



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Inte bara mellan fyra ögon

Den sociala omgivningens betydelse i samband med psykoterapi

Daniel Boström & Rebecka Nestlog

Psykologexamensuppsats. 2016

Handledare: Eva Brodin
Examinator: Erwin Apitzsch

Tack

Ett varmt tack vill vi främst rikta till de personer som vi har intervjuat, som generöst delade med sig av sina upplevelser och gjorde denna studie möjlig att genomföra.

Stort tack till vår handledare Eva Brodin för ett mycket kunnigt, berikande och varmt engagemang under arbetet med denna uppsats. Tack till Daiva Daukantaitė som gjorde en hjälpsam handledarinsats i början av vårt arbete. Vi är också tacksamma för den hjälp som vi fick av Catharina Strid och Eva-Lena Hansson på Lunds universitets psykoterapimottagning med att rekrytera deltagare till studien.

Vi vill även tacka Emma, Ewa och Karin för hjälp med korrekturläsning och värdefulla synpunkter. Ett tack vill vi också rikta till varandra för ett roligt, lärorikt och gott samarbete.

Sammanfattning

Syftet med denna studie är att undersöka den sociala omgivningens betydelse för människor som går i psykoterapi. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med sex personer som hade gått i psykoterapi för mindre än ett år sedan. Intervjumaterialet analyserades genom Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) och detta resulterade i fem huvudteman: *Välja ansikte utåt*, *Öppenhetens pris*, *Vara nära och trygg*, *Terapeuten räcker inte till* och *Balansera tacksamhetsskulden*. Resultatet visar att det fanns stora variationer i vilken roll den sociala omgivningen hade haft för deltagarna. Några hade berättat för sin omgivning om terapin, andra hade valt att mer eller mindre hemlighålla terapin för att bevara en självständighet och inte riskera att bli sårad av negativt bemötande. Även om det ibland förekom negativt bemötande, upplevde deltagarna ändå att de generellt möttes av intresse, uppmuntran och värme när de berättade om sin psykoterapi för andra. Resultaten indikerar att det är lättare att vara öppen, visa känslor samt få stöd och bekräftelse i nära och trygga relationer. Studien visar också att individer kan uppleva att deras sociala omgivning utgör en unik och viktig resurs för deras utveckling under tiden för psykoterapi.

Nyckelord: Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), kvalitativ metod, psykoterapi, självexponering, socialt nätverk, socialt stöd

Abstract

The aim of the present study is to deepen the understanding of how people, who undergo psychotherapy, perceive the importance of their social environment. Semi-structured interviews were conducted with six individuals who have undergone psychotherapy within the last year. The transcripts were analyzed with Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), which resulted in five main themes: *Choose face outwardly*, *The price of openness*, *Being safe and close to someone*, *The therapist is not enough* and *Balance indebtedness*. The results show large variation in what role the social environment plays for the participants. While some participants chose to be open about their therapy, others kept their therapy more or less secret. This in order to maintain independence and to avoid the risk of being hurt or of receiving negative responses. Although some participants experienced negative reactions, the participants perceived that they, in general, were met with interest and encouragement when sharing their experiences of psychotherapy with others. The results indicate that it is easier to be open, to show emotion and to receive support in close and safe relationships. The study further shows that individuals can experience their social environment as a unique and important resource for their development during psychotherapy.

Keywords: Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), psychotherapy, self-disclosure, social network, social support, qualitative method

Innehållsförteckning

Inledning	3
Teori	4
Socialt nätverk och socialt stöd	4
Socialt stöd i samband med psykisk ohälsa.....	5
<i>Olika former av socialt stöd</i>	6
<i>Negativa influenser från det sociala nätverket</i>	6
Socialt stöd i samband med psykoterapi.....	8
<i>Socialt stöd och behandlingseffekter</i>	9
Samtal med andra om psykoterapi.....	10
<i>Självexponering</i>	10
<i>Samtal om egen psykoterapi</i>	11
Syfte	12
Metod	12
Interpretative phenomenological analysis	12
Kunskapsteoretisk positionering.....	13
<i>Fenomenologi</i>	13
<i>Hermeneutik</i>	14
Författarnas förståelse	14
Urval och rekrytering.....	15
<i>Inklusionskriterier</i>	15
<i>Kontakt</i>	16
<i>Deltagare</i>	16
Procedur.....	16
<i>Datainsamling</i>	16
<i>Analys</i>	17
Etiska ställningstaganden	19
Trovärdighet och tillförlitlighet	20
Resultat	21
Välja ansikte utåt	22
<i>Viljan att berätta för andra</i>	22
<i>Viljan att hemlighålla för andra</i>	23
Öppenhetens pris	25
<i>Positivt bemötande</i>	25

<i>Negativt bemötande</i>	26
Vara nära och trygg	27
<i>Känna närhet utanför terapin</i>	27
<i>Enbart trygg i terapirummet</i>	29
Terapeuten räcker inte till	30
<i>Bli bekräftad av andra</i>	30
<i>Hjälp att få ut mer av terapin</i>	32
Balansera tacksamhetsskulden	33
<i>Känna sig otillräcklig</i>	33
<i>Stötta andra</i>	34
Diskussion	35
Resultatdiskussion	35
<i>Lyhördhet inför individens behov</i>	35
<i>Verkliga möten och relationer</i>	37
<i>Gemenskap och delade erfarenheter</i>	38
Metoddiskussion	39
<i>Urval och deltagare</i>	39
<i>Begränsningar med IPA</i>	40
<i>Datainsamling</i>	40
<i>Analys och resultat</i>	41
Nytta och praktiska implikationer	42
Förslag till framtida forskning	43
Referenser	44
Bilaga 1	
Bilaga 2	

Inledning

Människor är beroende av sin sociala omgivning och påverkas ständigt av andra människor. Att få stöd från sitt sociala nätverk har visat sig ha positiva effekter för både fysisk och psykisk hälsa samt för livskvalitet och livslängd (Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010; Wang, Wu & Liu, 2003). I synnerhet under påfrestande perioder i livet är det viktigt att få stöd från andra. Exempelvis finns det sedan länge belägg för att socialt stöd kan mildra effekterna av påfrestande livshändelser (Gourash, 1978) och bidra till symtomreduktion vid psykisk ohälsa (Lin, Ensel, Simeone & Kuo, 1979). Dessutom kan socialt stöd påverka utfallet av psykoterapi (Asay & Lambert, 1999), vilket innebär att det sociala stödet kan vara viktigt att beakta för att bättre förstå vad som kan bidra till framgångsrika psykoterapeutiska behandlingar. Psykoterapi är generellt en effektiv behandling vid olika typer av psykisk ohälsa, men det finns personer som inte upplever någon effekt av sin psykoterapi (Wampold, 2001), och vi vet inte alltid orsaken till detta. Befintlig forskning pekar på att socialt stöd kan ha positiva effekter för människor som går i psykoterapi, men än så länge är resultaten alltför begränsade, komplexa, motstridiga och svårtolkade för att några säkra slutsatser ska kunna dras (Leibert, Smith & Agaskar, 2011; Roehle & Strouse, 2008).

Än mer begränsad är forskningen kring hur människor samtalar om sin terapi och på olika sätt involverar andra i det egna utvecklingsarbetet. Kunskaperna är också knappa inom områden som rör under vilka omständigheter som socialt stöd är gynnsamt och i vilka sammanhang som omgivningen kan ha en negativ påverkan på individen som får psykoterapeutisk behandling. Det finns således ett behov av ökad förståelse av hur omgivningen påverkar individer som går i psykoterapi. Eftersom individens subjektiva upplevelse av socialt stöd är avgörande för stödets hälsofrämjande effekter (Uchino, 2009), finns det anledning att bedriva kvalitativ forskning som kan fånga detaljer i individers upplevelser. Mot denna bakgrund vill vi med denna studie fördjupa förståelsen av den sociala omgivningens betydelse för människor som får psykoterapeutisk behandling. I studien undersöks hur sex personer som nyligen har gått i psykoterapi upplever betydelsen av sin sociala omgivning under tiden för terapin.

Teori

I detta avsnitt redogörs det inledningsvis för hur socialt nätverk och socialt stöd kan definieras. Därefter presenteras forskning som belyser vilken funktion det sociala nätverket och sociala stödet har för individer, både generellt och mer specifikt under psykiskt påfrestande perioder i livet. Särskilt fokus kommer avslutningsvis att läggas på den sociala omgivningens betydelse för människor som går i psykoterapi.

Socialt nätverk och socialt stöd

Socialt nätverk och socialt stöd kan ses som två olika begrepp som är komplext sammanvävda. En individs sociala nätverk är den struktur som utgörs av en individs relationer till andra samt de andras relationer till varandra (Gottlieb & Bergen, 2010). Inom denna sociala struktur kan socialt stöd förekomma. Exakt hur det sociala stödet definieras varierar emellertid i forskningen, vilket delvis beror på att begreppet har studerats inom en rad olika vetenskapliga fält som psykologi, medicin, kommunikationsvetenskap och sociologi (Gleason & Iida, 2015). Stödet förstås som en form av *transaktioner* mellan nätverkets medlemmar (Kahn & Antonucci, 1980). Det sociala stödet kan även definieras som det stöd som är *tillgängligt* för individen via sociala band till andra individer, grupper och större gemenskaper (Lin et al., 1979). Ett annat mer specifikt sätt att definiera socialt stöd är utifrån *behovs-tillfredsställelse*, där stödet likställs med de möjligheter en individ har att få sitt behov av tillgivenhet och tillhörighet tillgodosett (Kaplan, Cassel & Gore, 1977).

Med tanke på att socialt stöd har studerats inom en mängd discipliner utifrån olika perspektiv och definitioner, faller det sig naturligt att det också finns olika metoder för att studera fenomenet. Sedan en tid tillbaka görs en distinktion mellan objektivt och subjektivt socialt stöd. Objektiva mått på socialt stöd kan inkludera kvantifierbara variabler så som antalet stödpersoner och mängden stöttande samtal som en individ har. Subjektiva mått utgår istället från individens *upplevelse* av hur mycket stöd som omgivningen ger och vilket stöd som finns tillgängligt (Barrera, 1986). Det upplevda stödet har visat sig generera större positiva fysiska och psykiska hälsoeffekter i jämförelse med de stödjande handlingar som objektivt har ägt rum (Prati & Pietrantonio, 2010; Uchino, 2009).

Tidigare betraktades begreppet socialt stöd som något som enbart kunde förstås genom studier av individens miljö. Under mitten av 1980-talet började dock forskare intressera sig för hur individuella faktorer påverkar upplevelsorna av socialt stöd. Personfaktorer som påverkar hur socialt stöd uppkommer och vilka effekter det får är bland annat personlighet, anknytningsstil, mönster av coping-strategier och relationella scheman (Dehle & Landers,

2005; Mallinckrodt & Wei, 2005; Moos, Brennan, Fondacaro & Moos, 1990; Pierce, Baldwin & Lydon, 1997). Exempelvis har människors upplevelser av god tillgång till socialt stöd kopplats samman med hög grad av extraversion (Krause, Liang & Keith, 1990; Nakano, 1992), låg generell ångestbenägenhet (trait-anxiety) (Hyde, Gorka, Manuck & Hariri, 2011) och låg grad av neuroticism (Dehle & Landers, 2005). Egenskaper som är specifika för individen behöver alltså beaktas när man vill förstå hur individen upplever och drar nytta av socialt stöd. Detta perspektiv, som belyser individuella och konstitutionella förklaringar till stödbeteenden, är dock inte det mest centrala för denna studie varför detta perspektiv inte fördjupas ytterligare. Istället fokuseras nedan funktioner och upplevelser av socialt stöd i relation till psykisk ohälsa och psykoterapi.

Socialt stöd i samband med psykisk ohälsa

Forskning om sociala nätverksstrukturer och socialt stöd utgör ett av de mest betydande samhällsvetenskapliga bidragen till förståelsen av förekomst, upplevelse och förlopp av fysisk och psykisk sjukdom (House, Landis & Umberson, 1988; Pescosolido & Levy, 2002; Smith & Christakis, 2008). Att socialt stöd har salutogena effekter vid såväl psykisk som fysisk sjukdom är väl belagt (Gallant, 2003; Thoits, 2011). För människor som lider av psykisk ohälsa finns ett negativt samband mellan socialt stöd och graden av psykiatriska symtom. Det vill säga, starkare socialt stöd har samband med lägre grad av psykiatriska symtom för personer med psykisk ohälsa (Peltonen, 1996). Svagare socialt stöd, mätt i frekvens och kvalitet, bidrar till ökade psykiatriska symtom (Lin et al., 1979).

Det finns framförallt två modeller som har fått stort genomslag för förståelsen av sambandet mellan socialt stöd och hälsa. *Huvudeffektmodellen* (main-effect model) belyser socialt stöd som hälsofrämjande i sig, medan *buffertmodellen* framhåller att socialt stöd främst eller endast har positiva effekter under påfrestande upplevelser (Cohen & Wills, 1985). Människor går i regel i psykoterapi för att få hjälp med att hantera påfrestande upplevelser och på sikt må bättre. Båda modellerna kan följaktligen stödja argumentet att ett socialt stöd bör vara betydelsefullt för personer som går i psykoterapi. Psykiska påfrestringar, i synnerhet om de är av allvarigare grad, tenderar nämligen att minska individens kapacitet att hantera sin situation på egen hand (Perry & Pescosolido, 2015).

När en person hamnar i en kris behöver det sociala nätverket aktiveras för att vara med och hantera krisen. Individen agerar för att aktivera sitt nätverk, och detta är en process som kan ske mer eller mindre medvetet (Perry & Pescosolido, 2015). Om adekvata delar av det sociala nätverket aktiveras kan individen få tillgång till relevant stöd och information (Lin,

1999). Ofta sker en utvidgning av individens sociala nätverk initialt under perioden av psykisk ohälsa (Perry & Pescosolido, 2012). Det ökade stödbehovet som kommer med den psykiska problematiken, kan betraktas som en orsak till att det sociala nätverket vidgas. Efterhand tenderar dock nätverket runt den som drabbats av psykisk ohälsa att minska och utvecklas till ett mindre och tätare kärnnätverk som över tid ofta förblir relativt intakt (Perry & Pescosolido, 2012).

Olika former av socialt stöd. Det stöd som den sociala omgivningen ger till individen är av olika slag. Socialt stöd delas ofta in i följande kategorier: emotionellt stöd, praktiska tjänster och sällskap (Socialstyrelsen, 2002; Wellman & Wortley, 1990). Cohen (1988) inkluderar även en fjärde aspekt av socialt stöd, nämligen att ge information och hjälp att orientera sig i omvärlden för att bemästra problem.

Socialt stöd kan alltså vara av olika slag och fylla olika funktioner. Vad det sociala stödet innehåller och vilken nytta det får för individen beror också på vem individen väljer att vända sig till. Individen får i regel sitt stödbehov tillgodosett av flera personer och olika relationer fyller olika funktioner för individen (Muhlbauer, 2002). En person kan ge effektiv hjälp med ett visst problem men vara mindre behjälplig i ett annat (Sandefur & Laumann, 1998; Socialstyrelsen, 2002). Närstående står ofta för emotionellt stöd och praktisk hjälp. Det emotionella stödet kommer vanligen från både släktingar och vänner, och i högre grad från kvinnor än från män. Vänner tenderar att främst stå för stöd i form av sällskap, medan släktingar i större utsträckning erbjuder olika former av praktiskt stöd (Wellman & Wortley, 1990). I en studie med 1257 unga vuxna kunde man visa att relationer till vänner hade ett starkare samband med psykisk hälsa jämfört med relationer till släktingar (McLaughlin, Horwitz & White, 2002). Sambandet mellan psykisk hälsa och vänskapsrelationer var starkast för personer som inte levde i en parrelation. För de som hade en partner hade relationen till partnern störst betydelse för den psykiska hälsan, vilket är i linje med tidigare forskning (Sochos, 2014).

När människor väljer att prata om sina psykiska problem vänder de sig i första hand till personer som står dem nära och som de träffar frekvent (Perry & Pescosolido, 2015). Personer i omgivningen som har egen erfarenhet av psykisk ohälsa kan ha en särskild roll genom att ge individen hjälpsamma rollmodeller, adekvata coping-strategier och empatiskt bemötande (Thoits, 2011).

Negativa influenser från det sociala nätverket. Det sociala nätverket kan alltså på många sätt vara till hjälp för individen som upplever psykiska påfrestningar. Effekterna som sämre fungerande sociala nätverk kan ha på individens psykiska hälsa, kan dock vara minst

lika kraftfulla som effekterna av välfungerande nätverk (McLaughlin et al., 2002). Det är därför alltid viktigt att beakta den påfrestning som omgivningen utgör om den fungerar hindrande eller skadande för personen med psykisk ohälsa. En handling, även om den görs med intentionen att hjälpa, kan ibland ge oönskade resultat. Försök att stötta kan få en negativ effekt för psykologiskt välbefinnande om de levereras på ett okänsligt, överkontrollerande eller inadekvat sätt (Kappes & Shrout, 2011). Några av de vanligaste sätten att försöka stötta en närstående som drabbas av psykisk ohälsa är att ge konkreta råd, att visa sin igenkänning av känslorna och att försöka inge optimism. Dessa beteenden är i många fall relativt ineffektiva i att generera positiva förändringar för personer med psykisk ohälsa (Lehman, Ellard & Wortman, 1986).

En i grunden stöttande relation kan också innefatta konflikter. För människor med psykisk ohälsa är det exempelvis inte ovanligt att det uppstår meningsskiljaktigheter med anhöriga gällande behandling och medicinering (Socialstyrelsen, 2002). I relationer som är konfliktfyllda och problematiska minskar också benägenheten att söka stöd (Perry & Pescosolido, 2015).

Även det stöd som är till hjälp för individen kan ha vissa negativa bieffekter. Normer kring ömsesidighet i sociala relationer kan göra det svårt att vara den part som tar emot stöd. Individen som tar emot stöd kan känna ett krav om att återbörda tjänsten. Dessa normer kan i synnerhet utgöra en påfrestning för personer som har ett långvarigt stödbehov (Fehr, Fischbacher & Gächter, 2002). Vänskapsrelationer präglas i större utsträckning av förväntningar på ömsesidighet, jämfört med släktrrelationer som har en högre acceptans för att tjänster och gentjänster inte behöver jämna ut sig (Wellman, 1990). Upplevelsen av att stödet skapar en skuld kan generera negativa känslor av beroende och otillräcklighet, vilket kan försämra relationen till den andra (Bolger, Zuckerman & Kessler, 2000; Rafaeli & Gleason, 2009).

Individens psykiska lidande kan i många fall utgöra ett incitament till att söka socialt stöd, men skam över problematiken och rädsla för att vara till besvär kan också göra individen mindre benägen att söka stöd från andra människor. Det är inte ovanligt att det upplevs som särskilt svårt att be om stöd och hjälp när man mår psykiskt dåligt (Socialstyrelsen, 2002). Samhällets normer och värderingar kring psykisk ohälsa och psykoterapi spelar roll för omgivningens bemötande. Människor som drabbas av psykisk ohälsa löper en risk att mötas av stigmatisering, avvisande och diskriminering om de berättar om sina problem (Chaudoir & Fischer, 2010; Link, Mirotznik & Cullen, 1991; Wahl, 2000; Wahl, 2012). Ett negativt bemötande kan på sikt leda till att individen blir mindre självständig, får lägre självkänsla,

upplever skam, blir mer isolerad och rädd för att söka stöd. Därmed försvåras också återhämtningsprocessen (Link et al., 1991; Wahl, 2012).

Människor som lider av psykisk ohälsa har ofta en förhöjd receptivitet för omgivningens uppfattningar och en medvetenhet om risken för negativa reaktioner. För att undvika stigmatisering kan individen välja att hemlighålla sitt hälsotillstånd, isolera sig eller informera sin omgivning om innebörden av den egna psykiska problematiken för att nyansera bilden av psykisk ohälsa (Link et al., 1991).

Socialt stöd i samband med psykoterapi

Det sociala nätverket kan ha en betydelsefull roll i att stötta individen i att söka terapi men även ge stöd och vara uppmuntrande under terapins gång. Personer som ska påbörja en psykoterapeutisk behandling upplever framförallt att de får stöd från nära vänner och partner, både generellt och i relation till att börja gå i terapi (Bankoff, 1996). Det finns indikationer på att effekterna av socialt stöd i flera avseenden liknar de som uppnås i psykoterapeutisk behandling (Barker & Pistrang, 2002; Winefield, 1987). Både socialt stöd och psykoterapi bygger på etablerandet av en hjälprelation. Såväl socialt stöd som psykoterapi kan generera förståelse för problematiken och främja förändring (Barker & Pistrang, 2002). Ytterligare några faktorer som kan finnas i socialt stöd och som även utgör grundläggande psykoterapeutiska element är empati, värme, genuinitet och anknytningsarbete (Mallinckroth, 2000).

Det finns alltså flera likheter mellan socialt stöd och psykoterapi, där det sociala nätverkets uppbyggnad och sätt att stötta individen har betydelse för individens möjligheter att utvecklas med hjälp av terapin (Bankoff & Howard, 1992). För att förstå betydelsen av det sociala nätverket för människor som går i psykoterapi krävs en förståelse av nätverkets struktur och funktion. Strukturen i nätverket kännetecknas i vissa fall av starka kopplingar mellan nätverkets medlemmar, medan andra nätverk karaktäriseras av lösare kopplingar mellan medlemmarna (Burt, 1992). Starka kopplingar innebär att nätverksmedlemmarna känner varandra väl och har relativt frekvent kontakt med varandra. Det har visat sig att styrkan i kopplingarna i nätverket kan påverka inställningen till psykoterapi inom nätverket (Bankoff, 1994). I nätverk med lösare kopplingar finns det generellt sett en större öppenhet och en mer positiv inställning till att någon person i nätverket beslutar sig för att gå i psykoterapi. En anledning till detta kan vara att nätverket med lösare kopplingar inte är beroende av en hög grad av konformitet för sin överlevnad. Dessutom kan det i nätverk med lösare kopplingar finnas en större acceptans för de förändringar som individen önskar

åstadkomma med hjälp av psykoterapi (Hirsch, 1979). Det verkar som att det sociala nätverket i regel utgör ett stöd för och har en positiv påverkan på individer som går i psykoterapi. Personer som befinner sig i början av en behandling för psykisk ohälsa rapporterar större och mer funktionella sociala nätverk jämfört med personer i allmänbefolkningen (Perry & Pescosolido, 2012). Människor som går i terapi beskriver också generellt sett sitt sociala nätverk som stöttande snarare än kritiskt (McLaughlin et al., 2002). Det centrala meddelandet som kommuniceras i stöttande interpersonella interaktioner är att individen är älskad, värdesatt och ovillkorligt accepterad, vilket kan vara extra viktigt under en påfrestande period i livet (Pierce et al., 1997; Socialstyrelsen, 2002). Det privata sociala nätverket har ett särskilt värde i och med att det ofta upplevs kunna ge ett mer villkorslöst stöd jämfört med vad som är möjligt i den terapeutiska relationen som kännetecknas av striktare ramar och förutsättningar (Dunér, Nordström & Skärsäter, 2012).

Socialt stöd och behandlingseffekter. Det finns alltid en social kontext som har betydelse för individens hälsa och mottaglighet för behandling (Muhlbauer, 2002; Socialstyrelsen, 2002). Sociala nätverk som är införstådda med och positiva till behandlingsmålen, ökar sannolikheten för att den psykoterapeutiska behandlingen ska bli framgångsrik (Pinsof, Zinbarg & Knobloch-Fedders, 2008). Inom forskning om psykoterapi har stort intresse riktats mot de faktorer som kan kopplas till utfallet av psykoterapi och som är gemensamma för olika terapimetoder (så kallade *common factors*). Det har visat sig att några av dessa faktorer som är gemensamma för olika metoder har en starkare koppling till behandlingseffektiviteten jämfört med metodspecifika teorier och tekniker (Drisko, 2013). Asay och Lambert (1999) delar in dessa gemensamma faktorer i fyra övergripande kategorier: 1) klientfaktorer och extraterapeutisk förändring, 2) allians, 3) förväntningar och placebo samt 4) metodspecifika faktorer. En betydande komponent i kategorin extraterapeutisk förändring är det sociala stöd som finns tillgängligt för klienten. Genom att sammanställa resultat från olika metastudier fann Norcross och Lambert (2011) att extraterapeutisk förändring stod för 40 % av den totala förklarade variansen för terapins utfall. Bankoff och Howard (1992) menar att man i psykoterapeutiskt arbete måste ta hänsyn både till klienter och till deras sociala nätverk för att kunna åstadkomma en effektiv behandling.

Vilken betydelse socialt stöd från den sociala omgivningen har för utfallet i psykoterapi, har undersökts både i kvantitativa och kvalitativa studier. I en metaanalys av Roehrle och Strouse (2008) konstaterades ett samband mellan hög grad av socialt stöd och god behandlingseffekt för psykoterapi. Sambandet är dock komplext. Leibert et al. (2011) har undersökt relationen mellan behandlingseffekt och socialt stöd i en studie som inkluderade

135 terapiklienter. Klienterna som upplevde sig få mycket stöd från omgivningen hade färre symtom innan terapin initierades, men fick inte lika stor effekt av terapin jämfört med de som rapporterade ett lägre socialt stöd. Studien kunde även visa att klienter med låg grad av socialt stöd privat, hade ett större behov av en god arbetsallians med terapeuten än de med hög grad av socialt stöd privat. Personer som däremot hade starkt socialt stöd privat var inte lika beroende av en god allians med terapeuten för att få ett positivt behandlingsutfall (Leibert et al., 2011). Det sociala stödet kunde alltså kompensera för svagheter i terapin. Det sociala nätverket kan ha effekter på klientens förmåga till att skapa allians med terapeuten och att vara öppen i terapin. Det sociala nätverket kan också bidra till klientens förmåga att åstadkomma förändring utifrån insikter från terapin. Dessa förmågor har i sin tur ett samband med terapins effektivitet (Bankoff, 1996). Flera kvalitativa studier har undersökt upplevelser av vad som har haft betydelse för utfall av psykoterapi. Det som uppfattas som centralt i ett funktionellt stöd är att få hjälp med att blotta och hantera känslor, tankar och problem, att bli validerad och att få stöd som stärker ens självkänsla (Davidson et al., 2001; Kögler, Brandl, Brandstätter, Borasio & Fegg, 2013; Sochos, 2014).

Samtal med andra om psykoterapi

Självexponering. Att samtala med andra om sitt psykiska mående, sin terapi och andra personliga frågor kan ses som en typ av självexponering. Självexponering (self-disclosure) definieras som ett frivilligt verbalt kommunicerande och delgivande av personlig information till en specifik mottagare (Greene, Derlega & Mathews, 2006). Att dela med sig av personlig information är ett naturligt inslag i social interaktion, och det ger individen möjlighet att uttrycka tankar och känslor, utveckla sin självbild och skapa intimitet i relationer (Green, Derlega, Yep & Petronio, 2003; Reis & Patrick, 1996). Hur självexponering utvecklas i en relation har beskrivits i den *sociala penetrationsmodellen* (SPM) (Taylor & Altman, 1987). Enligt SPM berättar en individ allt mer om sig själv i takt med att relationen till den andre fördjupas. Valet att delge personlig information kan både grundas på de direkta fördelar som samtalet kan ge och i en förhoppning om nya och fler tillfredställande interaktionsmöjligheter. Självexponeringen kan resultera i både vinster och förluster för individen. Vinster kan exempelvis vara den bekräftelse och tillfredsställelse som individen får. Förluster kan vara upplevelser av obehag, ångest eller förödmjukelse (Thibaut & Kelly, 1959). Vinsterna fungerar motiverande och vidmakthåller och stärker relationen, medan förlusterna leder till svackor eller upplösning av relationen (Taylor & Altman, 1987). Mellanmänsklig interaktion genererar både positiva och negativa emotioner, och inför valet att berätta om

personlig information gör individen en bedömning av potentiella kostnader och vinster med självexponeringen (Thibaut & Kelley, 1959). Ömsesidighet i självexponeringen är viktig i början av en relation för att bygga tillit. När tillit etablerats är kravet på ömsesidighet inte lika stort, eftersom det då inte är förknippat med lika stora risker att dela personlig information (Taylor & Altman, 1987).

Samtal om egen psykoterapi. Forskning som berör samtal med andra om den egna terapin är mycket begränsad, men ett fåtal studier har genomförts. En studie av Brody och Farber (1989) visade att majoriteten av de som går i terapi berättade för sin partner om praktiska förhållanden som exempelvis när man gick till terapi, vad den kostade samt var terapeutens mottagning låg. Många väljer även att berätta för andra om vad man jobbar med i terapin. En studie av Khurgin-Bott och Farber (2011) visade att människor generellt är villiga att diskutera den egna terapin och dess innehåll med andra. Det finns också ett samband mellan i vilken grad en klient berättar om sin terapi för andra i sin omgivning och hur lätt klienten har att öppna sig för terapeuten. De klienter som i hög grad berättade om sin terapi för sin omgivning var även mer öppna mot terapeuten jämfört med de som inte berättade mycket för sin sociala omgivning (Khurgin-Bott & Farber, 2011). Många upplevde också att den de berättade för gärna lyssnade på dem. I de flesta fall angav personerna att de fick positiva känslor genom att berätta om sin terapi. De upplevde att samtalen gagnade dem själva, psykoterapin och relationen till samtalspartnern. Att involvera sin omgivning i den egna terapin genom att berätta om den, kan även ha en positiv inverkan på terapiförloppet. Klienten kan genom samtal utveckla nya perspektiv tillsammans med andra, vilket kan berika terapin. Personer i omgivningen kan också ha en betydelse genom att validera individens terapiarbete. Samtal med andra om psykoterapin kan dessutom göra det lättare för individen att kunna omsätta lärdomar från terapi till förändringar i sitt vardagsliv (Khurgin-Bott & Farber, 2011).

Samtal om den egna psykoterapin kan även medföra negativa upplevelser. När individer öppnar sig och försöker diskutera behandlingsalternativ med närstående, kan de uppleva att de blir avvisade om samtalspartnern uttrycker misstro mot psykoterapeutisk behandling. I förlängningen kan detta leda till att individen blir mindre villig att vara öppen även i behandlingssituationen (Y-Garcia et al., 2012).

Det kan finnas material från psykoterapin som man inte vill berätta om för andra. I en studie av Khurgin-Bott och Farber (2011) uppgav terapiklienter att orsakerna till att de inte berättade om sin terapi för andra framförallt var rädsla att oroa, belasta eller förarga samtalspartnern och att vissa saker kändes för privata eller skamliga att berätta om. Detaljer

som tagits upp i terapin och som handlade om samtalspartnern valde man ofta att hemlighålla för personen i fråga. De delar av terapin som upplevs som emotionellt laddade tenderade man också att i hög grad behålla för sig själv. Anledningarna till hemlighållandet uppgavs vara oro inför att bli bemött av ointresse eller dömande och skuldbeläggande kommentarer samt att omgivningen inte skulle förstå individens känslor (Macdonald & Morley, 2001).

Syfte

Det övergripande syftet med denna uppsats är att undersöka den sociala omgivningens betydelse för människor som går i psykoterapi. Baserat på upplevelser hos personer som avslutat sin terapi för högst ett år sedan kommer följande forskningsfrågor att besvaras:

- Vad berättar personerna för andra om sin terapi?
- Vilket bemötande får personerna från sin omgivning när de samtalar om terapin?
- Vilken roll har omgivningen för personernas utveckling under terapin?

Metod

Interpretative Phenomenological Analysis

Den metod som har tillämpats i denna studie är Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), som är en kvalitativ metod med tolkande fenomenologisk ansats. IPA har vuxit snabbt sedan slutet av 1990-talet och är särskilt väl lämpad för att studera ämnen som är utforskade eller har en hög grad av komplexitet (Smith & Osborn, 2003). Metoden har sitt ursprung i psykologin och har använts mycket inom hälsopsykologi, främst i forskning om upplevelser av fysiska sjukdomar och psykiska påfrestningar, av att vårda sjuka och att gå i terapi (Smith, 2011). Smith (1996) var den som först beskrev metoden och han pekade på behovet av en ansats som inbegriper upplevelsemässiga och kvalitativa data och samtidigt har en tydlig förankring i modern psykologi. IPA utvecklades för att undersöka hur individen upplever, beskriver och ger mening åt betydelsefulla livshändelser i en specifik kontext. IPA kan beskrivas som en vidareutvecklad form av tematisk analys (Brocki & Wearden, 2006). Warwick, Joseph, Cordle och Ashworth (2004) har i sin forskning visat att IPA kan generera rikare och mer komplexa forskningsresultat jämfört med tematisk analys och att IPA ger resultat med en större klinisk användbarhet än vad som brukar vara fallet med en vanlig tematisk analys. Med sin idiografiska inriktning gör IPA det möjligt att belysa individuella skillnader och ge fler nyanser än vad nomotetisk forskning (som identifierar generella tendenser i grupper) kan göra. För att samla in data används ofta semistrukturerade

djupintervjuer, i vilka informanterna har möjlighet att i stor utsträckning påverka innehållet (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Metoden vilar på de kunskapsteoretiska inriktningarna fenomenologi och hermeneutik.

Kunskapsteoretisk positionering

Fenomenologi. Fenomenologin är en metod som grundades av filosofen Husserl under 1900-talets början. Centralt för metoden är att studera hur människor subjektivt upplever och förstår sin värld (Willig, 2013). Husserl menar att det mänskliga medvetandet utgörs av *intentionalitet*, det vill säga att medvetandet alltid är riktat mot något annat än sig självt. Exempelvis är en tanke aldrig bara en tom tanke, utan en tanke *på* något (Sander, 1999). Att medvetandet är riktat innebär även att saker och företeelser upplevs *som* något; sakerna har en mening för oss som gör dem till vad de är. Våra upplevelser bygger således i någon mån på hur vi tolkar och konstruerar vår värld. Därför kan olika personer uppleva vad som vid första anblick verkar vara en och samma situation på många olika sätt. Med detta i åtanke blir det inte meningsfullt att försöka förstå världen som något åtskilt från individens upplevelse av den (Willig, 2013). I föreliggande studie var det deltagarnas upplevelser av den sociala omgivningens betydelse under tiden för psykoterapi som studerades. I enlighet med ett fenomenologiskt perspektiv har vi intagit en beskrivande och utforskande hållning till de upplevelser som deltagarna gav uttryck för. Värt att betona är att kvalitativa metodansatser, inom vilka fenomenologin har sin plats, inte syftar till att undersöka orsaker eller effekter (Willig, 2013).

Husserls fenomenologiska metod kan beskrivas som *transcendental*. Det innebär att metoden innefattar en strävan efter att komma åt grunden, *essensen*, i det som gör våra upplevelser till vad de är. För detta ändamål tog han fram en arbetsmetod, *epochén*, som i grova drag går ut på att forskaren försöker bortse från sin förförståelse och vardagliga uppfattning av det fenomen som studeras. Endast på detta sätt, tänkte sig Husserl, att mänskliga upplevelser går att nå exakt som de presenterar sig för oss (Sander, 1999). Fenomenologer som tillämpar IPA tar dock avstånd från detta och menar att det är omöjligt att åsidosätta all förförståelse vid studier av ett fenomen. De vänder sig även mot idén att identifiera essensen hos upplevelser och pekar istället på vikten av att fånga mångsidigheten och variationen hos dessa (Willig, 2013). I denna studie ses en enskild deltagares upplevelse av fenomenet som ett av många potentiella sätt att erfara fenomenet. Det som är av betydelse är att en upplevelse är *möjlig* att ha i detta sammanhang, inte hur vanlig den är.

Hermeneutik. Ur hermeneutisk synvinkel är tolkningen en central del av en kunskapsgenererande praktik. För att nå förståelse krävs det att forskaren gör tolkningar. Det går därmed aldrig att helt bortse från den enskilda forskarens roll i forskningsprocessen (Willig, 2013). Forskarens tanke- och förståelsevärld kommer att påverka resultaten. Eftersom forskning är en tolkande och därmed skapande aktivitet, kommer forskningen att generera en relativ objektivitet, aldrig en absolut. Forskarens förförståelse och tolkande förmåga ses som viktiga tillgångar för att ny kunskap ska kunna genereras (Alvesson & Sköldberg, 2008). En grundläggande beståndsdel i IPA är att forskaren etablerar en växelverkan mellan deltagarnas berättelser och sin egen förförståelse om vad det kan innebära för deltagarna att ha vissa upplevelser i en specifik kontext (Smith et al., 2009). I denna studie har varje enskild deltagares upplevelse betraktas som sann och meningsfull för just den deltagaren. För att göra subjektets upplevelse rättvisa har vi i analysarbetet strävat efter att vara trogna deltagarnas beskrivningar av sina upplevelser. I och med att vi i den föreliggande studien har använt en tolkande fenomenologisk analysmetod betraktar vi vår förförståelse som ett viktigt redskap, genom vilket vi närmat oss meningen och innebörden i deltagarnas upplevelser.

Grundläggande för hermeneutiken är också att meningen i något endast kan förstås om det sätts i samband med en större helhet. Förståelsen genereras då vi växlar mellan att förstå delen i helheten och helheten ur delarna, vilket brukar illustreras med den så kallade *hermeneutiska cirkeln*. På samma sätt förhåller sig förståelse och förförståelse till varandra på ett dialektiskt sätt i en kunskapsutvecklande process (Alvesson & Sköldberg, 2008). I analysarbetet i denna studie har vi strävat efter att nå en djupare förståelse av deltagarnas enskilda utsagor genom att låta dem tolkas med hjälp av det större sammanhang som hela intervjun utgör. Enskilda utsagor har även berikat förståelsen av de enskilda individerna och av gruppen som en helhet.

I IPA används en *dubbel hermeneutik*; forskaren försöker tolka informantens tolkning av en händelse. Analyserna görs på gruppnivå och individnivå, och de görs grundligt och systematiskt för att vi ska få rika resultat. Målsättningen är att blottlägga både unika detaljer i individens upplevelser och likheter mellan olika individers upplevelser (Smith, 2011; Smith et al., 2009).

Författarnas förförståelse

I forskning med en kvalitativ metodansats är det viktigt att vara medveten om hur forskarens förförståelse påverkar studiens process och resultat. Vi som har skrivit denna uppsats har båda ett intresse för psykoterapi och socialpsykologi, vilket ligger till grund för

valet av studiens ämnesområde. Under processens gång har vi tillägnat oss teoretisk kunskap om olika aspekter av socialt nätverk och socialt stöd, både generellt och i relation till ämnesområdet psykoterapi. Vi är medvetna om att den litteratur som vi har tagit del av påverkar vår uppfattning om begreppen *socialt nätverk*, *socialt stöd* och *psykoterapi*. Detta har i sin tur styrt både vilka frågor vi ställt till informanterna och vilken typ av kunskap som kan genereras utifrån studien. I överensstämmelse med Langemar (2008) anser vi dock att en viss förförståelse inte bara är nödvändig, utan att förförståelsen också berikar forskningsresultaten om den är medvetet använd för ändamålet.

Som studenter i slutet av psykologutbildningen har vi tillgodogjort oss både praktisk och teoretisk kunskap om psykoterapi. Inom ramarna för utbildningen har vi även själva gått i psykoterapi. Baserat på egna erfarenheter av att vara i klientrollen och vår teoretiska kunskap i ämnet, ser vi socialt stöd som en betydelsefull faktor under en terapiprocess. Under studiens gång har vi haft en medvetenhet om att den sociala omgivningen kan ha olika betydelse för olika personer. Vi har genomgående strävat efter att ha ett öppet förhållningssätt inför såväl positiva som negativa upplevelser som informanterna har beskrivit.

Urval och rekrytering

Det djup och den detaljrikedom som krävs i en IPA-studie gör att antalet deltagare i regel är litet och urvalet specifikt. Deltagare väljs ut på basis av att de representerar ett visst perspektiv snarare än en population (Smith et al., 2009). Deltagarna i denna studie har alla erfarenhet av att nyligen ha gått i psykoterapi och det är denna erfarenhet som ger dem ett gemensamt perspektiv.

Inklusionskriterier. Ett antal inklusionskriterier formulerades för att personer med relevant erfarenhet skulle kunna kontaktas och erbjudas att delta i studien. För att minnesbilder från tiden i terapin skulle vara tydliga kunde intervjuerna inte äga runt allt för långt efter terapin. Eftersom förmågan att minnas händelser och upplevelser försvagas med tiden (Schmolck, Buffalo & Squire, 2000) var det alltså viktigt att tiden mellan psykoterapin och intervjutillfället var så begränsad som möjligt. Därför beslutades det att terapin skulle ha avslutats för maximalt ett år sedan. För att ha möjlighet att rekrytera tillräckligt många deltagare kunde tiden från terapins avslut inte heller vara för kort, och ett år efter avslutad terapi bedömdes vara en acceptabel tidsperiod även ur denna aspekt. Att terapin dock var avslutad var viktigt av etiska skäl. Det ansågs viktigt att inte utsätta personer som är inne i en terapiprocess för en intervju som kan väcka svåra känslor och eventuellt påverka deras psykiska hälsa negativt. Att terapin var avslutad ansågs också viktigt för att ge informanten

möjlighet att se tillbaka på och reflektera kring terapin i sin helhet. Ytterligare ett kriterium var att terapin skulle ha bestått av minst tio samtal. En terapi av denna omfattning bedömdes vara tillräcklig för att ge deltagaren möjlighet att bedöma och reflektera över omgivningens betydelse under tiden för terapin. Även kortare terapier kan förvisso ge utrymme för klienten att på något sätt involvera sitt sociala nätverk i terapin, men en längre terapi bedömdes vara nödvändig för studiens syfte. Slutligen krävdes att deltagarna hade möjlighet att bli intervjuade i Skåne. Eftersom vi i egenskap av psykologstudenter vid Lunds universitet bedriver psykoterapi vid psykoterapimottagningen, uteslöts klienter som vi själva hade jobbat med. Klienter som vi fått information om i de handledningsgrupper vi ingår i på psykologprogrammet uteslöts också.

Kontakt. Deltagare rekryterades via psykoterapimottagningen vid Lunds universitet. Mottagningsansvarig och utbildningsadministratör skickade ut brev till personer som tidigare gått i terapi på mottagningen och uppfyllde studiens inklusionskriterier. I brevet fanns information om studiens syfte, villkor för deltagande och sekretess (se bilaga 1). Personerna ombads kontakta mottagningen om de önskade delta i studien. Kontaktuppgifterna till de personer som anmälde intresse att delta i studien förmedlades av utbildningsadministratören till oss. Rekryteringen av deltagare till studien skedde i tre omgångar. I den första omgången skickades tio brev, i den andra omgången skickades fem brev och i den sista fyra brev.

Deltagare. Totalt anmälde sex personer sitt intresse av att delta i studien, varav fyra från den första rekryteringsomgången och två från den andra. Av de sex deltagarna var fem kvinnor och en man. Deltagarnas ålder varierade mellan 25 och 60 år, och merparten av deltagarna var runt 35 år gamla. Fyra personer hade gått i kognitiv beteendeterapi och två i psykodynamisk terapi. I enlighet med inklusionskriterierna gick ingen av deltagarna i någon form av psykoterapi vid intervjutillfället.

Procedur

Datinsamling. För att samla in data genomfördes semistrukturerade djupintervjuer. En intervjuguide utformades och omarbetades i flera omgångar. Målsättningen var att hitta frågor som kunde aktivera minnen från tiden i terapin och ge så goda förutsättningar som möjligt för intervjupersonen att detaljerat kunna berätta om sina upplevelser, i enlighet med vad som eftersträvas i en IPA-studie (Smith et al., 2009). Under utarbetandet av intervjuguiden identifierades ett behov av att ha frågor som både passade de som i stor utsträckning hade berättat om sin terapi för andra och för de som valt att hemlighålla terapin i större utsträckning. Därför utformades två versioner av intervjuguiden (se bilaga 2).

Intervjuguiden testades i en pilotintervju. På grund av tidsbegränsningar rekryterades inte intervjuperson som deltog i pilotintervjun från Lunds universitets psykoterapimottagning utan via sociala medier (Facebook). Rekryteringen gjordes med hjälp av ett informationsblad som beskrev studiens syfte, villkor för deltagande och försäkran om sekretess. Efter genomförd pilotintervju utvärderades frågorna i intervjuguiden och eftersom dessa bedömdes väl lämpade utifrån studiens syfte behölls intervjuguiden i sin befintliga form.

Huvudfrågorna, som ställdes till samtliga intervjupersoner, var breda och öppet formulerade för att passa alla personer och potentiella upplevelser. Intervjuguiden bestod av åtta övergripande frågor. Under intervjuerna formulerade intervjuledarna även följdfrågor för att få rika beskrivningar av tankar, känslor och reflektioner kring individens upplevelser.

Intervjuerna genomfördes under oktober 2015 i lokaler på Lunds universitets psykoterapimottagning, hemma hos oss intervjuledare och hemma hos informanter. Valet av lokal baserades på vad som passade varje deltagare. Vi genomförde tre intervjuer var. Den första versionen av intervjuguiden, som var anpassade efter personer som i hög grad hade berättat om sin terapi för andra, kom att användas i fem av intervjuerna och den andra versionen användes i en intervju. Längden på intervjuerna varierade mellan 45 och 80 minuter. Ljudupptagning gjordes av intervjuerna. Eftersom intervjuledaren redan under intervjun börjar tolka och förstå informantens upplevelser (Smith et al., 2009) kan det vara en fördel om intervjuledaren även är den som transkriberar intervjun. Intervjuerna transkriberades därför av respektive intervjuledare. Transkriberingen gjordes ordagrant, och skratt och längre pauser noterades.

Analys. Analysen av intervjuerna grundade sig i hur Smith et al. (2009) har formulerat IPA-analysen, och med den flexibilitet i metodanvändandet som dessa forskare också förordar. Varje intervju analyserades initialt av den som ledde och transkriberade intervjun. Genom hela analysen strävade vi efter att se och sätta oss in i varje deltagares subjektiva perspektiv. Efter att ha analyserat intervjuerna individuellt övergick vi till att tillsammans göra djupare analyser av skillnader och likheter mellan deltagarnas upplevelser.

Analysarbetet som genomförs i en IPA-studie kan delas in i sex steg (Smith et al., 2009), vilka också efterföljdes i analysen av intervjumaterialet i föreliggande studie. I det *första steget* görs upprepade genomläsningar av transkriptionen. Det inspelade materialet kan även lyssnas igenom. Genom att spendera tid med att sätta sig in i materialet, vill man säkra att informantens perspektiv blir tydligt för forskaren och hamnar i fokus för analysen. I ett *andra steg* görs initiala noteringar i transkriptionen. I detta arbete närmar sig forskaren materialet ytterligare och börjar identifiera hur informanten pratar om och förstår

samtalstemat. Noteringarna berör semantiskt innehåll, språkbruk, kontextualisering, rudimentär tematisering samt forskarens tolkningar av informantens utsagor. Dessa noteringar som belyser olika aspekter av materialet betraktas som berikande i arbetet med att nå en djupare förståelse och tolkning av utsagan och informantens upplevelse. De rudimentära eller framväxande teman som genereras här ligger till grund för tematiseringen som sker i nästa steg. Här följer ett exempel på hur noteringar i detta analyssteg såg ut i föreliggande studie:

Utdrag ur intervjutranskript: ”Jag söker alltid stöd i min partner, alltid (skratt). Ja, berättar väldigt väldigt mycket för honom, om mina tankar och känslor och så. Men jag är ju inte en särskilt social typ utan ganska solitär (...) Söka stöd så där till höger och vänster det gör jag inte, utan då har jag bara behov av att... mussla (skratt).”

Noteringar av semantiskt innehåll: Söker alltid stöd i partner, berättar mycket, känslor, tankar, inte socialt, solitär, söker inte stöd av alla, behov av att inte berätta.

Noteringar av språkbruk: Upprepar orden ”alltid” och ”väldigt” för att betona betydelsen av partnern som stödperson.

Kontextualisering och tolkning: En person blir viktigare om man annars är solitär.

Rudimentärt tema: Stor öppenhet för en person

I det *tredje steget* görs en tematisering. Det innebär att man använder kopplingar, relationer och mönster mellan olika noteringar för att abstrahera fram teman. Rudimentära teman från olika delar av materialet från en informant analyseras så att mer övergripande teman kan genereras. Detta arbete gjorde vi huvudsakligen individuellt men båda två läste och kommenterade den andres noteringar och tematiseringar för att berika, granska och validera analyserna ytterligare. I denna studie såg detta exempelvis ut så här:

Rudimentärt tema: Stor öppenhet för en person

Rudimentärt tema: Villkorslös kärlek från partner

Rudimentärt tema: Partner som ser ens behov och tillgodoser dem

Tema: Huvudstöd i partner

I analysens *fjärde steg* undersöks kopplingar mellan olika teman. Forskaren organiserar teman genom att analysera hur de relaterar till varandra. I denna process genereras överordnade teman, polariseringar mellan teman, kontextualiseringar av teman och det görs en analys över temans funktion och frekvens i texten. Det *femte steget* innebär att analysen upprepas för resten av transkriptionerna. Varje fall analyseras individuellt så att idiografiskt unika kvaliteter uppmärksammas. Forskaren strävar efter att analysen inte ska påverkas av de analyser som har gjorts tidigare. I det *sjätte steget* undersöks mönster över samtliga fall. Relationer mellan och styrkor i olika teman analyseras. Detta kan leda till att teman revideras eller ometiketteras. Avslutningsvis formuleras huvudteman och underteman som belyser både grupp och individ. Detta såg i denna studie exempelvis ut såhär:

Huvudtema: Vara nära och trygg

Undertema: Närhet till någon utanför terapin

Undertema: Trygg i ett slutet terapirum

Etiska ställningstaganden

Etiska ställningstaganden är ständigt närvarande genom hela den kvalitativa forskningsprocessen från det att syftet formuleras till att resultaten presenteras. Några centrala etiska principer för kvalitativ forskning rör informerat samtycke, undvikande av vilseledning, rätten att avbryta deltagande, debriefing samt konfidentialitet (Willig, 2013). Barbour (2008) lyfter även fram vikten av att reflektera kring hur deltagarna kan påverkas av studien. Under arbetet med studien har vi kontinuerligt fört diskussioner om etiska ställningstaganden. Dessa diskussioner har exempelvis berört hur deltagarna kan påverkas av intervjun och sitt medverkande i studien, hur deltagarnas anonymitet kan skyddas i olika steg av arbetet med studien och hur uppsatstexten kan uppfattas och tolkas av deltagarna. De mest centrala etiska diskussionerna som har förts beskrivs mer ingående nedan.

Vi förde en diskussion om när i tiden, i förhållande till terapin, som intervjuerna skulle genomföras, och beslutade att intervjuer skulle äga rum efter avslutad terapi. Informanten kunde då överblicka sina tidigare erfarenheter, vilket ansågs ge större möjligheter för att fatta ett medvetet beslut om sitt deltagande. Risken för att deltagande i studien skulle vara belastande bedömdes även vara större då individen fortfarande gick i terapi och fick behandling för sin problematik.

I samband med utformandet av en intervjuguide fördes en diskussion kring hur personerna kunde tänkas påverkas av sitt deltagande i studien. Eftersom studien behandlade

människors upplevelser då de gick i psykoterapi fanns en risk att intervjuerna kunde beröra känsliga och personliga teman. Fokus för intervjuerna var dock den sociala omgivningens betydelse för deltagaren och inte vad personen och terapeuten pratade om i själva terapin.

Allt intervjumaterial hanterades konfidentiellt. Det inspelade materialet lagrades på ett usb-minne som förvarades i ett låst skåp på psykologiska institutionen vid Lunds universitet. Endast författarna hade åtkomst till skåpet. Efter att uppsatsen hade godkänts av examinator raderades alla intervjuinspelningar.

Deltagarna avidentifierades i samband med transkriberingen. Det var endast en man bland deltagarna, och för att skydda hans anonymitet omnämndes alla deltagare som kvinnor i presentationen av resultatet. Eftersom samtliga deltagare som levde i en parrelation hade en partner av det motsatta könet, omnämndes partnerna som män i studien. I resultatdelen återfinns kortare avidentifierande citat från informanterna. Vissa personliga uppgifter som framkom i citaten och eventuellt skulle kunna knytas till en enskild person togs bort för att säkra avidentifieringen.

Vidare reflekterade vi över risken att deltagaren skulle uppleva obehag till följd av de samtalsämnena som avhandlades. Vi diskuterade också hur detta skulle kunna undvikas i så stor utsträckning som möjligt. Om informanten vid tiden för intervjun skulle uppvisa tecken på att må psykiskt dåligt fanns en beredskap för att erbjuda hjälp med att kontakta lämplig vårdgivare.

Deltagare rekryterades från psykoterapimottagningen vid Lunds universitet. För att bevara personernas anonymitet hade inledningsvis endast mottagningsansvarig och utbildningsadministratör tillgång till de kontaktades personuppgifter. Först när deltagarna gett ett aktivt samtycke till sitt deltagande fick författarna tillgång till personuppgifterna. Deltagarna informerades om studien via brev som innehöll information om studiens syfte och procedur, frivillighetsprincipen samt rätten att avbryta sitt deltagande när som helst. Samtycke inhämtades även i samband med att deltagarna kontaktades av oss via telefon samt direkt före själva intervjun.

Trovärdighet och tillförlitlighet

Inom forskning med en kvantitativ ansats har man sedan länge använt sig av tydligt utarbetade kriterier för att bedöma forskningens kvalitet. Att granska kvalitativ forskning enbart utifrån dessa kriterier är inte adekvat. Aspekter av kvantitativ forskning, som representativt urval, reliabla mätningar, objektiva resultat samt replikerbarhet, kan förlora sin

användbarhet då den kvalitativa metoden syftar till att generera en annan typ av kunskap (Yardley, 2000).

Flera olika riktlinjer har utarbetats för bedömning av kvalitet och validitet i kvalitativ forskning. Smith et al. (2009) förespråkar att IPA-studier bedöms utifrån Yardleys (2000) kvalitetskriterier, som de menar har en mer sofistikerad och pluralistisk hållning än många andra kriterielistor har för kvalitativ forskning. Under arbetet med och utvärderingen av föreliggande studie har hänsyn tagits till Yardleys (2000) kriterier som beskrivs mer ingående nedan.

Yardley (2000) menar att kvalitativ forskning måste legitimeras av kriterier som är meningsfulla för de som forskningen ämnar gagna, om det så är vårdpersonal, patienter eller någon annan. Hon presenterar fyra principer för kvalitetsutvärdering av kvalitativ forskning. Den första är *sensitivitet gentemot kontext* och handlar om att ha en medvetenhet gällande val av teorier, litteratur, kunskapsteoretisk grund, studiens sociokulturella kontext samt relationen mellan forskare och informant. Den andra principen berör *engagemang och stringens*. Forskaren bör vara insatt i forskningsämnet och ha god kompetens i användningen av den valda metoden. Det ska även finnas stringens gällande datainsamling, analys och resultat i den metodologi som använts. Det är även viktigt att datamaterialet är tillräckligt omfattande för att en adekvat analys ska kunna genomföras. *Transparens och koherens* utgör den tredje principen. Sammantaget omfattar principen tydlighet och övertygelse i studiens innehåll. Koherens berör i vilken utsträckning studiens övergripande struktur är sammanhållen från syfte till slutdiskussion. Ett givet syfte medför vissa begränsningar i utformning av resterande delar av studien och vilka slutsatser som är möjliga att komma fram till. *Transparens* handlar om hur väl forskaren lyckas beskriva de relevanta aspekterna av en kvalitativ forskningsprocess, såsom hur exempelvis urval och tematisering har gjorts. Den fjärde principen, *påverkan och betydelse*, handlar om vilken typ av påverkan forskningen har på ett teoretiskt, praktiskt och sociokulturellt plan.

Resultat

Resultatet presenteras genom de fem huvudteman som genererades i analysen: *Välja ansikte utåt*, *Öppenhetens pris*, *Vara nära och trygg*, *Terapeuten räcker inte till* och *Balansera tacksamhetsskulden*. Varje huvudtema har två underteman. Temana presenteras i tabell 1 nedan.

Med hänsyn till deltagarnas anonymitet har de getts följande fingerade namn: Anna, Boel, Clara, Diana, Elsa och Frida. Det har gjorts mindre korrigeringar i citaten för att

underlätta läsningen; upprepningar har exempelvis tagits bort. Inga betydelsebärande ord har raderats.

Tabell 1. *Resultatets huvudteman och underteman*

Huvudtema	Undertema
Välja ansikte utåt	<ul style="list-style-type: none">• Viljan att berätta för andra• Viljan att hemlighålla för andra
Öppenhetens pris	<ul style="list-style-type: none">• Positivt bemötande• Negativt bemötande
Vara nära och trygg	<ul style="list-style-type: none">• Känna närhet utanför terapin• Enbart trygg i terapirummet
Terapeuten räcker inte till	<ul style="list-style-type: none">• Bli bekräftad av andra• Hjälp att få ut mer av terapin
Balansera tacksamhetsskulden	<ul style="list-style-type: none">• Känna sig otillräcklig• Stötta andra

Välja ansikte utåt

Det blev tydligt i intervjuerna att deltagarna valde vilket ansikte de ville ha utåt mot sin omgivning, om de ville berätta om sin terapi för andra eller om de av olika skäl hellre ville hemlighålla den.

Viljan att berätta för andra. Flera av deltagarna beskrev att de redan innan terapins start såg det som en självklarhet att berätta för närstående om sitt beslut att gå i terapi. Boel, Elsa och Frida berättade att de blev rekommenderade av en närstående att börja gå i terapi, vilket gjorde det naturligt att fortsätta att berätta om terapin för dessa personer. Boel valde att informera sina vänner för att få stöd i beslutet att gå i terapi:

Jag har tänkt många gånger att jag skulle vilja göra det men inte riktigt vågat för att jag känt att: ”Det finns väl ingen anledning”. Att det hände så mycket på en gång gjorde att jag tog steget. Så jag har nog tänkt många gånger och har vänner som sagt ”Ja men gå i terapi, det är jättebra, gå och snacka lite om de här grejerna.” (Boel).

Samtliga deltagare lyfte fram att de inte bara hade berättat för andra att de gick i terapi utan även, i varierande utsträckning, delat med sig av sina samtal med terapeuten. Deltagarna tvekade sällan på att de skulle involvera personerna som stod dem närmast. Frida berättade på följande sätt om hur hon pratade med sin partner:

Det var inte svårt [att berätta]. Alltså självklart. Jag tror inte det var något som jag ens tänkt skulle vara hemligt, alltså. Jag har inte så många hemligheter för honom och han vet typ de sämsta sakerna jag gjort. Det finns andra grejer som är svårare att berätta för honom så varför inte berätta för honom vad det är jag pratar med en psykolog om. Det har alltid varit en tydlig ”no brainer” tycker jag. Det har varit helt naturligt för mig att berätta för honom vad jag har pratat med min psykolog om (Frida).

Det fanns en stor variation i hur mycket deltagarna berättade om sin terapi för andra. Samtliga sex deltagare menade dock att de aldrig efteråt hade ångrat sig då de faktiskt hade valt att berätta om terapin för någon annan. De var också tillfreds med mängden och djupet i den information som andra fick ta del av rörande samtalen i terapin. Alla som levde i parrelationer berättade för partnern om sin terapi. Även Anna, som saknade stöd från sin partner, valde att berätta om terapin i en önskan om större närhet i relationen:

Jag tycker att om man är ett par så ska man prata. Jag tycker att han pratar alldeles för lite. Och då ska jag ju inte vara likadan utan då får jag berätta lite vad som har hänt oavsett om det intresserar honom eller inte, tycker jag. Det är inte för att jag trott att han skulle stödja mig eller ens hoppats på det, utan jag har bara berättat liksom vad det [terapin] går ut på (Anna).

Viljan att hemlighålla för andra. Trots att deltagarna många gånger hade varit öppna och delade med sig av de samtal som förts med terapeuten lät de också vissa ämnen få stanna i terapirummet. Boel, Clara och Frida nämnde att när de hade pratat om en specifik person i terapin ville de inte alltid berätta om detta för personen i fråga. De framhöll att de hade undvikit att berätta om saker som potentiellt kunde skada relationen till den som lyssnade. För Boel var det viktigt att inte involvera sin mamma i större utsträckning än hon själv kände sig bekväm med:

Nej, alltså en stor del av den biten som vi kom in på sen har ju med min mamma att göra, om min, vår uppväxt. Och jag vill inte prata med henne om det. För dels så hade vår relation blivit ganska tråkig då, tror jag. Hon hade nog inte kunnat hantera det. Eller hon skulle inte se, hon skulle inte förstå. Så därför har jag helt hållit dem ute. De har vetat om att jag gått dit. De har också frågat: ”Vad gör och pratar ni om och sådär?” Jag bara: ”Det är min sak, jag vill inte prata om det.” Så jag är ändå rätt glad att jag lyssnade på mig själv där, vad jag kände då, att jag inte gjorde det (Boel).

Det framkom även upplevelser av att de mest privata detaljerna i samtalen med terapeuten kändes för skamfulla för att man skulle vilja berätta om dem för någon annan. För Diana var öppenhet om de samtal som förts med terapeuten förknippat med en rädsla för besvikelse över andras oförmåga att förstå och tillgodose hennes behov. Detta gjorde att Diana i stor utsträckning valde att inte låta andra få ta del av samtalen som hon hade haft med terapeuten:

Det värsta som skulle kunna ske är väl att jag gett ut massa värdefull information om mig själv till den grad att jag känner att jag måste få någonting tillbaka. Jag måste få något stöd eller någon tanke kring det och det tror jag inte att jag skulle få så att jag känner mig nöjd. Och det är nog därför jag håller mig borta från det. [...] Och det förstår jag ju kanske inte är det optimala. Man har mycket att vinna på att vända sig till folk och låta folk runt omkring en sluta upp och sådär, men man riskerar samtidigt inget om man inte låter dem höra det så att säga (Diana).

Det kan vara svårt att berätta om terapin och tillåta sig att visa sin sårbarhet inför människor som man känner att man har ett ansvar för. Frida beskrev att hon vid något tillfälle hade funderat på att berätta för sina barn att hon gått i terapi men valde att avstå eftersom hon tänkte att detta var bäst för barnen:

Det är inte meningen att mina barn ska ge mig stöd. Jag ska stödja dem. Om jag pratar med dem om att jag har varit hos en psykolog så ställer man [krav], man går till dem för att få stöd. Då känner jag att jag förlorar lite av den bild som de har av mig, om jag har något kvar av den bilden [att vara] en mamma som de kan komma till med sina problem (Frida).

Öppenhetens pris

När deltagarna berättade om att de gick i terapi och vad de jobbade med i terapin kunde de mötas av olika reaktioner från omgivningen. Framförallt värme och stöd, men även mer kyliga och fördömande attityder fanns i bemötandet från andra. Reaktionerna från omgivningen väckte också olika känslor i deltagarna och påverkade dem på olika sätt.

Positivt bemötande. Samtliga deltagare hade erfarenheter av att få ett positivt bemötande, att de möttes av engagemang och omsorg då de berättade om sin terapi för andra. Clara upplevde att hon möttes av intresse och nyfikenhet då hon berättade om sin terapi och beskrev omgivningens reaktioner med följande ord:

”Ja, jaha. Spännande, hur kommer man i kontakt med dem?” eller ”Vad gör ni där?” eller ”Hur känns det? Tycker du inte att det är jobbigt att sitta där och prata med någon?”. Nej, jag tycker inte att det har varit några konstiga reaktioner utan nyfikenhet i så fall (Clara).

Boel och Frida beskrev att de såg ett särskilt värde i att prata med andra som hade erfarenhet av psykoterapi och en positiv inställning till det. Människor i omgivningen verkade kunna hjälpa till med att normalisera behovet av terapi och minska eventuella upplevelser av stigmatisering av psykisk ohälsa och psykoterapi. Erfarenheten av att få ett gott bemötande kunde också resultera i att det kändes lättare att fortsätta att vara öppen. Det positiva bemötandet som Frida fick då hon berättade om sin terapi gjorde att hon valde att vara öppen inför fler personer:

Min pojkvän tyckte att det var en naturlig grej att man går till psykologen, något som alla borde göra. Och min broder sa att han hade tänkt på att göra det, att han skulle ta emot ett erbjudande som de hade fått på jobbet, alltså en psykolog på jobbet. [...] Det är han [pojkvännen] som hjälpte mig att nämna det för främlingar, mina kollegor som jag inte kände särskilt bra då (Frida).

Boel fick enbart positiva kommentarer och reaktioner när hon berättade om sin terapi. Hon berättade för både vänner och arbetskamrater och upplevde att de stöttade henne:

[Omgivningens bemötande var] bara positivt, bara bra. De lyssnade och kanske då relaterade till egna saker som de varit med om. Och tyckt att det varit bra att jag går

dit, bra att man får hjälp. Att de tyckte att det var strongt att jag gjort det. Att jag gick dit. [...] Jag har ju faktiskt också berättat det för mina arbetskamrater för jag var ju tvungen att vara borta från jobbet ganska mycket. Så de vet ju också att jag gick där. Och de var också väldigt stöttande. Fast då berättade jag inte så mycket om vad som hände, jag kunde säga lite. De kunde fråga: ”Hur var det idag, hur gick det? Var det jobbigt idag?” ”Ja, det var det.”. Men vi pratade inte så mycket om innehållet, det gjorde vi inte. Utan då var det mer bara liksom lite ytligt (Boel).

Negativt bemötande. Det framkom också upplevelser av att valet att berätta om terapin i vissa fall medförde ett bemötande som inte kändes bra. Det tycks som om personerna som de talade med inte alltid delade dessa deltagares syn på vad det kan innebära att gå i terapi. Elsa lyfte fram att hon hade både vänner och en kollega som var oförstående inför hennes behov av att prata med en terapeut. Hon upplevde att deras förvånade reaktioner visade att de inte riktigt förstod hur hon hade det och menade att ”de kanske inte känner mig då”. Anna, å sin sida, brottades snarare med att hennes kollegor hade mer allmänt negativa attityder till psykoterapi. De gav uttryck för att terapi är något konstigt, vilket ökade Annas känsla av distans till kollegorna:

Jag hade en kollega som hade börjat i KBT, jag vet inte veckor eller månader innan jag började. Och så var det någon som kommenterade: ”Jaha, då kommer du väl också snart komma med konstiga grejer som du fått som hemuppgifter”. Så sa jag: ”Vadå?”. ”Ja, han hade fått vissa saker som han skulle öva sig på här”. ”Ja”, sa jag, ”det är möjligt, det kan jag inte svara på (skratt) om jag kommer med konstiga saker.” [...] Jag blev väl inte jätteförvånad. Jag ser inte precis upp till mina arbetskamrater. Jag jobbar där för att jag måste (Anna).

Även Frida hade negativa erfarenheter av att berätta för sina kollegor att hon gick i terapi. Det hade då uppstått en ”pinsam” stämning i rummet när hennes kollegor inte gav henne någon respons. Men hon uttryckte ändå en stark övertygelse om att hon hade handlat rätt och skulle göra samma sak i framtiden:

Även om det inte blev någon succé för mig att säga det, alltså det blev ingen social succé för mig att nämna att jag gått till psykolog: ”Wow”, det var inget sådant. Men

jag kommer säga det igen för att jag upplever mig som lite envis. Och jag tycker inte det borde vara privat eller hemligt det här att man går till en psykolog (Frida).

Det var inte bara vänner och kollegor som kunde ge ett negativt bemötande. Ibland gällde det även den som levde närmast en, vilket Boel hade fått erfara. Då Boels partner inte gav henne det stödet som hon behövde minskade hennes vilja att stötta honom och känslor av besvikelse växte hos båda:

Jag hade ju behövt honom i den situationen och det fick jag ju liksom inte. Han var ju inte alls där. [...] Jag blev så jävla arg, så himla förbannad. Komma här och prata om dina behov och vad du behöver liksom. Jag kände inte alls att han ställde upp. Han trodde nog att han gjorde det och blev väldigt förtvivlad varje gång han insåg att han inte hade gjort det (Boel).

Vara nära och trygg

Även om det hände att närstående inte alltid gav ett tillfredsställande stöd så uttryckte deltagarna att det stöd som ändå betydde mest främst kom från människor som stod dem nära och som kände dem väl. Dessa relationer kännetecknades av känslor av närhet, värme och trygghet. Att berätta för andra människor om personliga och känsliga ämnen som kommit upp i terapisaftalen verkar också ha bidragit till ytterligare närhet i de relationerna. Betydelsen av samtal med andra människor om terapin betonades av flera deltagare men det framkom även upplevelser av att det enbart eller främst var terapeuten som kunde skapa denna känsla av närhet och trygghet.

Känna närhet utanför terapin. Flera deltagare beskrev att det fanns en person som stod dem särskild nära då de gick i terapi, och som gav det viktigaste stödet. Clara och Diana, som beskrev sig själva som relativt självständiga personer, förklarade att det kunde vara ansträngande att vara öppen för fler än en person. För Boels del var det systemen som hade blivit en särskilt viktig person att prata med eftersom de då kunde ”komma fram till saker tillsammans” kring deras gemensamma uppväxt. För Claras del hade det istället blivit hennes partner som hon alltid brukade vända sig till annars:

Det är honom jag har pratat med, jag kan inte erinra mig att jag faktiskt har bollat det här med någon annan. [...] Jag tror inte att jag har haft något behov av att prata med fler om det. Faktiskt inte. [...] Jag söker alltid stöd i min partner, alltid. Jag berättar

väldigt väldigt mycket för honom, om mina tankar och känslor och så. Men jag är ju inte en särskilt social typ utan ganska solitär och känslig för intryck. [...] Så att, nej, söka stöd så där till höger och vänster det gör jag inte, utan då har jag bara behov av att... mussla (Clara).

Det framkom i intervjuerna att deltagarna ofta valde att prata med personer som kände dem väl. Att samtalspartnern förstår en och vet hur man vill bli bemött och stöttad, beskrevs som betydelsefullt för att det skulle kännas bra att berätta om känsliga och personliga saker. Diana ville generellt sett inte prata så mycket om personliga saker och om terapin med andra människor, men valde dock att berätta om en svår upplevelse för en nära vän. Diana litade på att just den här vännen inte skulle pressa henne till att berätta mer än hon själv ville:

Nu känner jag och den här tjejen varandra väldigt väl. Hade det varit någon som kanske är en nära vän, men som jag inte är så pass nära vän med så att säga, så hade jag kunnat få den här besvikelsen över att de inte hanterar det på det sätt som jag vill. Medan nu, när jag känner henne så pass väl, har hon inte tagit upp det en enda gång mer för att hon vet att jag är den som bara sakligt berättar det och sen så lämnar vi det där (Diana).

Behovet av stöd från den primära stödpersonen och det starka bandet som finns till denna tog sig också uttryck i att Boel och Clara ofta kontaktade sin närstående direkt då de kom ut från terapirummet. Boel berättade att hon ringde sin syster och Clara ringde till sin partner:

Det var nog fler gånger än inte att jag ringde henne så fort jag stod på perrongen och skulle åka från terapin och att vi pratade hela min resa hem om vad som hade hänt (Boel).

Efter varje [terapisamtal] så pratade vi. När jag kom ut i bilen kunde jag sätta mig och ringa till honom direkt. Eller att han kom hem till mig rätt efter för att han visste att jag behövde det (Clara).

Även personer utanför familjen kunde ge det mest betydelsefulla stödet. Anna berättade om en person som under lång tid hade stöttat henne när andra i omgivning svek

henne. Hon förklarade att den människan ”nog betytt allra mest” i hennes liv och att hon förmodligen ”inte hade överlevt och orkat leva” utan det stödet.

Enbart trygg i terapirummet. Diana och Elsa uttryckte tydligt att terapeuten var den person som utgjorde det huvudsakliga stödet under terapin. Diana beskrev att det var viktigt att den person hon öppnade upp sig för, kunde ta emot det hon delade med sig av på ett sätt som passade henne. Hon var osäker på om de relationer hon hade utanför terapin var redo för att göra detta på ett tillfredställande sätt, vilket medförde att hon inte sökte stöd i dessa. Terapin blev istället en trygg plats där hon inte behövde oroa sig för att bli besviken över ett uteblivet stöd:

Jag vände mig nog främst till terapeuten för att jag inte är så duktig på att vända mig till människor i min omgivning. Så jag involverade inte så jättemånga alls i att jag gick dit.[...] Och då så kände jag att de relationer jag hade utanför det rummet inte var riktigt redo för de djupa samtalen som jag hade med terapeuten [...] Framförallt så får jag ju all den uppmärksamhet [från terapeuten] som jag behöver om jag ska våga öppna upp mig. Man kommer ju dit och pratar i fyrtiofem minuter om sig själv och det är ju helt fantastiskt att få göra det, det gör man ju inte på något annat ställe. Det gjorde att det var mycket, mycket lättare för mig att bara kunna [berätta], det var en säker plats att våga prata och berätta och fråga liksom. Berätta innersta tankarna och funderingarna utan att behöva hålla inne något (Diana).

En terapi kan ibland vara en relativt självständig process, i vilken närstående inte involveras i någon större utsträckning. Diana gav uttryck för sin preferens att sköta sina problem själv och att terapeuten egentligen var den första personen hon riktigt öppnade upp sig för och delade sina innersta tankar med. Hon såg det som en styrka att inte ta hjälp av andra i svåra stunder eftersom deras tankar kunde göra mer skada än nytta:

Jag tror ju att om jag har något jobbigt som jag tänker på, något som är svårt för mig, om jag skulle prata med folk om det så skulle man få så mycket tips och råd om hur man ska hantera det. Och det är de tipsen och råden som jag tycker är värdelösa och som man bäst får [från sig] själv. Så jag tänker också att det blir mycket mer på mitt sätt om jag håller det för mig själv. Då riskerar man inte att tänka på ett visst sätt för att någon annan får en att tänka så liksom. Jag vet inte om jag kan förklara det på ett

bra sätt men det känns mycket mer äkta och helt, jag känner mig mer hel när jag tar tag i saker själv (Diana).

Behovet av stöd kan variera under olika perioder i livet. För Elsa kunde terapeuten bidra med en förståelse för hennes situation som andra utanför terapin var oförmögna att se. Hon upplevde att terapeuten hade gett henne utrymme att bearbeta något svårt och möjlighet att utvecklas:

Då [efter skilsmässan] hade jag stort behov av att prata med någon men nu tyckte jag att: ”nu pratar jag ju här [på psykoterapimottagningen] så nu behövde jag inte ha mer stöttning av någon.” [...] Och sen när jag var här så blev det ju lite annorlunda för då var det nån helt utomstående då som, ja lyssnade och gav mig lite läxor som jag skulle göra lite granna och så. Och det kändes väl ganska bra, jag känner ändå att jag har kommit en bit vidare efter det (Elsa).

Terapeuten räcker inte till

Terapeuten och terapin beskrevs generellt som värdefull och hjälpsam av deltagarna. Flera deltagare upplevde dock att det även fanns mycket som terapeuten inte kunde ge dem men som de fick från andra människor i sin närhet. I intervjuerna framkom det att den sociala omgivningen kunde spela en central och unik roll för deltagarna och deras utveckling under tiden för psykoterapin.

Bli bekräftad av andra. Att få sina upplevelser av samtal i terapin bekräftade i mötet med andra verkade vara viktigt för flera av deltagarna. Samtal som hade förts i terapin fick en annan betydelse när de återberättades för någon som också kunde bidra med något kvalitativt annorlunda. För Boel gav samtalen med hennes syster om det som sagts i terapin kring uppväxten en bekräftelse på att hennes upplevelser från denna tid speglade verkliga händelser:

Jag tyckte att de kändes jättefint och jätteskönt att få den bekräftelsen i att jag har upplevt detta [uppväxten] på rätt sätt. Eller inte rätt sätt, det finns väl inga rätt och fel. Men att det jag har upplevt har någon annan också upplevt, så det bekräftade mig lite i de känslorna. Att det är inget som jag har inbillat mig eller nåt annat. [...] Det betydde jättemycket. Såna saker kan man ju prata om med sina kompisar, absolut, men de kan ju inte förstå det på samma sätt som hon som har varit här bredvid mig, och det blev ju otroligt... Jag är jättetacksam för det (Boel).

Clara gav uttryck för att hennes tidigare något prestationsbaserade självbild blev rejält utmanad av partnern genom att hennes inre egenskaper snarare än hennes prestationer och utseende uppmärksammades. Clara upplevde att hon kunde få bekräftelse på ett nytt och mer positivt sätt av en person som betydde mycket för hennes utveckling under tiden för terapin. Partnern tycktes här tillföra något som hade stor inverkan på hur Clara i fortsättningen kom att betrakta sig själv:

Jag är ju liksom uppväxt på prestationsbelöningar. Att ha fått bekräftelse utifrån de sakerna, att ha varit duktig, högpresterande, att vara snygg. Och då att det inte är viktigt längre. För det första så ställer ju det allting på ända: ”Vilken världsuppfattning har jag (skratt)?” Jag vet när jag träffade honom var jag arg för att inte han sa att jag var snygg till exempel (skratt). ”Vad fan är det för fel? Tycker inte du att jag är snygg?” ”Nej, jag tycker att du är en vacker människa, jag tycker att du är attraktiv på många vis, men snygg det är inte viktigt.” [...] Han visade mig sådan oerhörd kärlek och värme på ett annat sätt, så jag hade möjlighet att ta till mig [...] Han bekräftade faktiskt känslan, inte bara orden utan i handling. Men det har tagit skitlång tid (skratt). Att bygga upp det. Men att han har stått där hela tiden. Så kanske en del samtal, men också någonting annat som det inte går att ta på. [...] Det är det finaste någon har gjort för mig (Clara).

Frida och Anna yttrade även en önskan om *ännu* mer bekräftelse och att omgivningen skulle ha intresserat sig i högre grad för den egna terapiprocessen. Frida beskriver att hennes partner och bror intresserat sig för hennes terapi men att de gärna hade fått ställa fler frågor kring vad hon och terapeuten pratat om. Frida tänkte att detta hade kunnat bidra till hennes terapi eftersom det hade ökat hennes motivation:

Alltså, jag pratade med min bror och min pojkvän om det [terapi] men fast de gjorde det med intresse skulle det vara mer stödjande [om de intresserat sig mer]. Så mer intresse, fler frågor från dem om vad det var jag håller på med. [...] Det hade varit ett stöd om vi hade pratat mer om det och de hade visat mer intresse och frågat mer om vad jag hade pratat med min terapeut om. [...] Frågor får mig själv att tänka, så om de hade frågat mer hade det varit mer motiverande för mig (Frida).

Hjälp att få ut mer av terapin. Boel, Clara, Elsa och Frida beskrev att den stöttning som de fick från närstående bidrog till deras utveckling under tiden för terapin. Samtal med närstående kunde till exempel ge möjligheter att få bearbeta det som sagts i terapin ytterligare en gång, och detta kunde ge en djupare och tydligare förståelse för terapiarbetet. Clara uttryckte ett visst missnöje med sin terapeut men upplevde att terapins brister kompensades av att partnern gav henne det som hon saknade, nämligen utmaning och motstånd som kunde få henne att utvecklas:

Jag tror inte att jag hade kommit dit där jag är idag om jag bara hade haft min partner, jag behövde den här psykologstudenten också för att ställa rätt frågor, men kombinationen tror jag. För jag hade inte heller kommit dit bara med honom [terapeuten]. Det hade jag inte. Och att jag hade möjlighet att köra det ett varv till.[...] Ett av mina försvar är att jag intellektualiserar. Så det höll jag ju på med jättemycket (skratt). Och han när han [partnern] stack hål på det, det kändes naket liksom, klädde av mig mina försvar. Ja, obekvämt. Det var nog det. Väldigt väldigt obekvämt att inte ha kvar det. Om jag inte kan gömma mig bakom orden och mina resonemang hur ska jag då..? Men också skönt, när jag väl liksom hade kommit till det. Jag visste hela tiden att det var i välmening (Clara).

När Frida förklarade något begrepp hon tagit med sig från terapin för sin partner upplevde hon att hon fick större förståelse för begreppets innebörd. Det var inte längre bara något som terapeuten sagt utan något verkligt och sant som var användbart för henne:

För mig var det viktigaste [i samtal med partnern om terapin] att jag fick förklara något, för när jag fick det förstod jag det bättre själv: ”Ja, ja, ja”. Jag kände att jag förstod det lite bättre själv när jag fick förklara det för min pojkvän. Det var som att det blev sant (skratt) i mitt huvud. [...] Jag trodde mer på det själv när jag fick förklara det (Frida).

Boel, Elsa och Frida, som gick i KBT (kognitiv beteendeterapi), berättade att de kunde ha svårt att genomföra terapins hemuppgifter på egen hand. De uppgav att de i dessa fall hade sökt stöd från någon utanför terapin. Elsa såg stödet från dottern som ett sätt att få nya perspektiv på hur uppgiften kunde genomföras medan Boel mer efterfrågade sina vänners

uppfattning om hur hon agerade i olika situationer. För Frida kom stödet med hemuppgifterna från partnern att bli mycket betydelsefullt:

Det kändes som att det var vettigt. Han tog det på allvar. Om en psykolog har sagt till en att man ska stå upp, vakna upp en halvtimme innan det man brukar göra för att sitta och meditera, då gör man det. Så att det kändes som: ”ok det här är bra, det här gör man om en psykolog säger det”. Annars hade jag nog varit lite mer care free, lite mer avslappnad med uppgifterna. Och jag var inte bara avslappnad, jag gjorde heller inte [alltid] mina uppgifter. Så han var ett positivt [stöd], alltså han fick det åt rätt håll (Frida).

Balansera tacksamhetsskulden

Under en tid av psykiska påfrestningar och då man går i psykoterapi kan stödbehovet vara extra stort, vilket flera deltagare gav uttryck för. De beskrev också att det inte alltid var lätt att känna sig behovande och att ta emot stödet från omgivningen. Stödet som deltagarna fick från sin omgivning gav dem ibland en känsla av tacksamhetsskuld som de på olika sätt försökte att hantera.

Känna sig otillräcklig. Ofta upplevdes en tacksamhet och olika positivt laddade känslor gentemot de personerna som gav deltagarna stöd. Det faktum att man under en kris hade ett förhöjt behov av stöd, men inte kapacitet att ge lika mycket stöd tillbaka, kunde dock även resultera i en känsla av skuld. För Clara betydde partnerns kärlek mycket men den gav henne också känslor av otillräcklighet:

Det har inte varit helt oproblematiskt att han har funnits där heller, för samtidigt då har det ju också gett mig, inte skuld, men att jag har känt att jag inte kan leva upp riktigt till det här. Han älskar mig så mycket jag kan aldrig matcha det liksom. Jag har brottats mycket med de känslorna (Clara).

Även Frida beskrev en önskan att kunna återgälda stödet som hon fick från sin partner. Men hon kände inte att hon förmådde detta, utan upplevde en obalans mellan det stöd som hon fick och det stöd som hon gav till sin partner. Fast att terapin var avslutad bar Frida fortfarande på en känsla av att vara otillräcklig:

Jag tror inte att jag har lika mycket att ge när han någon gång har problem som han har för mig. Idag var det [en person] som hade kritiserat honom och då kände jag att jag inte kunde stödja honom lika mycket som han stöttar mig (Frida).

Stötta andra. Att ha sammanhang där man träffar andra och samtalar, där alla lyssnar på varandra och både får ge och ta stöd och råd beskrevs av både Anna och Boel som något betydelsefullt. De berättade att de hade grupper av vänner som de träffade regelbundet i vilka de fick både ge och ta emot stöd. Anna beskrev hur hon hade samtal med en grupp vänner och släktingar: ”Vi är väldigt öppna mot varandra. Det blir nästan alltid så att sätter vi oss ner allihop och ventilerar vad som har hänt under veckan. Och alla som vill får komma till tals. Det är riktigt skönt faktiskt.” Boel beskrev att hon och hennes vänner var vana vid att ha samtal där alla kunde berätta om sina problem: ”Vi pratar väldigt mycket. Alla pratar väldigt mycket. Så att det är inte bara jag (skratt). De andra har också sina grejer.” I dessa samtal kunde de stötta varandra genom att delge egna liknande upplevelser, vilket Boel såg som en skillnad jämfört med hur hon talade med sin terapeut:

Pratar man med en vän så pratar man ju ofta som: ”Jag hade de här upplevelserna”
”Och det känner jag igen för jag hade de här upplevelserna.” Pratade man med
terapeuten så blev det så väldigt mycket bara jag, min upplevelse, min känslor, mina
grejer (Boel).

Att få hjälpa kan kännas väl så skönt som att få hjälp själv. Frida beskrev att det kändes viktigt att få ge stöd tillbaka till den personen som utgjorde ett stöd för henne. Frida berättade om terapin för sin bror och uppmuntrade även honom att gå i terapi. Hon tänkte att det skulle vara bra för både för henne och för brodern om han gick i terapi:

Jag tror att det var för att han pratade lite om sina problem och jag tänkte: ”Kanske det jag håller på med kunde vara något för honom.” Och då tänkte jag att om jag också kan få med honom på tåget, då ger det mer värde till mitt eget projekt [...] Men anledningen till att jag berättade det för honom var att han pratade lite om sina egna demoner (Frida).

Diskussion

För att fördjupa förståelsen för studiens resultat kommer det i följande avsnitt att diskuteras och tolkas ytterligare samt relateras till tidigare forskning. En diskussion av metodanvändningen kommer även att presenteras.

Resultatdiskussion

Denna studie har undersökt den sociala omgivningens betydelse för människor som går i psykoterapi. Mer specifikt syftade uppsatsen till att besvara följande forskningsfrågor: Vad berättar personerna för andra om sin terapi? Vilket bemötande får personerna från sin omgivning när de samtalar om terapin? Vilken roll har omgivningen för personernas utveckling under terapin?

Resultaten visar på en stor variation i hur personer samtalar med andra om sin psykoterapi. Samtliga deltagare hade berättat för andra att de gick i terapi. Några deltagare ser ett värde i att låta terapin vara en relativt självständig process och berättar inte för andra om innehållet i terapisamtalen. Andra deltagare är mer öppna med vad de jobbar med i terapin och kan tillsammans med närstående på olika sätt diskutera och jobba vidare med det som terapin berör.

Även om några deltagare beskriver att de möts av negativa och kritiska reaktioner, blir de dock generellt sett positivt bemötta när de berättar om sin psykoterapi. Det som deltagarna tydligast lyfter fram är värdet av de positiva, engagerade, stöttande och utvecklande samtal som de har med närstående. Betydelsefullt stöd beskrivs i upplevelser av att känna sig lyssnad på, förstådd, bekräftad, respekterad, älskad och tröstad, men även varmt ifrågasatt och utmanad.

Den sociala omgivningen påverkar och stöttar deltagarna på flera olika sätt under tiden för psykoterapi. Närstående bistår med emotionellt stöd, praktisk hjälp och stöd i att genomföra hemuppgifter från terapin. Vad som dock främst betonas av deltagarna är samtal om terapin och den egna utvecklingen. I samtal med andra upplever deltagarna att de får möjlighet att uttrycka sina känslor samt utveckla sina tankar och förståelsen för sig själv. Dessa samtal berikar terapiarbetet, i vissa fall till den grad att det upplevs som helt avgörande för den utveckling som åstadkoms under terapin. Nedan följer en fördjupad diskussion av studiens resultat och hur de relaterar till tidigare forskning. Avsnittet är strukturerat i tre diskussionsteman.

Lyhördhet inför individens behov. Något som går att utläsa ur deltagarnas beskrivningar är att socialt stöd i samband med en psykoterapi är en komplex företeelse.

Deltagarna ger uttryck för olika individuella preferenser gällande vilken typ av stöd de vill ha från andra, vem de vill få stöd från samt i vilken utsträckning de vill ta hjälp av sitt sociala nätverk i arbetet med den egna psykoterapin. Att omgivningen är lyhörd inför deltagarnas stödbehov förefaller centralt för att en handling ska upplevas som stödjande.

Resultaten understryker vikten av att försöka förstå socialt stöd i relation till den sociala kontext som individen befinner sig i. Stödbehovet är inte statiskt utan förändras med skiftande förutsättningar i miljön. Hur adekvat det tillgängliga sociala stödet är för individen, är avgörande för individens möjligheter att utvecklas. Deltagarnas utsagor belyser också betydelsen av att omgivningen förmår anpassa stödet till individens behov. Tidigare forskning har visat att förmågan att matcha det stöd som ges med det stöd som efterfrågas i olika situationer, har betydelse för hur stödjande en individ upplever sina nära relationer till andra (Cutrona, Cohen & Igram, 1990).

Hos deltagarna finns en strävan efter att vara öppen med att de gick i psykoterapi. De uttrycker en önskan om att behovet av att gå i psykoterapi inte ska vara förknippat med skam eller tabun. Samtidigt betonar de även betydelsen av att själv få äga innehållet i de samtal som förts med terapeuten. Det måste finnas utrymme för att terapin i varierande grad får vara en självständig process där samtal med terapeuten tillåts stanna i terapirummet. Deltagarna beskriver att de inte berättar om vissa saker från terapin om det riskerar att få negativa konsekvenser. Det kan handla om en besvikelse över uteblivet stöd eller en oro inför att känna skam eller skuld över att belasta samtalspartnern. Detta resultat ligger i linje med forskning av Thibaut och Kelly (1959) som beskriver att ett delande av personlig information bygger på en utvärdering av potentiella förluster i relation till möjliga vinster.

I vilken grad som deltagarna involverar sitt sociala nätverk och vad de berättar i olika relationer varierar i hög grad mellan deltagarna. Vissa menar att de är mest bekväma med att berätta om terapin för sin partner. För andra är vänner och familjemedlemmar de som man helst samtalar om terapin med. De som står personen närmast tycks vara de som får ta del av mest material. Tidigare forskning har visat att de personer som man träffar mest frekvent och har en nära relation till, är de som man vänder sig till vid samtal om känslig information (Perry & Pescosolido, 2015). Oavsett vem de talar med anger deltagarna att de inte berättar om innehåll i terapin som berör samtalspartnern. Deltagarna upplever att det finns risk att relationen skulle ta skada om de berättar om sådant i terapin som handlar om den de pratar med. Detta överensstämmer med de resultat som Khurgin-Bott och Farber (2011) presenterar om att vissa detaljer som tagits upp i terapin och som handlade om samtalspartnern, behöll klienterna för sig själva.

Verkliga möten och relationer. In i terapirummet tar klienten med sig sin livsvärld. De processer som terapin initierar bär klienten sedan också med sig ut i sin vardag. Terapin behöver på något sätt ta plats både i mötet med terapeuten och med andra människor. Att integrera terapin i den egna sociala kontexten behöver inte innebära att det förs explicita samtal om terapin, utan det handlar om att klientens utveckling på olika sätt får utrymme, genklang och konsekvenser i personens liv generellt. Värdet av kombinationen av terapin och den privata sociala omgivningen betonas av deltagarna. Både terapeuten och det sociala nätverket kan ge något som den andra parten inte kan ge. Terapin kan bland annat ge fördjupade samtal i ett odelat fokus på klienten och nya verktyg för problemhantering. Vissa deltagare belyser även att det finns likheter mellan samtal med terapeuten och med närstående. Deltagarna framhåller att personer i den sociala omgivningen kunde spela en särskild roll genom att berika terapin, göra den meningsfull och i vissa fall till och med kompensera för en bristfällig och otillfredsställande terapi. Det som närstående ger beskriver flera deltagare som något unikt och värdefullt. En stark och emotionell upplevelse tillsammans med en annan människa som visar kärlek och omtanke, beskrivs också som något som skiljer sig kvalitativt från vad ett verbalt samtal kan ge. Även tidigare forskning har konstaterat vikten av att klienter kan integrera terapin i sin vardag (Bankoff & Howard, 1992) och hur den informella hjälpen kan likna den formella, exempelvis i förmåga att ge individen empatiskt bemötande, förståelse för sig själv och stöd i att förändras och utvecklas (Barker & Pistrang, 2002; Winefield, 1987).

Att berätta om terapin och våga vara öppen med vad man jobbar med i terapin verkar för deltagaren vara möjligt i relationer som de upplever som trygga. Att samtala om terapin i en trygg relation kan ge starka, emotionella och betydelsefulla upplevelser, enligt deltagarnas utsagor. Tryggheten i relationen gör det möjligt att tillåta sig att uttrycka och uppleva starka känslor. Flera deltagare beskriver att de kan ge plats åt starka och ibland svåra känslor som ilska, sorg, förtvivlan, beroende och djup kärlek tillsammans med den andra. Detta utrymme som skapas tillsammans med den andra ser ut att ha en särskild betydelse. Flera deltagare beskriver hur den andra finns där och tar emot ens genuina känslor och behov då det behövs som mest och hur stor tacksamhet de känner inför detta. Trygghet i relationen som en förutsättning för att kunna berätta om terapin har också betonats i tidigare forskning (Perry & Pescosolido, 2015; Taylor & Altman, 1987).

Att berätta för någon annan om sin terapeutiska process kan bidra till individens utveckling men även ha ett värde för relationen. Att få bli sedd i sin egen utveckling och få hjälp att jobba vidare med den tillsammans med någon närstående, ser ut att vara något

centralt. Flera deltagare beskriver en känsla av att bli verkligare när de öppnade sig för andra i sin närhet. Självexponerande samtal ger individen möjlighet att uttrycka sina känslor, utveckla sin självbild och öka närheten till den andra människan (Green et al., 2003; Reis & Patrick, 1996). I terapin kan arbetet ske mer på en metanivå, och relationen med terapeuten kan beskrivas som mindre verklig än de relationer som finns i klientens liv innan, under och efter terapin. Då individen vågar blotta sig i mötet med en annan människa, som inte är i en professionell roll som terapeuten, kan upplevelsen få en annan tyngd. Det som sker i individens naturliga kontext, och som även blir en oåterkallelig händelse och upplevelse i den andra personen, kan bli verkligt och få konsekvenser på ett lite annat sätt än det kan i terapirummet. Förståelsen för sig själv växer i interaktion med andra människor (Fonagy, 2008).

Gemenskap och delade erfarenheter. Huruvida man delar erfarenheter med samtalspartnern ser också ut att ha betydelse för om individen vill berätta om sin terapi, hur samtalet ser ut och vad samtalet ger i form av upplevt stöd. Deltagarna lyfter fram sådant som att deras samtalspartner också hade gått i terapi, att de också mått dåligt psykiskt och att de hade varit med i betydelsefulla situationer i personens liv. Rädslan för att bli negativt och kritiskt bemött är ofta mindre i mötet med någon som också har erfarenhet av liknande upplevelser. I samtal med andra människor som har varit med om liknande saker kan individen bli empatiskt bemött från någon som känner igen upplevelserna, få kompetenta råd och hjälpsamma rollmodeller (Thoits, 2011).

Delade erfarenheter av psykisk ohälsa möjliggör en särskild slags ömsesidighet och en dynamik i relationen som upplevs som mer jämbördig; båda har känt sig svaga och båda kan ge den andra adekvata råd. Denna ömsesidighet i relationen bidrar till att det är lättare att ta emot stöd, få positiva upplevelser av samtalet och slippa skuldkänslor (Bolger et al., 2000; Rafaeli & Gleason, 2009). Att inte bara dela liknande upplevelser, utan att faktiskt ha varit med i exakt samma situation som samtalspartnern, lyfter deltagarna också fram som något betydelsefullt. Den som har varit med individen under viktiga livshändelser kan bidra med att diskutera vad som skett samt validera, kontrastera och nyansera upplevelserna. Flera deltagare betonar värdet av att tala med människor som har funnits i deras liv under en längre tid och att tala med de som har varit med vid tillfällena som personen upplever som kritiska och viktiga.

Metoddiskussion

I detta avsnitt diskuterar vi vår metodanvändning och redogör för studiens styrkor och svagheter. Diskussionen kopplas till de kvalitetskriterier som har utarbetats för granskning av kvalitativ forskning.

Urval och deltagare. Ett relativt homogent urval är en fördel när man undersöker hur människor upplever ett visst fenomen (Smith et al., 2009). I föreliggande studie var samtliga deltagare tidigare klienter på psykoterapimottagningen vid Lunds universitet och de hade avslutat sin terapi mindre än ett år innan intervjutillfället. Deltagarna rekryterades på basis av det som studien avsåg att studera, nämligen erfarenhet och upplevelser under tiden för deltagande i psykoterapi. En relativt liten andel (6 av 19) av de som fick erbjudande om att delta i studien gav sitt samtycke till medverkan. Av dessa var majoriteten positivt inställda till att berätta för andra om den egna terapin. Det är möjligt att personerna som inte samtyckte till att medverka i studien hade bidragit med andra erfarenheter, vilket kunde ha påverkat resultatet. Det är även tänkbart att de som valde att delta i studien var mer positivt inställda till att få stöd och att prata om sin terapi eftersom de var medvetna om att studien berörde just dessa områden. För att minska risken för ett sådant systematiskt bortfall betonades dock i rekryteringbrevet att deltagarna inte behövde ha involverat sin omgivning i samtal om terapin för att kunna medverka i studien.

Terapeuterna som bedriver behandling på Lunds universitets psykoterapimottagning är psykologkandidater och kan därför inte betraktas som representativa för terapeutkåren generellt (som till stor andel består av legitimerade och mer erfarna yrkespersoner). De psykoterapeutiska metoder som erbjuds på mottagningen (kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk terapi) är dock de vanligaste metoderna inom hälso- och sjukvården. Eftersom behandlingsresultaten på mottagningen också är goda (Löof & Rosendahl, 2010), kan den psykoterapeutiska behandling som deltagarna har fått betraktas som jämförbar med den psykoterapi som bedrivs inom hälso- och sjukvården generellt. Upplevelsen av att gå i terapi på universitetets mottagning förväntades inte skilja sig från upplevelser av annan terapi i den grad att det kan ha någon större betydelse för det som föreliggande studie har undersökt. Det kan dock vara så att den klientel som får terapi på universitetets mottagning och som dessutom valde att delta i vår studie, inte är representativt för terapiklienter i stort. Det kan exempelvis tänkas att dessa klienter mår något bättre än de som får psykoterapi inom psykiatri. Värt att notera är också att de flesta deltagarna var kvinnor bosatta i Sverige. Fler möjliga upplevelser hade eventuellt kunnat belysas med ett annat urval som exempelvis hade inkluderat fler män eller om studien hade genomförts i andra länder.

Begränsningar med IPA. Ambitionen i en IPA-studie är att undersöka upplevelsen i sig. Direkt tillgång till den upplevelse som studeras kan dock forskaren inte få eftersom forskaren är beroende av informantens beskrivning av fenomenet. Det finns en osäkerhet i hur kompetent informanten är i att kunna beskriva sin upplevelse. Språket utgör också en begränsning för hur nära upplevelsen forskaren kan komma. Vissa kvaliteter i en upplevelse kan vara svåra eller till och med omöjliga att klä i ord. Forskaren kan bara komma så nära fenomenet som informanten kan komma med sin beskrivande förmåga (Willig, 2013).

Fenomenologin betonar vikten av att undersöka hur världen uppträder i subjektets omedelbara upplevelse. Upplevelsen är komplex och inkluderar mängder av kvaliteter i sinnesintryck, känslor, tankar och humör. IPA har dock kritiserats för att lägga för stor vikt vid kognitioner. Eftersom människors tankar och reflektioner står i fokus finns det en risk att andra aspekter av upplevelsen negligeras (Willig, 2013). Med dessa begränsningar i åtanke ser vi ändå att IPA är en metod som lämpar sig väl för att uppfylla syftet med vår studie.

Datainsamling. För att samla in datamaterial användes en semistrukturerad intervju. Det är dock möjligt att en ostrukturerad och därmed mindre styrd intervju hade kunnat fånga ännu fler aspekter av fenomenet från intervjupersonerna. Å andra sidan hade en ostrukturerad intervju inneburit större risk att tappa fokus i samtalet, vilket då skulle innebära ett validitetsproblem eftersom IPA syftar till att fånga innebörderna i ett specifikt fenomen.

Intervjupersonerna fick välja plats för intervjun för att underlätta för dem att känna sig bekväma under intervjun. Att genomföra intervjuerna i fysiska miljöer som är kopplade till området som studien undersöker, kan öka studiens ekologiska validitet (Willig, 2013). Flera intervjuer genomfördes på psykoterapimottagningen och i intervjupersonernas hem, miljöer som deltagarna befann sig i under tiden för psykoterapin, vilket kan ha underlättat framplockningen av minnen som var relevanta för studien.

Att vi var två intervjuledare med olika personliga sätt att bemöta intervjupersonen, ställa frågor, förstå och tolka utsagorna både under intervjuerna och i analysarbetet, medför att datamaterialet kan ha influerats på olika sätt av oss som har genomfört studien. Vi diskuterade dock kontinuerligt våra respektive arbetssätt för att skapa en så god enhetlighet som möjligt i arbetet, detta exempelvis genom samtal om hur vi agerade som intervjuledare och hur vi betraktade och tolkade det insamlade datamaterialet. Det kan även ses som en fördel att vi var två personer som på olika sätt kunde bidra till att berika analyserna. När vi förde gemensamma diskussioner möjliggjorde individuella perspektiv och förkunskaper en fördjupning och nyansering av de tolkningar som initialt gjorts av deltagarnas utsagor.

Som snart färdigutbildade psykologer har vi goda kunskaper i samtalsteknik generellt och mer specifikt i de tekniker som kännetecknar terapeutiska samtal, vilket förmodligen har varit en tillgång för oss som intervjuledare i denna studie. Vi upplever att deltagarna var öppna och delade med sig frikostigt av sina upplevelser. Det är möjligt att deltagarna efter att ha fått behandling på psykoterapimottagningen var familjära med att samtala med psykologstudenter och därför hade lättare för att vara öppna. Sekretessen och försäkran om anonymitet i studien har förmodligen också varit av betydelse för deltagarnas öppenhet.

Analys och resultat. Yardley (2000) skriver att det är viktigt att under analysarbetet ta hänsyn till den kontext i vilken intervjumaterialet inhämtades. Att vi genomförde tre intervjuer vardera samt transkriberade och tematiserade våra respektive intervjuer, resulterade i att vi påbörjade analysarbetet med olika förförståelse för det sammanlagda intervju-materialet. Detta kan innebära en begränsning med studien eftersom vi inte haft tillgång till samma kontextspecifika detaljer, som deltagarnas kroppsspråk och den känslomässiga tonen i intervjun, vilket kan ha påverkat vårt sätt att tolka materialet. Under hela analysarbetet har vi återvänt till intervjutranskriptionerna för att ta hänsyn till kontexten, och därigenom bibehålla det arbetssätt där detaljer tolkas och förstås med hjälp av större kontexter och vice versa (Alvesson & Sköldberg, 2008).

För att säkerställa en transparens i våra tolkningar av intervjumaterialet har vi tidigare beskrivit hur analysprocessen har genomförts, vilket av Yardley (2000) betraktas som viktigt ur kvalitetssynpunkt i arbetet med kvalitativ forskning. I resultatdelen har nyckelcitats valts ut för att underbygga relevansen i varje tolkning. De citat som presenteras anser vi representerar de centrala aspekterna av deltagarnas upplevelser. Enligt Yardley (2000) är det viktigt att vara engagerad och insatt i den metod som används i studien. Genom att vi har grundat analysarbetet i det analysförfarande som Smith et al. (2009) föreslår, har vi försökt att sätta oss in i den mening deltagarna tillskriver sina upplevelser.

Under arbetet med denna uppsats har vi läst forskning och teorier om socialt stöd och socialt nätverk generellt, och specifikt i relation till psykoterapi och samtal om den egna psykoterapin med andra. Detta har vi gjort för att utveckla vår förförståelse för de områden som är av relevans för studien. Willig (2013) betonar att forskarens förförståelse är viktig i strävan efter att närma sig och begripliggöra ett fenomen. Vi anser att den litteratur som vi tagit del av framförallt har bidragit till en ökad förståelse för den komplexitet som ryms inom fältet för socialt stöd i relation till psykoterapi. Det är dock svårt att avgöra i vilken utsträckning vi lyckats med att tolka intervjutranskriberingarna utifrån den mening som

deltagarna själva tillskriver sina upplevelser och samtidigt använda förförståelsen för att berika analyserna, vilket är en central del i IPA (Smith et al., 2009).

Nytta och praktiska implikationer

Det finns mycket lite forskning om betydelsen av den sociala omgivningen i samband med psykoterapi. Än mer begränsad är forskning som med en kvalitativ metodansats undersöker upplevelser av samtal om den egna psykoterapin. Därmed kan resultaten i föreliggande studie ge nya perspektiv och bidrag till ökade kunskaper inom detta område.

Resultaten i föreliggande studie visar att det finns en stor variation i upplevelser av den sociala omgivningens betydelse under tiden för en psykoterapi. Betydelsen och upplevelserna av det sociala nätverket som resultaten belyser, kan öka förståelsen för socialt stöd som fenomen, vilket kan gagna kunskapsutvecklingen inom socialpsykologi och psykoterapeutisk teori. Resultaten kan också ha ett värde för människor som går i psykoterapi genom att visa på hur stor variation det är i hur personer som går i terapi blir bemötta av andra, söker stöd, får stöd och upplever värdet av att både berätta och hemlighålla sådant som berör terapin. Om personen har tillgång till trygga relationer i vilka det känns möjligt att prata om den egna terapin så kan dessa utgöra en viktig resurs som kan bidra till personens utveckling under terapin. Även anhöriga skulle kunna ha nytta av att få en fördjupad förståelse av sin potentiella betydelse för personen som får psykoterapeutisk behandling. Resultaten indikerar att det är positivt för den som går i terapi om omgivningen kan förmedla en accepterande och icke-dömande attityd till terapin. Den anhöriga kan både beakta betydelsen av att våga samtala om terapi om den som går i terapi ger uttryck för att vilja göra detta, och att respektera om personen inte vill prata om terapin.

Resultaten kan även, och inte minst, gagna psykoterapeuter genom att ge dem en ökad förståelse för betydelsen av klientens sociala omgivning för terapin samt hur olika klienter förhåller sig till och blir bemötta av sin omgivning. Resultaten visar att klienter både upplever att den sociala omgivningen kan ge ett mycket betydelsefullt bidrag till psykoterapin, men att omgivningen också kan upplevas som mindre stödjande i relation till psykoterapin. Känslor av skuld, svaghet och otillräcklighet som klienter kan uppleva i relation till sin sociala omgivning i samband med den psykiska ohälsa och terapin kan också vara något värt att beakta för terapeuten. Med utgångspunkt i föreliggande studie vill vi hävda att det är viktigt att terapeuten är medveten om de potentiellt starka, och både positiva och negativa, influenser som kan finnas i klientens omgivning och påverka psykoterapin.

Förslag till framtida forskning

Resultaten från föreliggande studie visar på en stor variation i hur personer som går i psykoterapi upplever samtal om den egna terapin. För att få en tydligare bild av de förutsättningar som kan påverka personers upplevelser av samtal om psykoterapin behövs mer forskning. Flera aspekter av resultaten i föreliggande studie, som exempelvis samtal om stöd, positivt bemötande, behov av bekräftelse, negativt bemötande, hemlighållande av terapin och skuldkänslor skulle kunna utgöra fokus för framtida forskningsstudier.

Fler kvalitativa studier kan bidra med en utökad förståelse för människors subjektiva uppfattningar av vilka faktorer som är viktiga att ta hänsyn till vid samtal om den egna psykoterapin med andra. För att testa om resultaten gäller generellt för människor som går i terapi krävs även kvantitativa studier med ett större och ett representativt urval.

Vår studie indikerar att socialt stöd är viktigt för personer som går i psykoterapi samt att samtal om psykoterapin kan öppna för möjligheter till stöd från andra. Eftersom deltagarna är tidigare klienter på psykoterapimottagningen är det möjligt att de mår något bättre än klienter som får psykoterapeutisk behandling inom psykiatrin. Därför ser vi det som intressant att undersöka hur upplevelserna av samtal om den egna terapin ser ut för människor med svårare psykisk ohälsa.

Resultaten från vår studie säger ingenting om de upplevelser som den andra samtalspartnern hade vid samtal om de tidigare klienternas psykoterapi. Kan det vara så att de som berättar om terapin känner sig avlastade medan de som lyssnar blir belastade? Forskning som belyser den närståendes upplevelser av samtal om terapin skulle kunna svara på detta och andra för sammanhanget relevanta forskningsfrågor.

Värt att nämna är också att resultaten från vår studie måste betraktas utifrån den kulturella kontext i vilken studien har genomförts. De teorier och forskningsresultat som har färgat vår förförståelse och utgjort den botten mot vilken vi tolkat vårt intervjumaterial, kommer från länder i väst och är förmodligen mycket kulturspecifika. Synen på och upplevelser av socialt nätverk och socialt stöd, psykoterapi och samtal om en egen psykoterapi ser sannolikt annorlunda ut i andra kulturella kontexter. Det krävs således forskning som undersöker vårt ämnesområde i andra länder än Sverige för att kunna utröna detta.

Referenser

- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. I M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Red.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (s. 23-55). Washington: American Psychological Association. doi:10.1037/11132-001
- Bankoff, E. A. (1994). The social network of the psychotherapy patient. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(3), 503-514. doi:10.1037/0033-3204.31.3.503
- Bankoff, E. A. (1996). Pre-treatment social support and effective psychotherapeutic process: A panel study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(1), 51-60. doi:10.1037/0033-3204.33.1.51
- Bankoff, E. A. & Howard, K. I. (1992). The social network of the psychotherapy patient and effective psychotherapeutic process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2(4), 273-294. doi:10.1037/h0101268
- Barbour, R. S. (2008). *Introducing qualitative research: a student's guide to the craft of doing qualitative research*. London: SAGE.
- Barker, C. & Pistrang, N. (2002). Psychotherapy and social support. Integrating research on psychological helping. *Clinical Psychology Review*, 22(3), 61-379. doi:10.1016/S0272-7358(01)00101-5
- Barrera Jr., M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445. doi:10.1007/BF00922627
- Bolger, N., Zuckerman, A. & Kessler, R. C. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 953-961. doi:10.1037/0022-3514.79.6.953
- Brocki, J. & Wearden, A. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology & Health*, 21(1), 87-108.
- Brody, E. M. & Farber, B. A. (1989). Effects of psychotherapy on significant others. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(2), 116-122. doi:10.1037/0735-7028.20.2.116
- Burt, R. S. (1992). *Structural holes: the social structure of competition*. Cambridge: Harvard University Press.

- Chaudoir, S. R. & Fisher, J. D. (2010). The disclosure processes model: Understanding disclosure decision making and postdisclosure outcomes among people living with a concealable stigmatized identity. *Psychological Bulletin*, *136*(2), 236-256.
doi:10.1037/a0018193
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, *7*(3), 269-297. doi:10.1037/0278-6133.7.3.269
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*(2), 310-357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310
- Cutrona, C. E., Cohen, B. B. & Igram, S. (1990). Contextual determinants of the perceived supportiveness of helping behaviors. *Journal of Social & Personal Relationships*, *7*(4), 553-562. doi:10.1177/0265407590074011
- Davidson, L., Haglund, K., Stayner, K., Rakfeldt, J., Chinman, M. & Tebes, J. (2001). 'It was just realizing... that life isn't one big horror': a qualitative study of supported socialization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *24*(3), 275-292.
- Dehle, C., & Landers, J. E. (2005). You can't always get what you want, but you can get what you need? Personality traits and social support in marriage. *Journal of Social & Clinical Psychology*, *24*(7), 1051-1076.
- Drisko, J. (2013). The common factors model: Its place in clinical practice and research. *Smith College Studies in Social Work (Haworth)*, *83*(4), 398-413.
doi:10.1080/00377317.2013.833435
- Dunér, A., Nordström, M. & Skärsäter, I. (2012). Support networks and social support for persons with psychiatric disabilities—a Swedish mixed-methods study. *European Journal of Social Work*, *15*(5), 679-699. doi:10.1080/13691457.2011.577736
- Fehr, E., Fischbacher, U. & Gächter, S. (2002). Strong reciprocity, human cooperation, and the enforcement of social norms. *Human Nature*, *13*(1), 1-25. doi:10.1007/s12110-002-1012-7
- Fonagy, P. (2008). The mentalization-focused approach to social development. I N. F. Busch (Red.), *Mentalization: Theoretical considerations, research findings and clinical implications* (s. 3-56). New York: The Analytic Press.
- Gallant, M. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health Education & Behavior*, *30*(2), 170-248.
- Gleason, M. J. & Iida, M. (2015). Social support. I M. Mikulincer, P. R. Shaver, J. A. Simpson & J. F. Dovidio (Red.), *APA handbook of personality and social psychology*,

- Volume 3: Interpersonal relations* (s. 351-370). Washington: American Psychological Association. doi:10.1037/14344-013
- Gottlieb, B. & Bergen, A. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(5), 511-520.
- Gourash, N. (1978). Help-seeking: A review of the literature. *American Journal of Community Psychology*, 6(5), 413.
- Greene, K., Derlega, V. J. & Mathews, A. (2006). Self-disclosure in personal relationships. I A. L. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Greene, K., Derlega, V. J., Yep, G. A. & Petronio, S. (2003) *Privacy and disclosure of HIV in interpersonal relationships: A sourcebook for researchers and practitioners*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hirsch, B. J. (1979). Psychological dimensions of social networks: A multimethod analysis. *American Journal of Community Psychology*, 7(3), 263-277.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. & Layton, J. (2010). Social relationships and mortality risk: A Meta-analytic Review. *Plos Medicine*, 7(7), 1-20. doi:10.1371/journal.pmed.1000316
- House, J. S., Landis, K. R. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 4865(241), 540-545.
- Hyde, L. W., Gorka, A., Manuck, S. B. & Hariri, A. R. (2011). Perceived social support moderates the link between threat-related amygdala reactivity and trait anxiety. *Neuropsychologia*, 49(4), 651-656. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2010.08.025
- Kahn, R.L. & Antonucci, T.C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. I P. B. Baltes & O. Brim (Red.), *Life-span development and behavior* (s. 253-286). New York: Academic Press.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15(5), 47-58.
- Kappes, H. & Shrout, P. (2011). When goal sharing produces support that is not caring. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(5), 662-673.
- Khurgin-Bott, R. & Farber, B. A. (2011). Patients' disclosures about therapy: Discussing therapy with spouses, significant others, and best friends. *Psychotherapy*, 48(4), 330-335. doi:10.1037/a0023382
- Krause, N., Liang, J. & Keith, V. (1990). Personality, social support, and psychological distress in later life. *Psychology and Aging*, 5(3), 315-326. doi:10.1037/0882-7974.5.3.315

- Kögler, M., Brandl, J., Brandstätter, M., Borasio, G. D. & Fegg, M. J. (2013). Determinants of the effect of existential behavioral therapy for bereaved partners: A qualitative study. *Journal of Palliative Medicine*, 16(11), 1410-1416. doi:10.1089/jpm.2013.0050
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi : att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.
- Lehman, D. R., Ellard, J. H. & Wortman, C. B. (1986). Social support for the bereaved: Recipients' and providers' perspectives on what is helpful. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 438-446. doi:10.1037/0022-006X.54.4.438
- Leibert, T., Smith, J. & Agaskar, V. (2011). Relationship between the working alliance and social support on counseling outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 67(7), 709-719. doi:10.1002/jclp.20800
- Lin, N. (1999). Building a network theory of social capital. *Connections*, 22(1), 28-51.
- Lin, N., Ensel, W. M., Simeone, R. S. & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(2), 108-119.
- Link, B. G., Mirotznik, J. & Cullen, F. T. (1991). The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided?. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(3). 302-320.
- Lööf, A. & Rosendahl, V. (2010). *Symtomförändring och tillfredsställelse i samband med psykoterapi –en utvärderande och undersökande studie på en utbildningspsykoterapimottagning*. (Psykologexamensarbete), Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Macdonald, J. & Morley, I. (2001). Shame and non-disclosure: a study of the emotional isolation of people referred for psychotherapy. *The British Journal of Medical Psychology*, 74(1), 1-21.
- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10(3), 239-266. doi:10.1093/ptr/10.3.239
- Mallinckrodt, B. & Wei, M. (2005). Attachment, social Competencies, social Support, and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 358-367.
- McLaughlin, J., Horwitz, A. V. & White, H. R. (2002). The differential importance of friend, relative and partner relationships for the mental health of young adults. *Advances in Medical Sociology*, 8(1), 223-246.

- Moos, R. H., Brennan, P. L., Fondacaro, M. R. & Moos, B. S. (1990). Approach and avoidance coping responses among older problem and nonproblem drinkers. *Psychology and Aging*, 5(1), 31-40. doi:10.1037/0882-7974.5.1.31
- Muhlbauer, S. (2002). Navigating the storm of mental illness: phases in the family's journey. *Qualitative Health Research*, 12(8), 1076-1092.
- Nakano, K. (1992). Role of personality characteristics in coping behaviors. *Psychological Reports*, 71(3), 687-690.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. I J C. Norcross, (Red.). *Psychotherapy that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford: University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0001
- Peltonen, R. (1996). *Socialt stöd, livskontroll och hälsa*. Åbo: Åbo akademi.
- Perry, B. L. & Pescosolido, B. A. (2012). Social network dynamics and biographical disruption: The case of "first-timers" with mental illness. *American Journal of Sociology*, 118(1), 134-175.
- Perry, B. L. & Pescosolido, B. A. (2015). Social network activation: The role of health discussion partners in recovery from mental illness. *Social Science & Medicine*, 125(1), 116-128. doi:10.1016/j.socscimed.2013.12.033
- Pescosolido, B. A. & Levy, J. A. (2002). The role of social networks in health, illness, disease, and healing: the accepting present, the forgotten past, and the dangerous potential for a complacent future. *Social Networks and Health*, 8(1), 3-25.
- Pierce, T., Baldwin, M. W. & Lydon. (1997). A relational schema approach to social support. I G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason & B. R. Sarason (Red.), *Sourcebook of social support and personality* (s. 19-48). New York: Springer Science & Business Media.
- Pinsof, W., Zinbarg, R. & Knobloch-Fedders, L. (2008). Factorial and construct validity of the revised short form integrative psychotherapy alliance scales for family, couple, and individual therapy. *Family Process*, 47(3), 281-301.
- Prati, G. & Pietrantonio, L. (2010). The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: A meta-analytic review. *Journal of Community Psychology*, 38(3), 403-417.
- Rafaeli, E. & Gleason, M. J. (2009). Skilled support within intimate relationships. *Journal of Family Theory and Review*, 1(1), 20-27.
- Reis, H. T. & Patrick, B. C. (1996). Attachment and intimacy: Component processes. I E. T. Higgins & A. W. Kruglanski (Red.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (s. 523-563). New York: Guilford Press.

- Roehrle, B. & Strouse, J. (2008). Influence of social support on success of therapeutic interventions: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 464-476. doi:10.1037/a0014333
- Sandefur, R. L. & Laumann, E. O. (1998). A paradigm for social capital. *Rationality & Society*, 10(4), 481-501.
- Sander, Å. (1999). Edmund Husserls fenomenologiska tradition. I C. M. Allwood & M. G. Erikson, (Red.). *Vetenskapsteori för psykologi och andra samhällsvetenskaper* (s. 101-141). Lund: Studentlitteratur.
- Schmolck, H., Buffalo, E.A. & Squire, L.R. (2000). Memory distortions develop over time: recollections of the O.J. Simpson trial verdict after 15 and 32 months. *Psychological Science*, 11(1), 39-45.
- Smith, K. P. & Christakis, N. A. (2008). Social networks and health. *Annual Review of Sociology*, 34(1), 405-429.
- Smith, J. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health*, 11(2), 261-271.
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9-27. doi:10.1080/17437199.2010.510659
- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los Angeles: Sage.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (s. 53-80). London: Sage.
- Sochos, A. (2014). Couple attachment and relationship duration in psychotherapy patients: exploring a new methodology of assessment. *British Journal of Guidance & Counselling*, 42(2), 138-153. doi:10.1080/03069885.2013.852160
- Socialstyrelsen. (2002). *Finns kvar och ställer upp: hur anhöriga kan bidra till återhämtning från allvarlig psykisk störning, ur de återhämtades och de anhörigas perspektiv*. Stockholm: Norstedt.
- Taylor, D. A. & Altman, I. (1987). Communication in interpersonal relationships: Social penetration processes. I M. E. Roloff & G. R. Miller (Red.), *Interpersonal processes : new directions in communication research* (s. 257-277). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Thibaut, J. W. & Kelley, H. H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Nabu Press.

- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2). 145-161.
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science*, 3(1). 236-255.
- Wahl, O. F. (2000). *Telling is risky business: Mental health consumers confront stigma*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Wahl, O. F. (2012). Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 9-10. doi:10.1016/j.tics.2011.11.002
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Mahwah: L. Erlbaum Associates.
- Wang, H., Wu, S. & Liu, Y. (2003). Association between social support and health outcomes: A meta-analysis. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 19(1), 345-350. doi:10.1016/S1607-551X(09)70436-X
- Warwick, R., Joseph, S., Cordle, C. & Ashworth, P. (2004). Social support for women with chronic pelvic pain: What is helpful from whom?. *Psychology & Health*, 19(1), 117-134.
- Wellman, B. (1990). The place of kinfolk in personal community networks. *Marriage & Family Review*, 15(2), 195-228.
- Wellman, B. & Wortley, S. (1990). Different strokes from different folks: Community ties and social support. *American Journal of Sociology*, 96(3), 558-588.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. Maidenhead: McGraw Hill Education, Open University Press.
- Winefield, H. R. (1987). Psychotherapy and social support: parallels and differences in the helping process. *Clinical Psychology Review*, 7(6), 631-644. doi:10.1016/0272-7358(87)90010-9
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health*, 15(2), 215-228.
- Y-Garcia, E., Duberstein, P., Paterniti, D., Cipri, C., Kravitz, R. & Epstein, R. (2012). Feeling labeled, judged, lectured, and rejected by family and friends over depression: Cautionary results for primary care clinicians from a multi-centered, qualitative study. *BMC Family Practice*, 13(1), 1-9.

Bilaga 1



LUNDS
UNIVERSITET

Hej!

Just nu genomförs en forskningsstudie där du som nyligen har gått i psykoterapi erbjuds delta, och får möjlighet att reflektera över vad personer i din närhet betydde för dig då du gick i terapi.

Vi är två studenter på psykologprogrammet vid Lunds universitet som ska skriva vår examensuppsats om den sociala omgivningens betydelse för personer som går i terapi. Intervjun handlar om vilket stöd du fick av andra än terapeuten när du gick i terapi. Vi är också intresserade av att veta om du valde att berätta om terapin för någon annan och hur detta i så fall togs emot. Idag finns det väldigt lite forskning kring dessa frågor. Därför vore det värdefullt om du vill dela med dig av dina erfarenheter och bidra med kunskap som kan öka förståelsen för hur omgivningen kan ha betydelse för psykoterapin.

Intervjun kommer att spelas in och allt intervjumaterial hanteras konfidentiellt. Det kommer inte att gå att identifiera dig som enskild person i uppsatsen. Du har rätt att avbryta din medverkan när som helst under studiens gång utan att behöva ange varför. Examensuppsatsen kommer i första hand att läsas av lärare och studenter på psykologprogrammet vid Lunds Universitet, men kommer även att publiceras digitalt och vara tillgängligt för allmänheten.

Intervjuerna kommer att genomföras i Skåne under oktober/november 2015. Vi kan erbjuda intervjulokal i Malmö eller Lund, men har även möjlighet att ses på annan plats om det passar dig bättre. Intervjun beräknas pågå ca en timme.

Som tack för deltagande i studien får du en biobiljett.

Har du frågor om studien eller vill veta mer är du välkommen att kontakta oss antingen via mail eller telefon.

Vänliga hälsningar,

Rebecka Nestlog
Psykologstudent
Lunds universitet
Tel: 073-XXXXXXX
X@student.lu.se

Daniel Boström
Psykologstudent
Lunds universitet
Tel: 073-XXXXXXX
X@student.lu.se

Bilaga 2

Intervjuguide

-version 1 (används när samtal om terapi med andra förekommit i hög grad)

Introduktion

- Hälsa välkommen och informera om intervjupersonens rättigheter.
- Inhämta informerat samtycke.
- Innan vi börjar så vill jag veta hur gammal du är och vilken typ av terapi gick du i.
 - När avslutades terapin?

Intervjufrågor

- Brukar du söka stöd från andra när du har det svårt?
 - Är det någon särskild person som du fick stöd från?
 - (Om inga berättelser kommer upp: Kan du tänka på någon gång då du kände att någon verkligen stöttade dig i något svårt?)
 - Vad gjorde den personen?
 - Hur kändes det? Vad tänkte du?
- Minns du hur det kändes att börja i terapi?
 - Vad tänkte du?
 - Fanns det någon som stöttade dig då?
(Alternativ: Hur kom det sig att du sökte terapi?)
- Berättade du om att du gick i terapi för någon i din omgivning?
 - För vem/vilka?
 - Vad minns du från det samtalet?
 - Vad berättade du? (Bara att du går i terapi eller innehåll i terapin? Hur mycket berättade du?)
 - Hur kändes det att berätta att du gick i terapi?
 - Hur reagerade den personen när du berättade?
 - När berättade du det? (Innan, under eller efter terapin?)
 - Känner du att du fick något stöd av att berätta om att du gick i terapi? (Olika stöd från olika personer?)
- Kan du minnas något som var extra jobbigt för dig under perioden då du gick i terapi?
 - Hur kändes det?
 - Fick du stöd från någon i din omgivning då?

- Kan du minnas någon gång då du ville berätta för någon annan om det som du jobbade med i terapin?

Följdfrågor som ställs om det behövs:

- Kan du minnas någon situation i terapin som kändes extra bra för dig?
 - Berättade du för någon i din omgivning om det?
- Kan du minnas någon situation i terapin som kändes extra jobbig för dig?
 - Berättade du för någon i din omgivning om det?
 - (Blev något annorlunda i din terapi efter det?)
- Fanns det något som du valde att inte berätta om?
 - Hur tänkte du? Hur kände du?
- Vad gjorde att du valde att berätta/inte berätta?
 - Hur tänkte du?
 - Vad gjorde att du valde att berätta för just dem?
 - Hur kändes det att berätta/inte berätta?
- Har du någon gång ångrat att du berättade om terapi eller dina problem för någon?
- Var det något stöd som du ville ha men inte fick då du gick i terapi?
 - Hur kändes det?

Avslutning

- Är det något mer i detta ämne som du har kommit att tänka på och som du vill berätta om?
- Hur har det känts att vara här och prata om tiden då du gick i terapi?
- Har du några frågor som du vill ställa innan vi avslutar?

Tack för att du tagit dig tid och delat med dig av dina upplevelser!

Intervjuguide

-version 2 (används när samtal om terapin med andra endast förekommit i låg grad)

Introduktion

- Hälsa välkommen och informera om intervjupersonens rättigheter.
- Inhämta informerat samtycke.
- Innan vi börjar så vill jag veta hur gammal du är och vilken typ av terapi gick du i.

- När avslutades terapin?

Intervjufrågor

- Brukar du söka stöd från andra när du har det svårt?
 - Vad tänker du om det?
 - Hur kändes det?
- Kan du tänka på någon gång då du hade det svårt?
 - Vad tänkte du? Hur kändes det?
 - Fanns det något du gjorde för att hantera det som var jobbigt?
 - Fanns det människor omkring dig som du hade kunnat prata med om dina svårigheter?
- Minns du hur det kändes att börja i terapi?
 - Vad tänkte du?
 - Fanns det någon som stöttade dig då?

(Alternativ:

 - Hur kom det sig att du sökte terapi?)
- Berättade du om att du gick i terapi för någon i din omgivning?
 - Vad tänker du om det?
 - Hur kändes det?
 - Minns du något tillfälle då du hade velat berätta för någon om din terapi?
 - För vem eller vilka?
 - Hur kändes det?
 - Hur tänkte du?
- Kan du minnas något som var extra jobbigt för dig under perioden då du gick i terapi?
 - Hur kändes det?
 - Fick du stöd från någon i din omgivning då?
 - Vad gjorde du för att hantera det jobbiga?
 - Hur kändes det?
 - Vad tänker du om det?
- Kan du minnas någon situation i terapin som kändes extra bra för dig?
 - Hur var det för dig? Hur kändes det?
 - Kände du någon gång att du ville berätta om detta för någon i din omgivning?

- Kan du minnas någon situation i terapin som kändes extra jobbig för dig?
 - Hur var det för dig? Vad tänkte du?
 - Hur gjorde du för att hantera det som kändes extra jobbigt i terapin?
 - Kände du någon gång att du ville berätta om detta för någon i din omgivning?

- (Fanns det något som du valde att berätta om?)
 - Hur tänkte du? Hur kände du?)

- Vad gjorde att du valde att inte berätta?
 - Hur tänkte du?
 - Hur kändes det att inte berätta?

- Har du någon gång ångrat att du inte berättade om terapin eller dina problem för någon?

- Var det något stöd som du ville ha men inte fick då du gick i terapi?
 - Hur kändes det?

Avslutning

- Är det något mer i detta ämne som du har kommit att tänka på och som du vill berätta om?
- Hur har det känts att vara här och prata om tiden då du gick i terapi?
- Har du några frågor som du vill ställa innan vi avslutar?

Tack för att du tagit dig tid och delat med dig av dina upplevelser!