A randomized trial. *JAMA: Journal Of The American Medical Association*, *281*(14), 1304-1309. doi:10.1001/jama.281.14.1304
- Smyth, J. M., & Pennebaker, J. W. (2008). Exploring the boundary conditions of expressive writing: In search of the right recipe. *British Journal Of Health Psychology*, *13*(1), 1-7. doi:10.1348/135910707X260117
- Socialstyrelsen. *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni*. Artikelnr 2013-6-7. Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), juni 2013.
- Statens institutionsstyrelse. (2002). *SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan*. Rapport nr 4/2002. ISSN 1403-1558

- Stockton, H., Joseph, S., & Hunt, N. (2014). Expressive writing and posttraumatic growth: An Internet-based study. *Traumatology: An International Journal*, 20(2), 75-83.  
doi:10.1037/h0099377
- Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Zech, E., & van den Bout, J. (2002). Does disclosure of emotions facilitate recovery from bereavement? Evidence from two prospective studies. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 70(1), 169-178.  
doi:10.1037/0022-006X.70.1.169
- Strömberg, B. (2010). *A Swedish version of the self-compassion scale (SCS)*. Opublicerat manuskript.
- Ståhl, U & Karlsson, J. (2006). *Ångest och stresskänslighet*. Högskolan i Borås, Institutionen för Pedagogik.
- Vedhara, K., Morris, R. M., Booth, R., Horgan, M., Lawrence, M., & Birchall, N. (2007). Changes in mood predict disease activity and quality of life in patients with psoriasis following emotional disclosure. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 611-619.  
doi:10.1016/j.jpsychores.2006.12.017
- Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scale. *Journal of Personality and Social Psychology* 54:1063–1070 DOI 10.1037/0022-3514.54.6.1063.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96(2), 234-254.  
doi:10.1037/0033-295X.96.2.

## Bilaga 1



**LUNDS**  
UNIVERSITET

### Instruktioner dag 1

Idag, och under de nästa två dagarna du skriver, skulle jag vilja be dig att skriva om de svåraste och mest uppskakande upplevelser du haft i ditt arbetsliv. Men, om du hellre vill det, så kan du skriva om någonting du varit med om i ditt privata liv. Du väljer själv vad du vill skriva om

Jag vill att du skriver helt fritt och låter dina djupaste känslor och tankar om ämnet få komma fram.

Du kan välja att skriva om samma sak under alla tre dagarna eller så kan du skriva om olika saker varje dag.

Du kan förutom om traumatiska upplevelser också skriva om stora konflikter eller problem i ditt arbetsliv (eller privatliv), som du har upplevt tidigare eller upplever just nu.

Vad du än väljer att skriva om, så är det viktigaste att du verkligen utforskar dina djupaste känslor och tankar.

Idealiskt, så skulle jag vilja att du skriver om händelser, upplevelser eller konflikter, som du inte har talat med någon annan speciellt mycket om förut.

Kom ihåg att du har tre dagar på dig att skriva.

Du kan också koppla ihop dina upplevelser till andra delar av ditt liv, exempelvis till din barndom, dina föräldrar, människor du älskar, den du är eller den du skulle vilja vara.

Åter igen, när du skriver, skriv om dina djupaste känslor och tankar.

## Bilaga 2



**LUNDS**  
UNIVERSITET

### Instruktioner dag 2

Idag vill jag att du fortsätter skriva om de svåraste och mest uppskakande upplevelser du gjort i ditt arbetsliv. Eller i ditt privatliv, om du hellre vill skriva om det.

Du kan skriva om samma saker som igår/förra gången eller så kan du skriva om något annat ämne.

Idag vill jag att du verkligen undersöker dina djupaste känslor och tankar.

## Bilaga 3



**LUNDS**  
UNIVERSITET

### Instruktioner dag 3

Du har nu skrivit under två dagar och detta är sista dagen du skriver.

Idag vill jag att du åter igen utforskar dina djupaste känslor och tankar om de svåraste och mest uppskakande upplevelser du haft i ditt arbetsliv. Eller i ditt privatliv, om du hellre vill skriva om det.

Tänk på att detta är sista dagen du skriver, så du kanske vill avrunda ditt skrivande. Till exempel hur hänger det du skrivit om ihop med ditt liv idag eller med din framtid?

Men du har naturligtvis frihet att skriva på det sätt som känns bäst för dig för att utforska dina djupaste känslor och tankar.

## Bilaga 4



**LUNDS**  
UNIVERSITET

### Instruktioner dag 1

Det du ska skriva om idag och under de nästa två dagarna du skriver, är hur du spenderar din tid. Varje dag kommer du att få en ny instruktion om vad du ska skriva om

Var så objektiv som möjligt när du skriver.

Du ska inte skriva om dina känslor eller åsikter.

Jag vill istället att du ska vara helt objektiv. Skriv gärna så detaljerat som möjligt.

Idag ska du skriva om vad du gjorde igår.

Beskriv vad du gjorde från det att du steg upp tills du gick och la dig igen. Du kan till exempel börja med att skriva om när klockan ringde och du steg upp ur sängen. Du kan skriva om vad du åt, vart du åkte och vilka byggnader eller andra föremål du passerade på din väg.

Det allra viktigaste när du skriver om hur din dag var igår är att du beskriver den så exakt och objektivt som möjligt.



## Bilaga 5



**LUNDS**  
UNIVERSITET

### Instruktioner dag 2

Idag vill jag att beskriver vad du har gjort sedan du steg upp i morse tills du kom hit till det här experimentet.

Åter igen, beskriv så objektivt som möjligt, utan att ta med några känslor.

## Bilaga 6



**LUNDS**  
UNIVERSITET

### Instruktioner dag 3

Du har nu skrivit under två dagar, och detta är sista dagen du skriver.

Idag vill jag att du beskriver vad du ska göra under resten av veckan, så detaljerat, exakt och objektivt som möjligt.

Kom ihåg att inte beskriva några känslor.