



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Primärvårdpsykologers upplevelser av KBT-inriktad psykoterapi med flyktingpatienter – en tolkande fenomenologisk analys

Rasmus Andersson

Psykologexamensuppsats. 2018

Handledare: Jonas Bjärehed
Examinator: Per Johnsson

Tack!

Ett stort tack till de psykologer som har deltagit i studien. Utan er hade arbetet inte gått att genomföra. Jag vill också rikta ett stort tack till min handledare Jonas Bjärehed som hjälpt till att planera och strukturera arbetet på ett bra sätt. Slutligen vill jag också tacka min familj och mina vänner för korrekturläsning och värdefulla synpunkter.

Sammanfattning

Studiens syfte har varit att undersöka primärvårdpsykologers upplevelser av KBT-inriktad psykoterapi med flyktingpatienter i postmigrationsfasen. I studien undersöktes upplevelser av att som psykolog verka i den särskilda kontext som förelåg mot bakgrund av de senaste årens stora flyktingströmmar. Utöver detta studerades erfarenheter av att med hjälp av specifika KBT-verktyg och alliansfrämjande interventioner ha förmedlat psykologisk behandling till flyktingar i en primärvårdskontext. Upplevelserna har undersökts genom semistrukturerade intervjuer med fyra psykologer i Region Skåne. Intervjumaterialet har analyserats med hjälp av tolkande fenomenologisk analys (IPA). Fyra huvudteman urskildes: Svåra gränsdragningar; Att känna sig isolerad i arbetet; Att manövrera i en kontext där förändringsutrymmet är begränsat; samt Att utvecklas som flyktingbehandlare. Det framkom att arbetet var emotionellt belastande för psykologerna som saknade stöd och adekvata redskap att använda i mötet med de flyktingpatienter som uppvisade en komplex problematik. Psykoedukation, acceptansbaserade interventioner och ett alliansfokuserat förhållningssätt beskrevs som relevanta verktyg i behandlingsarbetet. Studien har gett insikt i hur ett antal svenska psykologer begripliggör KBT-behandling med flyktingar i en primärvårdskontext och skulle kunna inspirera till framtida forskning som kan generera ny kunskap i ämnet.

Nyckelord: kognitiv beteendeterapi, flyktingar, primärvård, allians, empatisk utarmning, tolkande fenomenologisk analys (IPA),

Abstract

The purpose of the study was to examine primary care psychologists' experiences of CBT-focused psychotherapy with refugees undergoing post-migration stress. The study examines experiences of psychologists working amidst the circumstances brought on by Sweden's recent influx of refugees. Additionally, the study focuses on individuals' experiences of psychological treatment with refugees in a primary care setting using specific CBT techniques and strategies promoting the therapeutic alliance. The basis of the study was semi-structured interviews with four primary care psychologists. The interviews were analysed using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) and four distinguishing main themes were identified: Therapeutic boundary issues; Feeling isolated at work; Working in a setting with limited therapeutic methods despite patients' extraordinary circumstances; and Development as a refugee-treating psychologist. The study suggests that psychologists in a primary care setting experience working with refugee patients as emotionally straining, and that they lack support and adequate therapeutic techniques. Psychoeducation, acceptance-based interventions and a focus on therapeutic alliance were perceived as relevant treatment techniques. The study provides initial insight into how Swedish psychologists experience CBT treatment with refugees in a primary care setting and might inspire future research that could generate new knowledge within the subject area.

Keywords: cognitive behavioural therapy, refugees, primary care, alliance, compassion fatigue, interpretative phenomenological analysis (IPA)

Innehållsförteckning

Introduktion	1
<i>Flyktingbegreppet</i>	1
<i>Kultur</i>	2
<i>Teori och tidigare forskning om psykisk ohälsa hos flyktingar i Sverige</i>	2
Flyktingars psykiska hälsa.	3
Psykologer i primärvården.	5
Psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT)	6
Psykoterapeutisk behandlingsallians	7
Psykologisk behandling av flyktingar.	7
Kognitiv beteendeterapi med flyktingar	9
Allians med flyktingar	10
Behov av kvalitativ forskning om flyktingar	11
<i>Syfte</i>	12
Metod	12
<i>Kvalitativ forskningsansats</i>	12
IPA	12
Förförståelse i IPA.	13
Egen förförståelse.....	14
<i>Urval och rekrytering</i>	14
Deltagare.	15
<i>Datainsamling</i>	15
<i>Analysmetod</i>	16
Steg för IPA.....	16
<i>Etiska ställningstaganden</i>	19
Resultat	20
<i>Svåra gränsdragningar</i>	21
Att förhandla fram en passande psykologroll.	21
Att tänja på tolkrollens ramar.....	24
<i>Att känna sig isolerad i arbetet</i>	25

Brist på förståelse och stöd från andra	25
Att få pröva sig fram i brist på teoretisk kunskap	27
<i>Att manövrera i en kontext där förändringsutrymmet är begränsat</i>	28
Enkla frågeställningar blir komplexa	28
Att acceptera de egna begränsningarna	29
Kunna göra skillnad på riktigt	30
<i>Att utvecklas som flyktingbehandlare</i>	30
Vissa interventioner fungerar bättre än andra.	30
Allians utifrån patientens egen kulturformulering.	31
Diskussion	33
<i>Resultatdiskussion</i>	33
Risk för traumatiserade psykologer	34
Som att försöka orientera sig i ett mörkt rum	37
<i>Metoddiskussion</i>	42
Reflektion kring förståelse	42
Styrkor och svagheter i studien.	42
Praktiska implikationer och framtida forskning.	43
Referenser	45
Bilaga 1. Intervjuguide	51
Bilaga 2. Sociodemografiska profiler, informanter	52
Bilaga 3. Informationsbrev	53
Bilaga 4. Individuella huvud- och underteman	54

Introduktion

Med grund i omfattande konflikter i bland annat Mellanöstern och Afrika befinner sig för närvarande ungefär 65 miljoner människor på flykt från sina hemländer (UN High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2017). Det stora flertalet är på flykt i sitt eget land eller har flytt till något angränsande land. Endast en liten del av de människor som är på flykt globalt söker asyl i Europa och Sverige. (UNHCR, 2017). En ännu lägre andel får sin asylansökan beviljad (Migrationsverket, u.å.).

Samtidigt så har den totala mängd personer som beviljats asyl av flyktingskäl i Sverige de senaste åren legat på en högre nivå än tidigare. Mellan 2008 och 2016 fick i snitt 26 049 personer positivt asylbeslut per år, fler än dubbelt så många som under föregående tioårsperiod. Under samma tidsperiod, 2008 – 2016, beviljades också totalt 89 234 tillstånd för anhörginvandring av asylskäl (Migrationsverket, u.å.). Statistik från de senaste trettiofem åren indikerar att det endast under en kortare period vid 1990-talets början har förekommit liknande volymer. I synnerhet handlar det idag om flyktingar från länder i och runt Mellanöstern.

Flyktingbegreppet

I Sverige kan utländska medborgare erhålla uppehållstillstånd av asylskäl på flera grunder. En sådan är att personens livsomständigheter uppfyller FN:s krav på flyktingstatus, det vill säga välgrundade skäl att vara rädd för förföljelse på grund av ras, nationalitet, religiös eller politisk uppfattning, kön, sexuell läggning eller tillhörighet till en viss samhällsgrupp. Förföljelsen kan komma från hemlandets myndigheter eller handla om att myndigheterna inte kan eller vill ge skydd mot förföljelse från enskilda personer eller grupper (Migrationsverket, 2017).

Också andra skyddsbehövande personer än de som uppfyller FN:s kriterier kan få asyl i Sverige. Det handlar då om alternativt skyddsbehövande (enligt EU-regler) samt övriga skyddsbehövande (enligt svensk lag). Asyl för alternativt skyddsbehövande kan erhållas av en individ som löper risk för döds- eller kroppsstraff, tortyr eller annan omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Också den som löper allvarlig risk att skadas på grund av en väpnad konflikt kan få asyl på dessa grunder. Enligt reglerna får en person heller inte utvisas till en plats där det finns risk att personen utsätts för tortyr eller motsvarande (Migrationsverket, 2017).

Asyl för övriga skyddsbehövande kan ges till den person som inte kan återvända till sitt hemland på grund av väpnad konflikt eller svåra motsättningar i hemlandet. Även den som

känner välgrundad fruktan för att utsättas för allvarliga övergrepp eller inte kan återvända till sitt hemland på grund av miljökatastrof kan bli aktuell för asyl av sådana skäl. Slutligen kan asyl i Sverige också ges med grund i synnerligen eller särskilt ömmande omständigheter direkt knutna till deras personliga förhållanden. Det kan handla om mycket allvarliga hälsotillstånd, anpassningen som skett till Sverige eller om situationen i hemlandet. Uppehållstillstånd kan vara permanenta eller tillfälliga (Migrationsverket, 2017).

I den här studien definieras ordet flykting som den person som ansökt och fått asyl i Sverige med grund i något ovan beskrivet asylskäl. Begreppet innefattar alltså personer som erhållit asyl med grund i Genevekonventionen, särskilda EU-regler eller svenskt regelverk.

Kultur

Enligt *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* [DSM-5] (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013) kan psykisk ohälsa hos individen definieras i relation till kulturella, sociala och familjebaserade normer och värderingar. Kulturen formar upplevelsen av psykisk ohälsa och symptom kan uttryckas på olika sätt i olika kulturer.

Ordet kultur definieras i *DSM-5* som de regler, traditioner, vanor och inlärd kunskapssystem som är typiska för en viss grupp. Genom inläring överförs de mellan generationer. Kultur inkluderar språk, religion och andlighet, familjestrukturer, syn på stadier i livscykel, ritualer samt moraliska och rättsliga traditioner. Kulturer är inte statiska utan öppna och dynamiska system. Vidare hävdas i *DSM-5* att det idag är vanligt att individer och grupper möter flera olika kulturer i vardagen. Den egna kulturella identiteten och sättet att förstå verkligheten formas i detta möte. I enlighet med en syn på kultur som något som individen skapar i interaktion med andra är det alltså också viktigt att inte generalisera, stereotypisera eller övervärdera betydelsen av kulturell tillhörighet hos en specifik individ.

I den här studien operationaliseras begreppet kultur utifrån den dynamiska eller interaktiva syn på kultur som återfinns i *DSM-5*. Individer påverkas i olika utsträckning av de tankesätt och värderingar som är vanligt förekommande i uppväxtmiljön men en personlig kulturell identitet formas också utifrån individspecifika livserfarenheter. Även svenska forskare inom kulturell psykologi har använt en liknande definition av kulturbegreppet. Ämnet kulturell psykologi kan också kallas transkulturell psykologi (Bäärnhielm, 2014).

Teori och tidigare forskning om psykisk ohälsa hos flyktingar i Sverige

Följande textavsnitt inleds med en redogörelse för relevant tidigare forskning gällande flyktingars psykiska mående och fortsätter därefter med att beskriva hur de

verksamhetsmässiga förutsättningarna ser ut för de psykologer som möter flyktingar i primärvården. Efter detta beskrivs översiktligt värdet av kognitiv beteendeterapi (KBT) för patienter med depression, ångest och post-traumatiskt stressyndrom (PTSD) av den typ som generellt behandlas i primärvården och som också visat sig vara överrepresenterad hos flyktingpatienter. Först redogörs för det allmänna evidensläget för KBT vid sådana besvär och därefter för behandlingsalliansens roll i KBT-baserad psykoterapi.

En sammanfattning av aktuell forskning om KBT-behandling av flyktingar följer därefter. Inledningsvis beskrivs varför konventionell psykoterapi kan vara svår att ge till personer som har en annan kulturell bakgrund än den kulturella kontext där behandlingsmetoden utvecklats. Även forskning om hur vårdpersonal kan påverkas av mötet med flyktingar presenteras. Efter detta följer ett avsnitt om specifik forskning gällande hur KBT-behandling och alliansarbete kan anpassas till flyktingar. Avslutningsvis redogörs för vad tidigare forskning har uttryckt gällande behovet av kvalitativ forskning om psykologisk behandling med nyanlända flyktingar, i synnerhet hur primärvårdspsykologer begripliggör sådant arbete i den särskilda kontext som föreligger mot bakgrund av de senaste årens stora svenska flyktingmottagande.

Flyktingars psykiska hälsa. Såväl svenska (Tinghög, Arwidson, Sigvardsson, Malm & Saboonchi, 2016) som internationella studier (Bogic, Njoku & Priebe, 2015) har indikerat en högre prevalens av såväl depression och ångest som posttraumatisk stress hos flyktingar jämfört med befolkningen i övrigt.

Symptombilden kan hos patientgruppen kompliceras av bland annat kulturella skillnader i hur psykisk ohälsa manifesteras och begripliggörs, språk- och anpassningssvårigheter samt högre grad av socioekonomisk utsatthet (Kirmayer et al., 2011). Kulturellt färgat lidandespråk är en term som används för att förklara de specifika sätt som psykiskt lidande uttrycks hos en stor del av personerna i ett visst kulturellt sammanhang. Det kan exempelvis handla om en tendens att uttrycka psykopatologi genom kroppsliga besvär eller som religiösa förbannelser (Rathod, Kingdon, Pinninti, Turkington & Phiri, 2015). En lista på kulturellt färgat lidandespråk i olika kulturer ingår i *DSM-5*. Ett viktigt tillägg är att flyktingar i Sverige är en heterogen grupp med stor spridning i utbildningsnivå, ålder och grad av integration (Statistiska centralbyrån, 2014).

En systematisk litteraturoversikt av Bogic et al. (2015) beträffande 29 studier som undersökt prevalens av depression, PTSD och ospecificerat ångestsyndrom hos flyktingar har visat på en mycket stor heterogenitet i resultaten mellan olika studier, flyktingarnas

ursprungsländer och mellan mottagarländer. Studierna var gjorda på vuxna flyktingar minst fem år efter flykten. Lägre snittprevalens förekom oftare i studier av högre metodologisk kvalitet. För alla tre diagnoser återfanns i en majoritet av studierna prevalensskattningar på runt eller över 20 %. Då över hälften (56 %) av de undersökta studierna enligt artikelförfattarna var av lägre kvalitet är det oklart hur giltiga resultaten är och om de kan generaliseras till svenska förhållanden.

Även i Sverige har en studie indikerat en betydligt högre prevalens av psykisk ohälsa hos nyanlända syrier jämfört med normalpopulationen. Med hjälp av Hopkins Symptom Checklist som mäter symptom på depression och ångest kom man fram till en prevalensskattning på 36 %. För PTSD påvisades en prevalens på 30 % för samma grupp. Runt 30 % hade utsatts för tortyr (Tinghög et al., 2016). Deltagarna hade fått uppehållstillstånd av asylskäl mellan 2011 och 2013. De hade alltså varit i Sverige kortare tid än de flyktingar som ingick i majoriteten av de studier som granskades i Bogic et al. (2015) där en median på 9 år rapporterades. Det kan inte uteslutas att de högre skattningarna i den svenska studien kan bero på att kortare tid passerat sedan flykten.

Resultaten i de båda ovan nämnda studierna skulle kunna jämföras med siffror som uppskattats för populationen i allmänhet. I en större europeisk studie (n = 21 425) indikerades 12-månadersprevalens för depression och ångest till runt 13 % samt för PTSD knappt 1 % hos personer som inte hade flyktingbakgrund (Alonso et al., 2004). Den undergrupp diagnoser som normalt behandlas i primärvården verkar alltså vara överrepresenterad hos flyktingar. Den fysiska hälsan har också indikerats vara sämre hos personer med flyktingbakgrund i Sverige än befolkningen i övrigt (Socialstyrelsen 2009). Flyktingar i Sverige verkar trots sin högre prevalens av psykisk ohälsa mer sällan söka specifik psykiatrisk vård för sina besvär (Socialstyrelsen, 2015).

Skillnaden i psykisk hälsa mellan relativt nyanlända flyktingar och den allmänna befolkningen har i tidigare forskning förklarats utifrån en social gradient. Flyktingar har generellt en lägre socioekonomisk status i Sverige och detta i sig påverkar risken för psykisk ohälsa (Tinghög, Hemmingsson & Lundberg, 2007). Detta har i sin tur kopplats till olika faser i migrationsprocessen som i samverkan skapar en särskild sårbarhet hos flyktingar. Pre-migrationsfaktorer är exempelvis individens socioekonomiska situation i hemlandet och de traumatiska erfarenheter som gett upphov till flyktbeslutet. Migrationsfaktorer hänvisar till negativ påverkan utifrån händelser i samband med själva flykten. Postmigrationsfaktorer handlar slutligen om olika sorters svårigheter kopplade till integrationsprocessen i det nya

samhället såsom socioekonomiska utmaningar, statusförlust, upplevelser av rasism samt nya migrations-processer kopplade till familjeåterförening (Bhugra et al., 2011).

Tidigare forskning har i hög utsträckning fokuserat på premigrations- och migrationsfaktorer som förklaringsmodell för psykisk ohälsa hos flyktingar i väst (Porter & Haslam, 2005; Regel & Berliner, 2007). Detta trots att postmigrationella erfarenheter i en metaanalys indikerats vara en central faktor i sammanhanget (Porter & Haslam, 2005). Den migrationsfas som flyktingen befinner sig i påverkar också vilken typ av insatser som behövs (Socialstyrelsen, 2015). På flera större orter i Sverige finns det sedan lång tid tillbaka specialistenheter där psykologer behandlar flyktingar som utsatts för trauma och tortyr, bland annat Röda Korsets behandlingscentrum för krigsskadade och torterade. Det kan antas att det i dessa verksamheter finns expertkompetens kring ämnet psykisk ohälsa hos flyktingar. Det är däremot oklart om deras resurser räcker till för att täcka behoven hos den stora mängd flyktingar som kommit till Sverige de senaste åren.

Psykologer i primärvården. Det har blivit allt vanligare att psykologer arbetar i primärvården. Mellan 2011 och 2015 hade andelen vårdcentraler med tillgång till psykolog ökat med 13 %. 2015 hade 63 % av Region Skånes vårdcentraler tillgång till psykolog vilket motsvarade snittet för svenska landsting (Sveriges Psykologförbund, 2016).

Det saknas struktur och riktlinjer för hur psykologers arbete i primärvården ska bedrivas. Brist på tydlig ansvarsfördelning mellan psykiatri och primärvård har rapporterats (Socialstyrelsen, 2007). Tidigare studier har även indikerat att den svenska primärvården i hög utsträckning behandlar psykiska problem som i första hand bör hanteras i specialistpsykiatri (Sundquist, Ohlsson, Sundquist & Kendler, 2017). Representanter från Röda Korset har i media beskrivit långa kötider för traumabehandling i deras verksamhet och att specialistpsykiatri i allmänhet saknar resurser för att möta efterfrågan på behandling för psykisk ohälsa hos flyktingar (Lerner & Letmark, 2015).

Socialstyrelsen har i sin nationella utvärdering om vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni från 2013 hävdade att mer än 70 % av de patienter som behandlas för depression och ångestsyndrom behandlas i primärvården (Socialstyrelsen, 2013).

I ett kunskapsunderlag för primärvården gällande psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter från Socialstyrelsen har det indikerats att psykologer och annan vårdpersonal i primärvården har begränsade kunskaper om kulturell psykologi och flyktingtrauma. Flyktingar med psykisk ohälsa kommer samtidigt oftare i kontakt med primärvården än med specialistpsykiatri, bland annat mot bakgrund av att psykiatrisk vård

kan vara starkt stigmatiserad i den kultur patienterna kommer ifrån. Remissförsök kan således ofta misslyckas. Besvären beskrivs ibland på ett för den ovane diffust sätt och kan ta sig uttryck genom kroppsliga symptom. Primärvården är i sin tur anpassad till korta vårdtider vilket tillsammans med brist på specifik flyktingkompetens kan öka risken för fel-diagnosticering eller att relevanta symptom inte upptäcks (Socialstyrelsen 2015).

Psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT). KBT är ett samlingsnamn för psykoterapier där patienten tränar på att använda nya beteenden och tankemönster för att minska psykiska problem. Socialstyrelsen (2017) har rekommenderat KBT som en prioriterad form av psykoterapi vid lindrig till medelsvår egentlig depression hos vuxna. Även vid behandling av ångestsyndrom hos vuxna har Socialstyrelsen (2017) rekommenderat KBT framför en del andra psykoterapiformer. Detta för samtliga underkategorier av ångestsyndrom som berörs i riktlinjerna, det vill säga generaliserat ångestsyndrom (GAD), paniksyndrom, tvångssyndrom, post-traumatiskt stressyndrom (PTSD) och social fobi.

En nyligen publicerad metastudie av 144 randomiserade kontrollerade forskningsstudier har indikerat en hög effekt för kognitiv beteendeterapi vid behandling av egentlig depression, paniksyndrom, GAD och social fobi hos vuxna. En majoritet av de inkluderade studierna bedömdes dock inte vara av tillräckligt hög kvalitet, bland annat mot bakgrund av hur begreppet kontrollgrupp definierats. Vid justering för detta minskade den signifikanta effekten till låg eller måttlig (Cuijpers, Cristea, Karyotaki, Reijnders & Huibers, 2016). Vid PTSD hos vuxna har olika former av kognitiv beteendeterapi i ett flertal studier påvisats ha måttlig till hög effekt vad gäller minskning av PTSD-symptom. Starkast stöd har exponeringsbaserade interventioner (Cusack et al., 2016).

Evidensläget för KBT-interventioner i primärvården är mindre klarlagt. En metastudie som undersökt psykologisk behandling av egentlig depression i primärvården inkluderade endast nio KBT-studier, många av lägre metodologisk kvalitet. Låg till måttlig effekt rapporterades (Cuijpers, van Straten, van Schaik & Andersson, 2009). En metaanalys av tolv randomiserade kontrollerade studier med kontrollgrupp rörande KBT-behandling av ångestsyndrom hos vuxna i primärvården indikerade en måttlig effekt för KBT vid GAD och social fobi. Artikelförfattarna noterade också att de rapporterade effektstorlekarna var lägre än vad som generellt beskrivits för KBT-behandling av ångestsyndrom i specialistpsykiatrin. (Seekles et al., 2013). Alla undersökte studier utom en hade även här metodologiska brister.

Lätt till medelsvår egentlig depression och ångestsyndrom inklusive PTSD av icke-komplex typ skall inom ramen för landstingsverksamheten i Skåne normalt behandlas inom primärvården (Region Skåne, 2017).

Psykoterapeutisk behandlingsallians. På senare år har psykoterapiforskningen fokuserat allt mer på att identifiera gemensamma faktorer som kan predicera behandlingsutfall oberoende av terapiform, det vill säga utöver exempelvis specifika KBT-verktyg. Den gemensamma faktor som genererat flest vetenskapliga studier hittills är psykoterapeutisk allians (Muran & Barber, 2010).

Ett stort antal studier har indikerat att alliansfaktorer har måttlig effekt när det gäller att predicera positiva behandlingsutfall. Slutsatsen har kritiserats av en del forskare, i synnerhet utifrån att det finns metodologiska brister i en del av de studier som undersökt alliansbegreppet (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Wampold, 2015).

Begreppet psykoterapeutisk allians kan definieras på olika sätt. En tidig definition som fortsatt används (Wampold, 2015) är att psykoterapeutisk allians har uppnåtts om tre olika kriterier uppfyllts gällande kvaliteten på samarbetsrelationen mellan terapeut och patient. Den första är positiv känslomässig bindning mellan patient och behandlare som skapar förutsättningar för att patienten ska känna sig förstörd. Det andra kriteriet är att terapeut och patient nått en ömsesidig överenskommelse kring vad man vill arbeta med i terapin. Slutligen krävs också att man har kommit överens om vilka verktyg som behöver användas för att förändringen skall kunna ske (Bordin, 1979).

Begreppet psykoterapeutisk allians har sitt ursprung i den psykoanalytiska traditionen men används också i nytolkad form av många psykologer med teoretisk utgångspunkt i kognitiv beteendeterapi. Den definition av allians som har använts i KBT är i all väsentlighet identisk med den som beskrivits i förra stycket (Kåver, 2011; Muran & Barber, 2010).

Samlad forskning har indikerat att en starkare behandlingsallians korrelerar med bättre behandlingsutfall även i KBT-baserad psykoterapi (Muran & Barber, 2010). I en KBT-kontext har begreppet terapeutisk allians ofta konceptualiserats som en hjälpfaktor i användandet av specifika KBT-verktyg. God allians betraktas alltså som en konsekvens av den symptomförbättring som möjliggjorts av att rätt verktyg tillämpats på korrekt vis och inte som en självständig förändringsfaktor (Muran & Barber, 2010).

Psykologisk behandling av flyktingar. Olika former av hjälp i syfte att nå psykologiskt läkande praktiserar i många kulturer. Ett exempel på ett sådant verktyg som är starkt förknippat med den västerländska kulturen är psykoterapi. Psykoterapeutiska

behandlingsmodeller som KBT är baserade på hur beteenden, tankar, känslor och mänskligt sätt att vara begripliggörs av de dominerande grupperna i Nordamerika och Västeuropa. Om dessa föreställningar om mänskligt fungerande är inkongruenta med patientens kan psykologisk behandling vara svår att genomföra (Benish, Quintana & Wampold, 2011).

Det har ifrågasatts om konventionell KBT ger likvärdig effekt vid behandling av personer som tillhör minoritetsgrupper av annan etnisk eller kulturell bakgrund än den västerländska. En hypotes som har framförts är att psykoterapeutisk behandling av personer med annan kulturell bakgrund än majoritetsbefolkningen i Nordamerika och Västeuropa kan vara mer effektiv om den anpassas till de kulturella värderingar som är vanligt förekommande i den etniska minoritetskulturen (Hinton & Jalal, 2014).

Flera metaanalyser (Benish et al., 2011; Griner & Smith, 2006) har indikerat att kulturellt anpassad KBT leder till signifikant bättre terapiutfall, låg till måttlig effekt, jämfört med konventionell KBT. Detta när det ges till vuxna med kulturell minoritetsbakgrund såsom personer med afroamerikansk eller latinamerikansk bakgrund i USA.

Den signifikanta moderatoren för effekten har i Benish et al. (2011) identifierats vara en ömsesidigt accepterad förklaringsmodell för de symptom patienten upplever. Patientens kulturellt influerade syn på vad som orsakat problemen och hur de bäst bör lösas behöver tillåtas ta plats i terapin, inte enbart de kulturellt färgade antaganden som ligger till grund för behandlarens psykoterapeutiska verktyg. Andra faktorer såsom att matcha etnisk, kulturell eller språklig bakgrund hos patient och behandlare saknade däremot signifikans för utfallet (Benish et al., 2011). Underlaget för metaanalysens slutsatser är baserat på ett litet antal studier med varierande metodologisk kvalitet vilket särskilt bör betonas i resonemanget kring effektskattningar för enskilda modererande faktorer.

Tidigare forskning har vidare beskrivit att vårdpersonal som upprepat exponeras för svåra berättelser av trauma, våld och kriser i sitt arbete själva kan utveckla psykisk ohälsa. (Sorenson, Bolick, Wright & Hamilton, 2016). Behandlare har förklarats kunna drabbas av så kallad sekundärtraumatisering, ett tillstånd med en symptombild som liknar det vid trauma. Exempelvis kan det röra sig om undvikande eller återupplevande av de svåra berättelser man fått berättat för sig. En bredare term är ”compassion fatigue”. Symptomen liknar utmattningssyndrom och yttrar sig vanligen som emotionell, kognitiv och fysisk utmattning som leder till svårigheter i att behålla ett empatiskt bemötande i patientkontakten (Figley, 1995). En svensk översättning av begreppet är empatisk utarmning och har också rapporterats specifikt hos behandlare som möter flyktingar (Möller, Petrini & Gustavsson, 2017).

Risikfaktorer för att utveckla empatisk utarmning har bland annat beskrivits som höga krav på empatiskt bemötande kombinerat med en brist på tillräckligt stöd från verksamheten och en begränsad möjlighet att ge tydlig information i patientmötet (Sorenson et al., 2016).

Kognitiv beteendeterapi med flyktingar. Ett mindre antal studier har specifikt undersökt KBT-baserad psykoterapi med flyktingpatienter. En systematisk litteraturoversikt av Tribe, Sendt och Tracy (2017) utvärderade det aktuella evidensläget för psykosociala interventioner med vuxna flyktingar som uppvisat symptom på ångest, depression och post-traumatisk stress.

I översikten ingick 40 studier med varierande forskningsdesign (randomiserade kontrollerade studier, studier med kvasiexperimentell design samt observationsstudier). Den terapiform som bedömdes ha mest robust forskningsstöd var narrativ exponeringsterapi som är besläktat med KBT men som av artikelförfattarna inte bedömts kunna inbegripas i KBT-begreppet. En majoritet av de studier som undersökts bedömdes ha metodologiska brister.

Tre randomiserade kontrollerade studier av kulturellt anpassad KBT med flyktingar i Sydostasien (Hinton et al., 2004; Hinton et al., 2005; Hinton, Hofmann, Pollack & Otto, 2009) har påvisat signifikanta minskningar av symptom på ångest och post-traumatisk stress med måttliga effektstorlekar. Samma forskargrupp har genomfört alla tre studier och det är således svårt att dra tydliga slutsatser utifrån resultaten (Tribe et al., 2017).

Evidensläget för konventionell, icke-anpassad KBT vid behandling av flyktingar bedömdes av Tribe et al. (2017) som begränsat, detta med grund i att man endast identifierat två studier som undersökt detta med varierat resultat. I den ena studien av Paunovic och Öst (2001) jämfördes KBT med ren exponeringsterapi för flyktingar med PTSD-symptom. En signifikant minskning av symptom på post-traumatisk stress, depression och ångest kunde påvisas för båda betingelserna men studien saknade kontrollgrupp. I den andra studien, en större randomiserad kontrollerad studie av Buhmann, Nordentoft, Ekström, Carlsson och Mortensen (2016) undersöktes KBT med inslag av ACT och mindfulness i behandling av post-traumatisk stress och depressivitet. Grupperna fick behandling med KBT, läkemedel eller en kombinationsbehandling. Ingen signifikant minskning av PTSD-symptom rapporterades för gruppen som endast fick KBT.

I metastudien ingick också ett litet antal forskningsstudier med bas i traumafokuserad KBT. De uppvisade i vissa fall lovande resultat men metodologiska brister och få deltagare gjorde det svårt att dra några säkra slutsatser utifrån detta (Tribe et al., 2017). Psykoedukation

har avslutningsvis i tidigare forskning beskrivits som ett lämpligt KBT-verktyg i mötet med flyktingpatienter som efterfrågar mer praktisk hjälp (Regel & Berliner, 2007).

Allians med flyktingar. Tidigare forskning har identifierat flera utmaningar i behandlingsarbete med flyktingar som kan kopplas till specifika delar av alliansbegreppet. Vad gäller att etablera en känslomässig positiv bindning mellan patient och psykolog har tidigare forskning indikerat att flyktingar kan känna ett motstånd i att acceptera känslomässig hjälp från personer utanför familjen eller den religiösa kontexten (Fabri, 2001).

Vidare kan också svårigheter att kommunicera på grund av att patient och psykolog saknar ett gemensamt språk leda till missförstånd som negativt påverkar alliansen. I primärvården rekommenderas ett generöst användande av tolktjänster (Kirmayer et al., 2011). En kvalitativ studie noterade att patienten ofta inledningsvis når en allians med tolken och först senare med psykologen. Om tolken förmedlar värme och förståelse i översättningsarbetet är det lättare för flyktingpatienten att dela med sig av svåra berättelser. Tolken kan också hjälpa psykologen förstå patientens kulturspecifika uttryck för psykisk ohälsa (Miller, Martell, Pazdirek, Caruth & Lopez, 2005).

Även resultaten från en kvalitativ studie från Danmark där tolkar, flyktingar och behandlare intervjuats om sina erfarenheter av psykoterapi tyder på att åtminstone flyktingpatienterna generellt upplever det som positivt när tolken blir en aktiv del av alliansen (Mirdal, Ryding & Essendrop Sondej, 2012). I båda studierna beskrev behandlarna själva en ambivalens inför att tolken går utanför de stipulerade ramarna för mötet.

De delar av alliansbegreppet som behandlar att nå en samsyn kring lämpliga mål, strategier och tekniker kan också relateras till utmaningar som beskrivits i psykoterapi med flyktingpatienter. Svårigheter kring att bedöma lämpliga gränsdragningar kring terapins ramar med grund i olika förväntningar på psykolog- och patientrollen har beskrivits i flera studier (Bhugra et al., 2011; Fabri, 2001). Det kollaborativa samarbete och jämlika relation mellan patient och psykolog som är karaktäristiskt för en god allians i KBT-behandling (Kåver, 2011) kan generera svårigheter i mötet med personer som har bakgrund i kulturer där en mer hierarkisk syn på vårdauktoriteter är vanligt förekommande. Patienter som efterfrågar en mer rådgivande och styrande hjälparroll från behandlarens sida kan ha svårt att ta till sig konventionell psykoterapi (Bhugra et al., 2011).

Det förekommer också att patienten efterfrågar mer praktisk hjälp än behandlaren är villig att ge vilket kan leda till frustration hos såväl behandlare som patient (Al-Roubaiy, 2014). Detta kan inbegripa en föreställning om att behandlaren bör hjälpa till med att skriva

intyg till myndigheter (Bhugra et al, 2011). Det har beskrivits som positivt av såväl patient som behandlare när praktisk hjälp ges. Samtidigt föreligger då också en risk att behandlare överengagerar sig i patienten vilket i sin tur kan leda till hög grad av stress och symptom på empatisk utarmning (Mirdal et al., 2012). Det förekommer också att behandlare undervärderar betydelsen av en svår socioekonomisk situation hos patienten till förmån för ett överdrivet fokus på att bearbeta tidigare trauman (Regel & Berliner, 2007). Detta i sin tur kan göra det svårt att formulera mål som upplevs som relevanta för patienten.

I en doktorsavhandling med kvalitativ ansats intervjuades irakiska flyktingar och behandlare om sina respektive erfarenheter av psykologisk behandling. Både behandlare och patienter upplevde att behandlarna undvek att prata om frågor som berörde religion och kultur. Patienterna upplevde att behandlarna var ointresserade av viktiga delar av den egna identiteten och behandlarna beskrev sig som rädda att kränka patienten (Al-Roubaiy, 2014).

Patientens behov av att känna ömsesidig trygghet och tillit i terapisituationen är en annan viktig del av alliansbegreppet i KBT (Kåver, 2011). En stor del av de nyanlända flyktingarna i Sverige har utsatts för tortyr (Tinghög et al., 2016). Personer som utsatts för tortyr har ofta svårt att bygga upp ett grundläggande förtroende för andra människor vilket kan försvåra alliansbyggandet (Regel & Berliner, 2007). Ett sätt att bygga trygghet och tillit i terapirummet är att ta användning av patientens familjenätverk. Familjen kan exempelvis vid enstaka tillfällen uppmanas att medverka i terapirummet (Kirmayer et al., 2011).

Behov av kvalitativ forskning om flyktingar. En nyligen publicerad internationell sammanställning av evidensläget för psykosociala interventioner med flyktingpatienter har rekommenderat att fler studier med kvalitativ ansats genomförs på området. Detta i syfte att identifiera vad flyktingar upplever som meningsfull psykoterapeutisk behandling i den lokala sjukvårdskontext där den äger rum. För att kunna hitta interventioner som är lämpliga och möjliga att utföra behöver studier med kvalitativ ansats undersöka upplevelser av psykoterapi i det specifika sjukvårdssammanhanget (Tribe et al., 2017).

En sammanställning av aktuell forskning om kulturell psykologi i Norden har också signalerat ett specifikt behov för explorativ forskning med kvalitativ ansats rörande kvaliteten på den vård som erbjuds till flyktingar med psykisk ohälsa i de nordiska länderna (Ekblad & Kastrup, 2013). Utifrån att tidigare forskning om psykisk ohälsa hos flyktingar har fokuserat på hur premigrations- och migrationsfaktorer påverkar skeendet (Porter & Haslam, 2005) torde det också finnas ett allmänt behov av forskning som undersöker postmigrationella förklaringsfaktorer.

Få studier som undersökt hur svenska psykologer i primärvården upplever sin arbetssituation har kunnat identifieras. I en studie som primärt undersökte primärvårdsp psykologers erfarenheter av internetterapi berördes dock även den allmänna upplevelsen av arbetssituationen. Vanliga teman var brist på förståelse för psykologens kompetens och ett stort fokus på att nå verksamhetens budgetmål på bekostnad av patientens bästa (Kivi et al., 2015). Ett fåtal studier har genom kvalitativ metod också undersökt behandlares upplevelser av terapiliknande behandling med flyktingpatienter (Al-Roubaiy, 2014; Schweitzer, Wyk & Murray, 2015). Studierna har haft en bredare definition av vem som räknas som behandlare och har även inkluderat deltagare som arbetar utanför primärvården eller inte arbetar specifikt utifrån kognitiv beteendeterapi.

Syfte

Syftet med studien är att generera ny kunskap om svenska primärvårdsp psykologer upplevelser av KBT-behandling med flyktingar i postmigrationsfasen. Detta i den särskilda kontext som föreligger efter de senaste årens stora flyktinginvandring till Sverige.

Metod

Kvalitativ forskningsansats

Eftersom målet med studien var att generera explorativ, kontextspecifik forskning om hur psykologer i svensk primärvård upplever psykologisk behandling av flyktingar bedömdes en kvalitativ ansats vara den mest lämpliga. Olika kvalitativa metoder kan vara mer eller mindre passande beroende på den specifika forskningsfrågan. Studiens epistemologiska förankring, kunskapsanspråket, påverkar även det vilken metod som är lämplig (Willig, 2013).

IPA. I den aktuella studien valdes tolkande fenomenologisk analys (IPA) som analysmetod. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) ämnar ge förutsättningar till att forskaren skall kunna tillskansa sig en rik och detaljerad beskrivning av ett antal informanternas upplevelser. Metoden är särskilt lämpad att använda när målet är att beskriva hur en någorlunda homogen grupp människor skapar mening av en särskild situation som de har gemensamt. I synnerhet är metoden att föredra när de tilltänkta informanterna bedöms befinna sig i en komplex kontext som är svår att begripliggöra för individen och således ger upphov till intensiv mental bearbetning genom exempelvis känslor samt tankar (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

IPA är en kvalitativ metod som har sin grund i såväl fenomenologisk som hermeneutisk teori. Metoden har en deskriptiv, fenomenologisk ansats i sin ambition att

beskriva deltagarnas subjektivt upplevda känslor, tankar och förnimmelser. Eftersom dylik insikt anses möjlig att uppnå kan IPA också sägas ha ett realistiskt kunskapsanspråk. Samtidigt är metoden i enlighet med hermeneutiska metoder också tolkande då den inte gör anspråk på att objektivt kunna beskriva deltagarnas upplevelser. Kunskapsanspråket i IPA är således även reflexivt eftersom det är beroende av forskarens tolkningar (Willig, 2013).

Forskaren kan aldrig i sin helhet fånga deltagarnas livsvärld och upplevelser. Forskningsresultatet blir ofrånkomligt en produkt av interaktionen mellan forskare och deltagare samt forskarens egen förförståelse. Smith et al. (2009) skriver att forskaren i detta ägnar sig åt så kallad dubbel hermeneutik. Detta genom att ”Försöka begripliggöra hur forskningsdeltagaren försöker begripliggöra sina upplevelser” (s. 3).

Utöver fenomenologi och hermeneutik vilar IPA också på ideografisk grund. Det innebär att man är intresserad av att tillskansa sig djupgående kunskap om hur en specifik person skapar mening av en situation. Innan det är möjligt att gå vidare till att studera andra informanter måste forskaren ha försäkrat sig om att en viss kunskapsmättnad har uppnåtts i det specifika fallet (Willig, 2013). Med grund i detta har IPA-studier ofta en mindre mängd informanter, på masterexamens-nivå vanligen cirka tre deltagare. (Smith et al., 2009). IPA gör till skillnad från exempelvis grundad teori inte heller anspråk på att kunna generera bred kunskap som kan förklara fenomen genom att identifiera påverkansfaktorer (Willig, 2013).

Ett viktigt syfte med studien var slutligen också att beskriva hur såväl psykologens som patientens kulturella kontext påverkar mötet. IPA:s karaktäristiska fokus på individuella upplevelser skapar också förutsättningar för att identifiera hur annars flyktiga fenomen som kultur påverkar deltagarnas meningsskapande (Smith et al., 2009).

Förförståelse i IPA. Ett viktigt grundantagande i IPA är att forskaren bör inta ett reflexivt förhållningssätt till data som genereras. Smith et al. (2009) beskriver att ”Även om en IPA-analys primära fokus är deltagarnas levda upplevelser och hur dessa upplevelser begripliggörs av individen är slutresultatet alltid en återgivning av hur forskaren tänker att studiedeltagaren tänker” (s. 80).

Den egna förförståelsen påverkar såväl tolkandet av intervjumaterial som det sätt på vilket det övriga materialet arbetas fram. Detta är något som forskaren bör omfamna genom att aktivt använda sin förförståelse för att nå en djupare förståelse av datan istället för att ställa den åt sidan. Den kunskap som genereras är en syntes av informantens upplevelser och intervjuarens subjektiva tolkningar (Willig, 2013).

Om forskaren är medveten om sin egen förförståelse skapar det förutsättningar för att komma närmare essensen i deltagarnas upplevelser. Detta eftersom forskaren då kan försöka separera eller sätta inom parentes den egna förförståelsen, ”bracketing” på engelska, i mötet med deltagarnas deskriptiva beskrivning av upplevelserna. Det blir alltså möjligt att i efterhand begripliggöra på vilket sätt forskarens livsvärld kan ha påverkat den resulterande tolkningen. En reflexiv attityd till datan blir således möjlig (Smith et al., 2009). Genom att undertecknads förförståelse kring ämnet redogörs för i nästa stycke kan läsaren få en inblick i hur den kan ha påverkat arbetet.

Egen förförståelse. Undertecknad har ett privat intresse för integrationsfrågor som blivit särskilt starkt under de senaste årens stora flyktingströmmar. Möjligheten att på samma gång förkovra sig i psykoterapiforskning och kulturmöten har varit den huvudsakliga drivkraften i arbetet. Undertecknad har endast erfarenhet av psykologiskt behandlingsarbete inom ramen för psykologprogrammets studentmottagning. Vid en handfull tillfällen har undertecknad i behandlingsliknande sammanhang arbetat med personer med annan kulturell bakgrund. Undertecknad har också läst psykologi samt gjort psykologpraktik i ett utomeuropeiskt land. Dessa upplevelser har naturligtvis genererat tankar och föreställningar som kan ha påverkat.

Det är också möjligt att undertecknads personliga värderingar och yrkesetiska ståndpunkter kan ha haft en inverkan på intervju- och analysarbetet. Resonemang kopplade till gränsdragningar kring ramar i terapirummet har exempelvis varit återkommande i intervjuarbetet där undertecknads relativt restriktiva syn på sådana avvikelser kan ha påverkat hur upplevelserna sedermera begripliggjordes och tolkades.

Urval och rekrytering

I den här studien tillämpades ett ändamålsenligt urval. Metoden är en lämplig rekryteringsmetod i studier som baseras på tolkande fenomenologisk analys då den möjliggör att identifiera ett någorlunda homogent urval av personer som bedöms besitta den typ av upplevelser som är intressanta för studien (Smith et al., 2009)

Rekryteringsprocessen inleddes med att ett formellt informationsbrev författades av undertecknad. I brevet ingick inklusionskriterier, beskrivning av studien och informerat samtycke (*Bilaga 3*). Informationsbrevet godkändes av handledare innan kontakt med presumtiva deltagare togs. Deltagare till studien rekryterades via tre olika plattformar. Två informanter rekryterades genom telefonkontakt med vårdcentraler i södra Skåne som av undertecknad bedömdes ha ett upptagningsområde med en stor andel patienter med

flyktingbakgrund. Rekrytering skedde även genom annonser i två slutna diskussionsgrupper för legitimerade psykologer på internet, detta via webbsidan Facebook. En informant anmälde intresse genom att svara på annonsen. I syfte att säkerställa deltagarens anonymitet raderades annonsen när rekryteringsprocessen var avslutad.

E-postinbjudningar skickades också ut till personer i Skåne som bedömdes ha erfarenhet av att behandla flyktingar i primärvården. Detta genererade ytterligare en informant som ingick i studien. Efter att informanterna bedömts uppfylla inklusionskriterierna delgavs de det formella informationsbrevet via e-post och godkände sin medverkan. Utöver de fyra deltagarna anmälde fem personer intresse men bedömdes inte uppfylla inklusionskriterierna. En extra informant bokades in som reserv men intervjun genomfördes inte. Intervjuerna genomfördes i september och oktober 2017 och spelades in med hjälp av undertecknads Iphone. Inspelningarna raderades efter genomförd transkribering. Tre intervjuer genomfördes på informanternas arbetsplatser och en utfördes på en avskild men offentlig plats.

Deltagare. Fyra informanter intervjuades. Samtliga var legitimerade psykologer som arbetade på vårdcentraler i Skåne. Tre av deltagarna uppgav att en majoritet av patienterna de mötte i det dagliga behandlingsarbetet hade flyktingbakgrund, i synnerhet från länder med muslimsk majoritet i Mellanöstern. En stor del av patienterna uppgavs befinna sig i postmigrationsfasen. En deltagare hade lång erfarenhet av att behandla flyktingpatienter i primärvården men arbetade sedan något år på en vårdcentral med begränsad andel flyktingpatienter.

De fyra informanterna var av olika ålder och kön samt hade en varierande grad av arbetslivserfarenhet. Ingen av informanterna definierade sig som av icke-nordisk bakgrund. Kompletterande demografisk information samlades också in under intervjuerna i syfte att kunna redovisa hur personliga egenskaper kan ha påverkat informanternas förförståelse om ämnet (se *Bilaga 2* för deskriptiv demografisk information för respektive informant).

Datainsamling

Fyra halvstrukturerade intervjuer utfördes och det transkriberade materialet utgjorde sedan grunden för analysen. Materialet transkriberades i datorprogrammet Express Scribe. Alla meningsbärande ord, längre pauser, suckar, skratt samt tydliga betoningar på vissa ord noterades i transkripten. I en IPA-analys är det lämpligt med datainsamlingsmetoder som skapar förutsättningar för att den enskilde deltagaren ska kunna dela med sig av en så rik och detaljerad beskrivning av sina upplevelser som möjligt. Deltagaren måste också få möjlighet

att tala fritt och utveckla sina resonemang på ett rimligt sätt (Smith et al., 2009). Med detta som grund valdes halvstrukturerade intervjuer ut som en passande metod.

En intervjuguide formulerades (*Bilaga 1*) med utgångspunkt i en kortare litteraturgenomgång som genomförts för att generera idéer kring lämpliga frågeområden. I arbetet med intervjuguiden var huvudsakligt fokus att lyckas formulera så breda, icke-ledande och öppna frågor som möjligt. Mer specifika så kallade triggerfrågor, ”prompts” förbereddes för att kunna ställas om någon informant hade svårt att leverera tillräckligt rika beskrivningar av sina upplevelser (Smith et al., 2009).

Tre övergripande frågeområden med underkategorier valdes ut. Frågor kring kontexten syftade till att fånga upplevelser på en mer abstrakt metanivå och frågor kring KBT-verktyg samt allians ämnade i sin tur frambringa mer konkreta reflektioner kring upplevelsen i terapirummet. Med grund i frågeställningarnas bredd förbereddes deltagarna på att intervjun kunde pågå i upp till nittio minuter. I snitt tog intervjuerna cirka sjuttio minuter i anspråk per deltagare och avslutades när undertecknad bedömde att alla frågor hade besvarats.

Beroende på informantens svarsstil kan kvalitativa djupintervjuer skilja sig stort från varandra och det är därför viktigt att ha en flexibel attityd till intervjuguiden (Smith et al., 2009). I vissa fall ställdes några av frågorna inte explicit då informanten i en längre monolog besvarade ett stort antal frågor. I andra fall ställdes samtliga frågor ordagrant och med flera triggerfrågor. Frågorna ställdes också i olika ordning beroende på vad som bedömdes lämpligt. Samtliga frågeområden bedömdes ha berörts i tillräcklig omfattning i alla intervjuer.

Analysmetod

I syfte att utföra en så korrekt tolkande fenomenologisk analys (IPA) som möjligt följdes de fem steg som beskrivs i metodutvecklarens manual (Smith et al., 2009) på ett detaljerat sätt. Detta är av särskild vikt när forskaren inte har tidigare erfarenhet av att arbeta med IPA (Smith et al., 2009) vilket var fallet i den här studien. All dataanalys utfördes via datorprogrammet Microsoft Word.

Steg för IPA. När materialet transkriberats genomlyssnades inspelningen i sin helhet. Parallellt med detta noterades de initiala reflektioner som uppstod under processen, detta i syfte att tillfälligt lägga dessa åt sidan för att kunna återgå till att fokusera på datan, detta i enlighet med fenomenologisk ”bracketing”. (Smith et al., 2009). Noteringarna inkluderade såväl de känslor som olika delar av intervjun genererat hos undertecknad som reflektioner kopplade till den egna förförståelsen kring ämnet. Materialet genomlästes ytterligare en gång innan analysen fortsatte till nästa steg.

I steg två genomlästes det transkriberade i detalj och kodades i enlighet med de tre analysnivåer som rekommenderats för IPA (Smith et al., 2009). I varje stycke av texten noterades analyskommentarer i högermarginalen. I syfte att nå ett tillräckligt djup i analysen genomfördes alla tre analysnivåer simultant för varje enskilt stycke i texten.

Den första nivån bestod av så kallade deskriptiva kommentarer. Dessa markerades med normalt texttypsnitt (*Tabell 1* återger ett exempel på analysens steg och utfall). Här sammanfattades det som informanten ordagrant uttryckt i textstycket utan någon vidare analys. Analysnivån har ett tydligt fenomenologiskt fokus i att det syftar till att generera förståelse för hur upplevelsernas explicita mening uttrycks av informanterna (Smith et al., 2009). Den andra analysnivån utgjordes av språkliga kommentarer. I detta avsnitt noterades möjligt meningsbärande språkliga uttryckssätt hos informanten som framgick av det transkriberade materialet. Tydlig betoning på vissa ord, känsloladdade uttryck, tvekan och längre pauser är exempel på material som antecknades. Språkliga kommentarer markerades med kursiverad text.

Den tredje och sista analysnivån bestod av så kallade konceptuella kommentarer och markerades med understruken text. Här påbörjades en djupare analys av textens implicita mening. De noteringar som gjordes var relaterade såväl till det enskilda stycket som informantens övergripande antaganden. Även reflexiva kommentarer baserade på undertecknads förförståelse kring ämnet noterades. Kommentarer formulerades som frågeställningar då en övergripande förståelse för narrativets helhet ännu saknades vilket gjorde att viss försiktighet i tolkningen var lämpligt (Smith et al., 2009).

Efter att samtliga analysnivåer noterats avslutades steg två av tolkningen och arbetet övergick till steg tre av IPA-analysen. Här noterades kortfattade, tentativa teman i textens vänstermarginal genom att koncentrera den data som genererats i steg två. I den reducering av data som utfördes tog undertecknad en mer central roll i tolkningen av informanternas upplevelser. Om analysen är noggrant utförd är detta inte något problem då forskarens begripliggörande av informanternas upplevelser i dylika fall tenderar att ligga nära hur informanten själv begripliggör sin livsvärld (Smith et al., 2009). Tematiseringen utfördes med växelvis fokus på det specifika textavsnittet och den övergripande helheten.

Tabell 1. Exempel på analys och tentativa teman

Tentativa teman	Originaltranskript	Kodning, tre analysnivåer
<p>Vikten av att ha lärt sig se ljuset i slutet av tunneln, kunna motivera sig som psykolog trots begränsade förändringsverktyg.</p> <p>Att förmedla förståelse viktigare än att använda rätt verktyg</p> <p>Vikten av att som psykolog inte ge upp, acceptera ofrånkomliga nederlag</p>	<p><i>W: Och, för det var ju många som kom... och där fick man ju vara LITE... vad ska jag säga... att ibland så var det så att... när man kanske var inne hos någon sjuksköterska då på ett första samtal eller någonting att man... att det var väldigt viktigt det här då att... att man kunde gå ut och, liksom, bara HÅLSA på dem och säga att: "Du kan få en tid om en vecka eller två" eller</i></p> <p><i>R: Mm</i></p>	<p>I mötet med flyktingar är oförutsägbara situationer en central omständighet i arbetet. Viktigt att som behandlare kunna leva med att kalendern kan förändras snabbt, ibland till och med ta in ny patient samma dag som den söker. Patientens bästa prioriteras</p> <p><i>Viss tveksamhet i svaret?</i></p> <p><i>"Vilket jag vet att många INTE är och inte heller tycker att man ska VARA"</i></p>
<p>Flexibilitet inför ramar påkallat</p> <p>Det psykologen bedömer som begränsad insats kan göra stora förändringar i patientens liv</p>	<p><i>W: Och hade man fått nåt återbud så kunde man kanske ta någon samma dag, va, så jag blev, var ju väldigt FLEXIBEL. Ja, vilket jag vet att många INTE är och inte heller tycker att man ska VARA, va, men</i></p> <p><i>R: Nej</i></p> <p><i>W: Men just... så tycker... håller jag med om det faktiskt kanske bara ETT möte kan BETYDA väldigt mycket</i></p>	<p><u>Tydlig åsikt om att det ibland är rätt att tänja på terapins ramar för att kunna hjälpa, kunna vara flexibel för att ändamålet (hjälpa) helgar medlen?</u></p> <p><u>Först varit ambivalent men med erfarenhet landat i att kunna ta ställning?</u></p> <p><u>Bland behandlare kontroversiellt huruvida man bör tänja på ramar vad gäller tidsbokning?</u></p>

I steg fyra av analysen flyttades sedan de tentativa teman som framkommit till ett separat dokument. I nästa steg bildades kluster av likartade teman genom att de flyttades runt i texten utifrån vilka ämnen de avhandlade. Materialet rensades ytterligare genom att radera direkta dubletter och istället notera antalet gånger ett visst tema återkommit.

Därefter följde en ingående granskning av samtliga tentativa teman. De upplevelseteman som bedömdes relevanta för studiens frågeställningar kondenserades ned till mellan två och fyra abstrakta övergripande huvudteman med lika många underteman vardera. I enlighet med IPA:s ideografiska ansats lyftes teman med central idiosynkratisk betydelse för

varje enskild deltagare fram. I kontrollsyfte färgkodades samtliga huvudteman med tillhörande underteman och parades ihop med de tentativa teman som initialt identifierats.

Proceduren upprepades därefter för nästkommande intervju i analyssteg fem. Analyserna utfördes i den kronologiska ordning som intervjuerna ägt rum. Stor vikt lades vid att inför varje ny intervjuanalys försöka sätta parentes runt de teman och idéer som genererats i tidigare intervjuer. Detta för att analysera varje upplevelse separat utifrån egna meriter vilket även det är i enlighet med IPA:s ideografiska ansats (Smith et al., 2009).

I det avslutande sjätte analyssteget sammanställdes samtliga huvudteman med underteman från respektive intervju i ett gemensamt dokument (se *Bilaga 4* för redovisning av samtliga individuella teman). Med hjälp av dessa teman tillsammans med intervjumaterialets övriga noteringar genomfördes därefter en analysprocess i syfte att identifiera centrala mönster i psykologernas berättelser. Syftet med analyssteget var att i enlighet med IPA:s fenomenologisk-hermeneutiska ansats söka essensen i deltagarnas upplevelser på metanivå (Smith et al., 2009). De slutgiltiga metateman som identifierades redovisas i resultatdelen.

Etiska ställningstaganden

Studien har utformats i enlighet med de etiska riktlinjer som formulerats av Willig, 2013 och utifrån etikprövningslagen, det vill säga Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS, 2003:460). I studier med kvalitativ ansats är det också viktigt att etiska ställningstaganden behandlas löpande under forskningsprocessens gång (Kvale & Brinkmann, 2014) vilket även det har beaktats i arbetet. Informerat samtycke lämnades av informanterna vid två tillfällen. Innan intervjuerna bokades in hade samtliga informanter tagit del av det formella informationsbrevet (*Bilaga 3*). Informerat samtycke hämtades också in en andra gång, muntligen strax innan varje intervju genomfördes. Studiens deltagare erbjöds också att ta del av den färdiga studien.

Allt material som kan avslöja informanternas identitet har förvarats på säker plats. Ljudinspelningarna har raderats efter avslutat analysarbete och deltagarna har avidentifierats samt getts fingerade namn i det transkriberade materialet. Transkriberingarna kommer att raderas när uppsatsen är godkänd och examinerad. I de citat som återges i uppsatsredovisningen har särskild vikt lagts vid att garantera informanternas anonymitet genom att exkludera eller ändra information som skulle kunna härledas till enskilda informanter. Patientspecifik information har helt uteslutits. I samråd med handledare har också viss information i anonymiserings syfte raderats eller definierats mindre tydligt i de sociodemografiska profilerna (*Bilaga 2*).

Deltagande i forskningsstudier får inte leda till skada för informanterna (Willig, 2013). Eftersom informanterna i sitt arbete möter en patientgrupp som ofta har en utsatt position i samhället (Tinghög et al., 2016) är det möjligt att informanterna själva skulle kunna påverkas emotionellt av sitt deltagande. Detta i synnerhet i samband med den fråga i intervjuguiden (*Bilaga 1*) som berörde hur psykologen hanterar att möta svåra berättelser.

I kvalitativa djupintervjuer som berör svåra upplevelser finns det risk att det utvecklas en kvasi-terapeutisk relation mellan forskare och informant. Detta kan i sin tur väcka känslor som det inte är säkert att intervjuaren kan hantera (Willig, 2013). Vid ett tillfälle blev en informant synligt berörd av en fråga och erbjöds då att avbryta intervjun. Det avböjdes och informanten återgick därefter i neutral stämning. Det bedömdes således inte nödvändigt att förmedla möjlighet till stödsamtal med handledare som är legitimerad psykolog.

Resultat

Ur det analyserade intervjumaterialet framarbetades fyra huvudteman med två till tre underteman vardera (*Tabell 2*).

Tabell 2. Sammanställning av huvudteman och underteman

Huvudteman	Underteman
Svåra gränsdragningar	Att förhandla fram en passande psykologroll Att tänja på tolkrollens ramar
Att känna sig isolerad i arbetet	Brist på stöd och förståelse från andra Att få pröva sig fram i brist på teoretisk kunskap
Att manövrera i en kontext där förändringsutrymmet är begränsat	Enkla frågeställningar blir komplexa Att acceptera de egna begränsningarna Kunna göra skillnad på riktigt
Att utvecklas som flyktingbehandlare	Vissa interventioner fungerar bättre än andra Allians utifrån patientens egen kulturformulering

Det tema som tydligast framkom i intervjuerna var frågeställningar kopplade till dilemman om *Svåra gränsdragningar* i terapirummet. Det upplevdes som mycket vanligt att psykologens avgränsade yrkesroll var helt eller delvis obekant för flyktingpatienterna. Detta

stälde särskilda krav på psykologerna i att kunna vara flexibel och i vissa fall kunna tänja på terapins ramar för att kunna hjälpa effektivt. När och i vilken utsträckning det var lämpligt att dra gränser kring detta upplevde psykologerna som svårt att avgöra. Reflektioner kring lämpliga uppdragsramar för tolkens uppdrag i terapirummet var också återkommande i deltagarnas berättelser.

Psykologernas skildringar av arbetet präglades i olika grad av negativa känslor kopplade till temat *Att känna sig isolerad i arbetet*. Deltagarna var ensamma om att ge kvalificerad psykologisk behandling i sina respektive verksamheter och upplevde i detta en brist på förståelse från andra gällande det svåra i arbetet med flyktingpatienter. De upplevt lyckosamma behandlings-anpassningar som psykologerna gjort beskrevs genomgående som ett resultat av egen improvisation över tid, inte som något som skett med bas i att man fått specifikt metodstöd eller utbildning vad gäller psykoterapi med flyktingar.

Att manövrera en kontext där förändringsutrymmet är begränsat. Ett återkommande tema i intervjuerna var en känsla av otillräcklighet i mötet med flyktingpatienternas ofta komplexa problematik i förhållande till den egna rollen som psykolog i primärvården med begränsade resurser. Psykologerna använde sig av flera olika hanteringsstrategier i situationen, bland annat att försöka acceptera kontextens svåra förutsättningar. En stark drivkraft till att orka fortsätta med arbetet var hos flera av informanterna en känsla av personlig meningsfullhet i att kunna göra reell skillnad för en utsatt grupp. I informanternas upplevelser fanns slutligen ett genomgående mönster av att vilja begripliggöra sin tid som flyktingbehandlare utifrån en kronologisk utvecklingsprocess (*Att utvecklas som flyktingbehandlare*). Psykologerna hade i detta kommit fram till en personlig uppfattning om vilka specifika KBT-interventioner och alliansbyggande förhållningssätt som fungerade i mötet med vårdcentralens flyktingpatienter.

De fyra deltagarna har getts fingerade och könsneutrala namn (Charlie, Kim, Alex och Robin). Detta i syfte att öka läsbarheten utan att riskera att informanternas identiteter avslöjas. De citat som har använts har i vissa fall kortats eller ändrats från sin ordagranna lydelse. Inga meningsbärande passager har tagits bort men upprepningar, utfyllnadsord och uppgifter som skulle kunna härledas till enskilda personer har ändrats.

Svåra gränsdragningar

Att förhandla fram en passande psykologroll. Samtliga informanter beskrev att det terapeutiska förhållningssätt och de modeller de erhållit genom klinisk erfarenhet och

psykologutbildningen ibland kunde vara svåra att tillämpa i mötet med flyktingpatienter.

Charlie förklarade detta med hjälp av en liknelse:

Men när jag jobbade inom (annan verksamhet) så ploppade det ibland upp patienter som hade just invandrarbakgrund, bott i Sverige några år, kanske hade lite svårt för språket, hyfsad svenska men ändå var det problematiskt. Och jag blev liksom så ställd. Det är som att jämföra tennis med pingis. Bara för att du är bra på den ena så är du inte garanterat bra på den andra även om de kan påminna om varandra.

I syfte att nå behandlingsallians och effektivt användande av KBT-verktyg i mötet med flyktingar uttrycktes också ett behov av anpassningar i terapin, ofta till den grad att behandlingen kunde frångå centrala principer för det terapeutiska mötets ramar i KBT. Flyktingarna tenderade att mer än andra patienter efterfråga mer praktisk hjälp för att kunna hantera problem kopplade till etableringsprocessen, inte den typ av psykologiskt stöd som ingår i psykologens uppdrag. Detta var tydligt i följande citat av Kim som här beskrev en ambivalent attityd gentemot gränsdragningar i dylika situationer:

Det som är särskilt verksamt i vissa fall är kuratorsliknande uppgifter (...) men jag måste försöka hålla det inom ångestformuleringen så gott det går. Jag får inte jobba med kuratorsuppgifter. Eller, jo, jag får. Men då hinner jag inte göra mitt eget viktiga arbete. (...) Så en viss anpassning kan det bli, det är absolut lite glädjande att kunna ge mer praktiskt lagd information såsom vem ska du kontakta, vem skulle kunna hjälpa dig med det, hur kan nästa myndighet boka in en tolk?

En majoritet av de intervjuade psykologerna skildrade också en frustration inför mötet med den minoritet flyktingpatienter som upplevdes ha sekundära motiv till att träffa en psykolog. Robin skildrade här en kluvenhet inför att känna frustration kombinerat med förståelse för att handlingen kan vara begriplig i patienternas socioekonomiska situation:

Det är en sådan oerhörd fattigdom som gör att det också kan bli att man stärker, överdriver sin ohälsa när man kommer till vården. (...) Socialen ställer ju ofta krav på att man ska söka jobb eller gå en kurs. Men det kanske inte är så funktionellt att man ska vara på den här praktikplatsen om man har sex barn hemma. För individen blir det funktionellt att uppvisa hur dåligt man mår så att man kan få ett intyg så att man får det lättare på socialen. Och den rollen gillar jag ju inte att ha.

De intervjuade psykologerna var i stort överens om att psykoterapeutisk behandling med flyktingar behöver anpassas för att fungera. Olika sätt att begripliggöra rationalen för detta identifierades hos psykologerna. Vissa menade att det behövde göras med grund i kulturella skillnader på gruppnivå, det vill säga utifrån en mer statisk syn på kultur. Andra betonade individuella anpassningar vilket är i linje med en mer dynamisk syn på kulturbegreppet. Psykologerna upplevde sig också olika bekväma med att göra avsteg från terapins ramar. Robin uttryckte i följande citat en viss ovilja att tänja på terapins yttre ramar:

Sedan så är jag ganska så sträng (...) det händer ganska ofta att man har med sig sin partner eller annan in i rummet. Men där har jag satt upp en gräns för hur mycket jag vill anpassa mig, det här är individualterapi, vi kan kalla in din anhörig sen. Efteråt.

Detta kan kontrasteras mot den stora flexibilitet kring yttre ramar som Alex uttryckte i följande citat där en intervention i själva familjesystemet återberättas. En flyktingpatients familj som fortsatt befann sig i det krigshärjade landet ringdes upp via mobiltelefon under terapisessionen i syfte att hjälpa patienten hantera sin situation:

Det var ju någon gång som man... satte på telefonen och kunde prata lite med släktingarna. Någoting i stil med, nu är din make eller barn här. De kunde känna en hopplöshet kring att aldrig få ses igen. Då kunde det räcka med bara några meningar eller någoting som man kunde säga (...) Ni kommer att ses igen, men vi vet inte när.

Psykologerna upplevde också svåra gränsdragningar i att anpassa de praktiska KBT-verktygen. I citat av Robin: "Hur mycket kan man anpassa metoden och det fortfarande är KBT?". I följande citat beskrev Robin också egna känslor av hopplöshet inför möjligheten att kunna tänja på terapins ramar så pass mycket att det blir möjligt att nå fram med KBT till djupt religiösa patienter:

Det kan ju vara olika grad i hur mycket religionen inverkar. På hur man tänker kring möjligheten att påverka sitt liv, sina tankar. Vad som är roten till psykisk ohälsa. (...) Det är jättesvårt om jag har en patient som tänker att Gud ska fixa det (...) och jag försöker få patienten att hjälpa sig själv. Det kan bli en hjälplöshet i att det är någon annan som får fixa det.

Att tänja på tolkrollens ramar. Samtliga informanter framhöll vikten av en välfungerande tolkkontakt i de fall där språksvårigheter omöjliggjorde samtalsbehandling utan tolk. Psykologerna upplevde att olika tolkar var olika lämpade att tolka psykoterapi beroende på en rad faktorer. En sådan faktor var tolkens personliga agerande i terapirummet.

Flera informanter beskrev att det var vanligt att tolken tog en mer aktiv roll i terapirummet än vad som kunde förväntas av uppdragets formella ramar. Hur psykologerna ställde sig till sådana ramavvikelser varierade. I följande citat beskrevs en situation där tolken under pågående tolkning delgav sina egna reflektioner kring en patients svårigheter. Det gränsöverskridande beteendet från tolkens sida framfördes i detta exempel från Charlie som något positivt som förde behandlingen framåt:

Nej, så tolken började ju gapskratta helt och där i ett ögonblick så... alla roller bara suddades ut. Det var inte längre en tolk, en psykolog och en patient utan vi var tre personer som satt och skrattade åt hur jävla svårt det kan vara att leva med en partner. Det var ett sånt där ”moment” som aldrig hade kunnat hända utan tolken men det gick så bra att det passerade en gräns, det handlade inte längre om en tolk.

Ett exempel på en mer strikt tolkning av gränsdragningar kring tolkens uppdrag beskrevs i intervjun med Kim. En tolk som agerar etiskt bör här enligt Kim endast vid väl valda tillfällen gå utanför det mer mekaniska översättaruppdraget och då begränsa sig till att begripliggöra patientens tankeinnehåll i en kontext när det förklarats genom ett för psykologen obekant ordval:

Jag kan ibland göra det till en gynnsam, positiv process mellan mig och tolken (...)
När de är väldigt kvicka och när de också kan sin etik, det vill säga i vilka lägen de kan gå in och förklara någonting, inte förklara innehållet utav frågeställningen utan till exempel ett ord (...) för att jag ska få höra den något så när exakta återgivningen av den tanken som dyker upp hos patienten.

Även Alex skildrade vikten av att tolken betar sig på ett empatiskt sätt i terapirummet. En tydlig gräns formulerades dock kring tolkens transparens kring den egna personen. Detta då det kan finnas konflikter mellan etniska grupper som talar samma språk vilket kan påverka patientens förmåga att lita på tolken. Neutralt beteende och klädsel framställdes som centralt:

Det är ju också hela framtoningen och hur tolken betar sig i rummet och så. Tolken får ju inte visa... patienterna kan vara väldigt känsliga för sådana koder med kläder och sådant som kan avslöja om man är sunni eller shia. Någon speciell slags hijab eller så (...) en tolk som är varm och neutral blir väl kanske det som är viktigt då.

Att känna sig isolerad i arbetet

I informanternas berättelser återkom upplevelser av att andra människor hade svårt att relatera till de unika utmaningar som psykoterapi med flyktingar beskrevs kunna innebära. Då det var svårt att få stöd från andra upplevde psykologerna att de på olika sätt var isolerade från omvärlden i sitt arbete. Upplevelsen av att vara avskärmad betonades ytterligare i beskrivningarna av att de behandlingsanpassningar man kommit fram till inte hade bakgrund i att man fått specifik utbildning om att ha psykoterapi med flyktingar.

Brist på förståelse och stöd från andra. Psykologerna beskrev i synnerhet en brist på förståelse och stöd från det svenska psykologväsendet och verksamhetens övriga vårdpersonal. Att inte känna sig förstådd av andra psykologer verkade särskilt tydligt generera frustration hos Charlie. Eftersom svenska psykologer generellt befinner sig långt ifrån många nyanlända flyktingars utsatta verklighet saknade de enligt Charlie verktyg att förstå den:

Något jag tycker man ska ta på allvar är att på psykologprogrammet så har vi seriösa problem med att vi är så förbaskat homogena. För det mesta har man haft en skyddad medelklassuppväxt med bra betyg (...) Jag kommer ju inte från någon sådan medelklass så att jag kunde väl irritera mig rätt mycket på den där homogeniteteten bland psykologerna på (studieorten).

I en anekdot gav Robin ett ytterligare exempel på en frustration inför det upplevda ointresset och okunskapen kring ämnet i relevanta utbildningssammanhang för psykologer. Detta faktum kunde vara en anledning till att KBT-psykologer i primärvården upplever en brist på stöd och kompetensutveckling som förbereder för mötet med flyktingpatienter. Följden blir en känsla av att vara övergiven i detta:

Jag tycker ofta att KBT inte kommer till sin rätt för att det blir (kultur) krokar. Och jag tycker att man glömmer det lite. Jag läste nyligen en utbildning och när vi pratade om primärvårdsmetoder för PTSD så hade man ändå inte tagit med kulturdelen. Och man måste ta med kulturen, religionens roll om det ska gå att skapa en allians. Annars

går det inte att genomföra någon behandling. Man kan inte bara blunda och hoppa över det. Jag vet inte varför man gör det, kanske för att man skulle underminera metoden om man visade hur svår den kan vara att använda med vissa patientgrupper.

Alex verkade dela upplevelsen av kunskapsbrist i vården men gav också ett tydligt exempel på hur fördomar om religion och kultur kunde skada behandlingsförloppet i fall där psykologer utan specifik kompetens och yttre stöd ger behandling till flyktingar i primärvården:

Ibland är det faktiskt den (behandlare) som är ganska okunnig som hela tiden åberopar Koranen. Saker kan ju ändå vara rätt så tånjbara. Om vi tänker det här med fastan på Ramadan. Mår du inte bra (...) så behöver du inte göra det. Man vinner ingenting på att gå i konfrontation med den personen, vilket jag har märkt att väldigt många gör. De säger, det är inte bra för dig att fasta, du kommer må sämre. Istället är det bättre att vara accepterande (...) Ja, men vad bra då. Du försöker så gott du kan.

Kim beskrev en brist på stöd från verksamhetens sida. Ett tidigare citat har återgett den ambivalens Kim kände inför att utföra psykosociala insatser, så kallade kuratorsuppgifter. Detta var åtminstone delvis ett resultat av att verksamheten inte anställt en vikarie för den tjänstledige kuratorn. Kim upplevde att också andra vårdgivare på mottagningen hade svårt att hantera mötet med flyktingpatienter:

Man kan säga att det beror väldigt mycket på första kontakten, hur det blir. Nu är det ju nästan alltid sjuksköterskan som står i frontlinjen. För att ta upp frågeställningen. Jag vill ju naturligtvis ha tydliga uppdragsbeskrivningar från första början. Men det är nästan aldrig att det blir så utan ofta blir det språkförbistringar (...) och då är risken väldigt stor att det liksom flyter ut, det hakas istället på nya frågeställningar hela tiden.

Av de fyra informanterna var det endast Robin som nämnde handledningserfarenheter som en hanteringsstrategi. Handledare utan erfarenhet av att handleda vårdpersonal som ofta möter trauma-patienter upplevdes dock ha svårt att relatera till arbetets svåra gränsdragningar:

Jag tror att det är lite svårt att sätta sig in i detta, alltså, här är det ju en sådan stridström av lidande på något vis. Jag tror det är svårt om man som handledare inte är van vid hur ska man göra i det. För både patienten och jag behöver göra en sortering av hur

mycket lidande vi ska gå in i. Till exempel i PTSD-behandling, hur mycket vill patienten rota i det. Ofta vill man ju kanske bara bli av med det, kunna sova på natten.

Att få pröva sig fram i brist på teoretisk kunskap. Samtliga informanter beskrev hur de på olika sätt anpassat KBT-verktygen till att fungera bättre i mötet med individer som har flyktningbakgrund. Gemensamt i berättelserna var att de anpassningar som identifierats var baserade på att psykologen improviserat fram alternativa lösningar när den klassiska KBT-metoden inte fått önskat utfall. En typisk formulering återspeglas i följande citat av Alex: ”Så den anpassningen tycker jag är ett bra grepp, men det är ju ingenting som jag har läst någonstans eller så utan det var ju bara som jag själv improviserade”.

Sammantaget implicerade informanternas berättelser att de intervjuade inte har erhållit något specifikt stöd eller utbildning i syfte att lära sig möta flyktingpatienter, varken på psykologutbildningen eller internt i den aktuella verksamheten. Endast Robin verkade ha tagit del av forskning om KBT med flyktingar, detta i ett utbildningssammanhang. Målet var att förstå utmaningar i att ge KBT till religiösa flyktingar:

I situationer där det krockar mer har jag då djuplodat och utgått ifrån en artikel. Som tar upp hur man ser på verkligheten, vetenskap, orsak till individuella motgångar eller olyckor. Och beteendeförändringar, känslomässiga förändringar. Allt detta utifrån hur man ser på det utifrån KBT och hur man ser på det utifrån Islam.

Genom att pröva sig fram hade informanterna identifierat sätt att arbeta som man upplevde kunde hjälpa patienten, ofta var de fokuserade på att uppnå en god behandlingsallians. Några av psykologerna upplevde sig trygga i de anpassningar man valt att göra. I följande citat gav Charlie uttryck för självförtroende i sitt beslut att fokusera särskilt på att hitta en god allians i utmanande patientsituationer:

Det är inte så jävla big deal om du råkar ha lite fel formulär eller om du inte följer KBT-manualen till hundra procent. Men fan ta dig om du inte är genuin och äkta i mötet med den här människan (...) Så att nej, jag försöker att fokusera på det, som sagt, autenticitet i terapirummet och liksom, ett möte med de här människorna (...) Ja. väldigt alliansfokus. För utan den så känner jag att jag har ingenting faktiskt.

Kims upplevelser av behovet för anpassning var mer präglade av en vilja att fokusera på individuella anpassningar, inte med grund i kulturella skillnader på gruppnivå. Att förankra

beteendeeperiment hos deprimerade flyktingpatienter beskrevs som särskilt svårt. Genom att ha prövat sig fram verkar Kim ha landat i att den bästa lösningen i dylika fall är att fokusera på alliansfrämjande interventioner:

Kanske kan det fungera bättre än beteendefokuserande... ja, där man puffar igång patienten. Istället då att man mer dynamiskt låter patienten komma där de känner att det är läge att komma. Jag vill inte mena på att den dynamiskt orienterade stilen skulle vara att man bara lutar sig tillbaka och låter patienten gå där år efter år. (...) Men det kan vara svårt att arbeta mer målorienterat såsom det brukar vara i KBT-terapi.

Att manövrera i en kontext där förändringsutrymmet är begränsat

Enkla frågeställningar blir komplexa. Samtliga psykologer betonade vikten av att se flyktingpatienternas psykiska ohälsa i ett större sammanhang, inte bara utifrån att problemen kan se annorlunda ut på grund av patientens kulturella bakgrund. Den multidimensionella utsatthet som många flyktingar levde i kunde göra att symptom som verkade enkla på ytan blev betydligt mer komplexa i verkligheten. Alex gav i följande citat en redogörelse för hur trauman från innan flykten kunde bidra till en särskild sårbarhet i nuet, något som vårdpersonal som saknar kunskap kan missa i bedömningen:

Alltså att det ligger liksom latent det här med PTSD (...) Så händer det sedan någonting, till exempel man får en utmattningsdepression. Så kommer det här gamla tillbaka, med flashbacks. Och man har kanske aldrig riktigt repat sig efter det som hände och det är ingen som har frågat om det innan (...) Inom vården tänker jag då. Utan det har liksom bara tryckts tillbaka.

Kim och Robin lyfte även fram det heterogena i flyktingarnas förutsättningar genom att peka på att socioekonomiska problem ofta kan vara mer centrala för att generera och vidmakthålla psykiska problem än flyktingstatusen i sig. Kim menade i följande passage att det kan vara svårt att förankra traditionella KBT-verktyg med flyktingpatienter som också lever i ekonomisk utsatthet:

Ekonomisk ångest då. Där det finns någon sorts oro över vart jag kommer att kunna bo imorgon (...) Om jag får pengar så att jag kan ha mat till mina barn. Det är någonting som lägger sig överst. Alltså över alla andra ångest- eller orostyper, då.

Robin återgav en känsla av maktlöshet i att som primärvårdpsykolog behöva vidareremittera komplexa patienter till specialistpsykiatri trots att utsikterna att få hjälp sällan är större där:

Det blir ju också den bedömningen, vad ska vara hos mig här i primärvården. Vad kan vi göra någonting åt. (...) Avgränsningen. Och då är det frustrerande om man inte kan komma vidare med patienten till den nivån den ska. Till exempel vid PTSD om det tyvärr är ett och ett halvt års väntetid på Röda Korset. Det känns inte bra för mig då.

Att acceptera de egna begränsningarna. I en kontext präglad av begränsade möjligheter att kunna hjälpa patienterna i deras multidimensionella problembild begripliggjorde psykologerna sina upplevelser på olika sätt. För flertalet av de intervjuade psykologerna hade funderingarna mynnat ut i en accepterande inställning till det svåra i arbetet. Robin:

Det gjorde jag kanske mer i början, dunkade huvudet i väggen. Körde på med att jag skall kunna hjälpa alla (...) Nu är det mer okej att jag tycker att det här är jättesvårt, att jag inte kan hjälpa alls lika många som jag kunde hjälpa på den förra vårdcentralen. (...) Ja, acceptera begränsningarna av situationen.

Alex verkade kluven inför i hur hög utsträckning det som hände i terapirummet kunde förklara minskade symptom i förhållande till yttre faktorer utanför psykologens kontroll. Minskade praktiska stressfaktorer i livet och ökad integration kunde vara viktigare:

Men patienten gjorde faktiskt det här (beteendexperimentet) ändå. Men samtidigt så hände det ju också positiva saker i livet runt omkring. Hans fru och barn kom hit (...) det räcker ju inte bara med att en person har kontakt med en psykolog. Utan det är ju också att andra saker i samhället är bra. Kanske hjälp från någon lärare på SFI eller så.

Kim bedrev ett aktivt arbete med sig själv i syfte att utvecklas i sin förmåga att hantera den stora mängd traumatiska livshistorier som förekom i behandlingssammanhang med flyktingar. Kim tycktes emellertid vackla inför huruvida de svåra känslor som arbetet genererade i tillräcklig mån kunde vägas upp av arbetets positiva aspekter:

Jag måste fortfarande... se till att jag ska räcka till för den här patienten både idag och nästa vecka. Och nästa vecka igen. Och inte bara för just den där patienten som är här i

rummet idag utan för... väldigt många fler (...) Men som sagt. Jo, det jobbar jag med. Men jag vet att det här arbetet absolut ibland också har ett väldigt högt pris.

Kunna göra skillnad på riktigt. Det fanns också positiva upplevelser av behandlingsarbetet och särskilt tydligt blev det perspektivet i Charlies och Alex upplevelser. Genom att kunna göra reell skillnad i livet hos flyktingar i en utsatt position menade de att en ökad personlig meningsfullhet i den privata tillvaron blivit en följd, vilket i sin tur tycktes fungera som en hanteringsstrategi för att möta det svåra i arbetet. I citatet nedan jämförde Charlie sitt nuvarande arbete med tidigare erfarenheter:

Så jag har haft... jävligt tunga ärenden men jag tycker det är kul. Det är en sådan jävla kontrast till (tidigare arbetsplatsen). Höra på alla de här lyxproblemen. Jämfört med att nu plötsligt sitta med de här människorna som har riktiga historier att berätta. Så jag känner någonstans att... även om det är hemskt, svårt och tungt så känner jag att det samtidigt är väldigt berikande. Och jag känner att man gör någonting på riktigt.

Alex hade arbetat med psykologisk behandling av vuxna flyktingar under större delen av sin yrkesgärning som psykolog. I följande citat beskrev Alex hur en hoppfull och optimistisk inställning till det svåra i arbetet successivt växt fram:

Men... jag tänker ändå att visst kunde man bli väldigt trött eller utmattad. Men att man ändå kunde se en utveckling, att (arbetet) ger mer än vad det tar. En tro på människan, förmågan att läka, att man kan återta livet. Att det kan bli bra igen.

Att utvecklas som flyktingbehandlare

Samtliga informanter beskrev hur de över en längre tidsperiod, genom att pröva sig fram, hade kommit fram till att vissa specifika specifika KBT-verktyg och alliansfrämjande förhållningssätt fungerade bättre än andra i mötet med flyktingpatienter. Detta för den grupp flyktingar som inte svarade på den konventionella behandling som generellt gavs till patienter med en liknande symptombild. Robin beskrev en tydlig, kronologisk utvecklingsprocess mot att bli en skickligare behandlare trots situationens utmanande förutsättningar: "När jag började här så var jag mer frustrerad. Och sen går man in i lite olika fallgröpar och lär sig och sådär, sedan försöker man hitta sätt som är funktionella i det här sammanhanget".

Vissa interventioner fungerar bättre än andra. Psykologerna betonade särskilt psykoedukation som en central intervention i mötet med de flyktingpatienter som inte var

bekanta med det västerländska sättet att förklara psykisk ohälsa. Charlie kommenterade det på följande vis:

Många av de här människorna har inte en susning om vad psykiatri, diagnoser, PTSD är. De är så ställda. De kommer och så berättar de en helt vansinnig historia om Gud vet vad. Granater och bomber, de såg sina föräldrar dö. Och så säger de: ”Och nu har jag svårt att sova på nätterna, varför är det så?” (...) Du behöver egentligen bara normalisera och förklara lite, kanske visa en bild, ett Youtube-klipp. (...) Och i det förstår att nej, jag är inte knäpp, jag har bara problem.

Alex menade att psykoedukation men också acceptansbaserade interventioner var särskilt verksamma behandlingskomponenter. I följande avsnitt hade Alex precis beskrivit en anekdot om en svårt traumatiserad flyktingpatient som till följd av traumat led av ett särskilt handikapp med svåröverblickbar prognos. I det fallet upplevde Alex särskilt att psykoedukation och acceptans i kombination gett god effekt:

Där fick man ju gång på gång tala om att: ”Detta som har hänt dig, jag har inte träffat jättemånga men några stycken med samma (problem) som du. Och det har blivit bättre. Vi får avvakta och se”. Att få en acceptans för att just nu är det såhär, just nu mår jag dåligt, jag får ha tålamod med mig själv för det tar tid.

Charlie upplevde att det lättaste sättet att nå fram till patienterna med psykoedukation var att förankra den med hjälp av metaforer och konkreta jämförelser:

Jag försöker hålla det mer narrativt. Jag berättar en saga eller någonting jag har varit med om. Ställer en gåta. Ibland kan jag försöka illustrera lite. Det finns den här klassikern, man har nio prickar (...) Och sedan visar jag lösningen, förklarar att de tog för givet att de inte fick gå utanför kanterna. Men jag SA ju aldrig det. Och så gör jag en liknelse till, att det är samma sak med dina problem nu. Du är kvar i den här lådan och så länge du är det så kommer du aldrig att lösa problemet.

Allians utifrån patientens egen kulturformulering. Psykologernas upplevelser av att skapa en behandlingsallians med flyktingar präglades av en vilja att förstå hur det personliga kulturella sammanhanget begripliggjordes hos den enskilde individen. I jämförelse

med andra patientgrupper framfördes alliansfokus som extra viktigt i mötet med flyktingar, där konventionella KBT-metoder ofta tycktes vara svåra att nå fram med.

Utöver att kompromissa kring hjälparollen hade informanterna också identifierat andra sätt att effektivt nå en allians med patienterna. I följande citat berättar Alex hur en nyfiken och accepterande inställning till patientens religiösa tro kunde hjälpa psykologen i detta:

Att se hur viktigt det kunde vara med bönen eller samtalet med Gud. Att man mådde bättre med grund i det. Och att då kunna prata öppet om det, att det är bra att du gör så istället för att säga... nej, men du ska väl inte gå upp klockan fem. (...) Sånt är ju väldigt viktigt för alliansen. Självklart kan man ju inte veta allting från början, men om man är lyhörd, om man lyssnar så lär man sig mycket själv av sina patienter tycker jag.

I Kims erfarenheter av att bygga en god terapirelation med traumatiserade flyktingar var det särskilt betydelsefullt att försöka få patienten att återfinna en förlorad grundtrygghet. Detta genom att hjälpa patienten återknyta till för individen viktiga kulturella ritualer:

Vad av det du hade med dig i din kultur sedan tidigare kan vara det som ger dig någon sorts stabilitet? Är det så att du behöver satsa på att lyssna mer på nyheter eller någonting (...) som sänds på ditt eget språk? (...) Det som kan stötta människan och göra den lite mer stabil. Där tycker jag att jag får väldigt mycket draghjälp utav det (...) Men alltså att först måste tryggheten sättas på plats.

För att bättre nå fram till patienterna var det vanligt att psykologerna både i och utanför behandlingskontexten fått hjälp av andra att begripliggöra patienternas livsvärld. Ofta handlade det om personer med samma språkliga bakgrund som patienterna. Alex beskrev här i en anekdot hur en tolk kunde bidra till att begripliggöra kulturellt färgat lidandespråk hos patienten:

Det var ju någon figur då som heter Bartak som man till och med kan hitta på internet. En svart figur som egentligen (beskriver) klassisk panikångest. Det är framförallt de från Iran, Afghanistan. Det är när man ligger i sängen. Att något, någon då sitter på bröstet och trycker åt, man kan inte andas och blir som paralyserad (...) Sedan så var det tolken som (utbrast) en gång... men det är ju den där figuren, Bartak!

I Charlies fall var det framförallt privata erfarenheter från tiden innan arbetet med flyktingar som upplevdes kunna hjälpa i alliansskapandet. I synnerhet handlade det om akademiska studier utanför psykologutbildningen men också privata relationer. I följande utdrag redogjorde Charlie för hur lyckosam allians i mötet med en patient växt fram mot bakgrund av egen akademiskt förvärvat insikt i den konflikt som patienten flytt ifrån:

Och han... de var typ den enda familjen som klarade sig ur det där jävla lägret. Och han var nio år gammal eller vad fan det var. Och det var också ett sådant där moment för han och jag kunde connecta så in i helvete. Att jag vet var (flyktingläger) låg eller ligger. De behöver inte sitta och förklara för en dum svensk: 'Va? Går det att äta, är det en maträtt eller?' (...) Det är en sådan grej, jag tror att då känner de också en lättnad. Att åh vad skönt, jag behöver inte förklara... basic shit för dig.

Robin gav i en passage från sin intervju avslutningsvis också ett exempel på hur psykologens egen kulturella bakgrund såsom den uppfattas av patienten skulle kunna påverka möjligheten att bygga en god behandlingsallians:

Det måste man ju vara medveten om. Att jag är en vit (anonymiserat kön). Som har ett jobb. Att det måste ju påverka patienterna. Vad de tänker och tror om att jag kan eller inte kan förstå deras upplevelser överhuvudtaget. Ja, så det får man ha med sig.

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att generera ny kunskap om svenska primärvårdpsykologers erfarenheter av psykologisk behandling av flyktingar i postmigrationsfasen, detta i kontexten av de senaste årens stora svenska flyktingmottagande. Av resultatdelen framgick att arbetet var emotionellt belastande för psykologerna som upplevde att de saknade stöd i arbetet. De anpassningar av psykoterapeutiska verktyg som psykologerna kommit fram till hade sin grund i en process med försök och misslyckanden. De verktyg som psykologerna upplevde fungerade bäst var psykoedukation, acceptansbaserade interventioner och att fokusera på behandlingsalliansen.

De deltagande psykologernas upplevelser speglar i hög utsträckning erfarenheter som indikerats i tidigare forskning. Detta såväl vad gäller psykologisk behandling i primärvården som gällande KBT med flyktingar. Att liknande erfarenheter beskrivs av psykologer som

befinner sig i en kontext som involverar båda sammanhangen är således inte överraskande. I det här materialet finns dock en tydlig tonvikt på svåra upplevelser i arbetet.

För deltagarna verkar det vara en stor och ibland övermäktig utmaning att med hjälp av konventionell KBT-behandling möta flyktingpatienternas ofta komplexa problematik. Detta i synnerhet inom ramen för primärvårdens begränsade uppdrag, det vill säga bedömning och kortare behandling av lätt till medelsvår psykisk ohälsa (Region Skåne, 2017). I informanternas berättelser beskrivs trots detta en distinkt frånvaro av att ha deltagit i specifika utbildnings- eller stödsatser för behandlare som möter flyktingar.

Nedan följer en mer ingående diskussion av hur studiens resultat kan relateras till tidigare forskning samt studiens syfte och frågeställningar. I det första avsnittet kommenteras de delar av resultatet som berör psykologernas upplevelser av kontexten på makronivå och i det andra avsnittet på mikronivå, det vill säga erfarenhet av att möta flyktingpatienter i terapirummet med hjälp av KBT-interventioner och alliansverktyg. I texten kommer en del ny litteratur introduceras, vilket är en naturlig del av IPA-processen (Smith et al., 2009).

Risk för traumatiserade psykologer. Den lägesbild som skildras i Socialstyrelsens (2015) kunskapsunderlag för psykisk ohälsa hos flyktingar i primärvården bekräftas till stor del av den här studien, i synnerhet i undertemat *Enkla frågeställningar blir komplexa*. Anmärkningsvärt är samtidigt att den risk för feldiagnosticeringar med grund i tidsbrist som rapporteras av Socialstyrelsen inte tycks återspeglas i intervjumaterialet. Intervjudeltagarna ger snarare intryck av att ofta bedriva traumabearbetning med flyktingpatienter. Socialstyrelsen rekommenderar också i sin rapport att ett första behandlingsförsök av PTSD bör göras i primärvården då flyktingar som remitteras till specialistpsykiatrien uppvisar hög avhoppsfrekvens. Detta är dock lämpligt endast när traumaproblematiken inte är alltför komplex (Socialstyrelsen, 2015).

Det är svårt att med grund i intervjumaterialet säkert avgöra komplexitetsgraden i de trauman som psykologerna regelbundet behandlar. Det är möjligt att en del av flyktingpatienterna i praktiken har en symptombild som indikerar behandling inom specialistpsykiatrien men att detta på grund av resursbrist i psykiatrien inte kan erbjudas, en omständighet som identifierats i tidigare forskning (Sundquist et al., 2017). Robins avslutande citat rörande den specifika svårigheten i att vidareremittera till Röda Korsets behandlingscenter stöds även det av tidigare medial rapportering om organisationens resursbrist som det huvudsakliga hindret i att möta behovet för vård av komplex PTSD hos flyktingar (Lerner & Letmark, 2015).

Den brist på stöd och förståelse som präglar deltagarnas upplevelser i temat *Att känna sig isolerad i arbetet* har även det forskningsstöd. En reell avsaknad av kunskap rörande flyktingars psykiska hälsa hos svenska psykologer verkar föreligga (Socialstyrelsen, 2015) samt en generellt bristande förståelse för psykologisk kompetens hos andra vårdgrupper i primärvården (Kivi et al., 2015). Vikten av att behandlare som möter flyktingar i psykologisk behandling erhåller relevant utbildning kring detta har betonats i flera internationella sammanställningar och riktlinjer (Bhugra et al., 2011; Kirmayer et al., 2011).

En möjlig konsekvens av den bristande kunskap som återspeglas i intervjumaterialet är att fördomsfulla generaliseringar om flyktingpatienters världsbild försvårar möjligheten att hjälpa. Forskning som har undersökt behandlingserfarenheter hos flyktingar och behandlare har beskrivit hur detta kan skapa negativa känslor hos båda parter (Al-Roubaiy, 2014).

Den komplexa och multidimensionella problematik som många nyanlända flyktingar i Sverige uppvisar (Tinghög et al., 2016) återspeglas också i de upplevelser som skildrats av de psykologer som medverkat i den här studien. Eftersom de flesta av de flyktingar som psykologerna möter verkar befinna sig i postmigrationsfasen är det också rimligt att typiska svårigheter såsom socioekonomisk utsatthet och oro kring anhörigas möjlighet att få komma till Sverige ofta förekommer i intervjumaterialet (Bhugra et al., 2011).

Patientupplevelser kopplade till traumabehandling dominerar intervjumaterialet. I enlighet med Alex inledande anekdot i det tredje huvudtemat kan latent PTSD-problematik från långt tillbaka i tiden manifesteras sig som en särskild sårbarhet i nuet också hos flyktingar som behandlas i primärvården (Kirmayer et al., 2011). Tidigare forskning indikerar samtidigt att behandlare som möter flyktingar också tenderar att överfokusera på tidigare traumaupplevelser i behandlingen och undervärdera postmigrationsfaktorer som förklaringsmodell (Porter & Haslam, 2005; Regel & Berliner, 2007).

Vidare är det möjligt att psykologernas svåra känslor i den kontext de befinner sig i skulle kunna kopplas till den risk för empatisk utarmning och sekundärtraumatisering som de sannolikt löper i sitt arbete. Litteraturen beskriver att särskilt hög risk för att utveckla sådana besvär föreligger när behandlaren har höga krav på empatiskt bemötande i arbetet samtidigt som den upplever en brist på stöd från verksamhetens sida (Sorenson et al., 2016).

Höga krav på den egna arbetsinsatsen är återkommande i intervjumaterialet, inte minst i undertemat *Att acceptera de egna begränsningarna*. Den frustration som psykologerna känner inför att inte kunna hjälpa tillräckligt är en tydlig indikation på detta. Kim och Robin beskriver också upplevelser som tydligt speglar att problem i verksamheten gör

arbetsituationen svårare att hantera. Vikten av en god arbetsmiljö med stöd och struktur för att förebygga empatisk utarmning betonas i tidigare forskning om psykologisk behandling av flyktingar som utsatts för trauma (Möller et al., 2017).

Även otillräckliga möjligheter att ge tydlig information till patienterna verkar öka risken att utveckla egen psykisk ohälsa (Sorenson et al., 2016). Psykologernas regelbundna möten med flyktingpatienter i postmigrationsfasen ställer särskilda krav på att hantera psykisk ohälsa kopplad till praktiska, externa problem såsom socioekonomiska utmaningar (Kirmayer et al., 2011). Eftersom mer konkret problematik ofta bäst avhjälpas med samhällsinsatser kan det vara svårt för psykologen att tydligt förankra hur psykoterapins långsiktiga, för patienten obekanta och abstrakta mål kan hjälpa (Miller, 1999).

När det gäller gränsdragningar i användandet av tolk så bekräftar den här studien fynd från tidigare studier. Åsikterna går även här isär kring huruvida tolken bör gå ifrån sin mekaniska översättarroll och när det i så fall är lämpligt. (Miller et al., 2005; Mirdal et al., 2015). Positiva genombrott i terapin när tolk och psykolog såsom i Charlies exempel lämnar de stipulerade ramarna för mötet är också känt sedan tidigare (Mirdal et al., 2015) men riskerar också att i många fall förstärka patientens problematik och är således mindre lämpliga (Möller et al., 2017). En ideal tolk bör enligt litteraturen ta en aktiv del i terapiprocessen genom att vara varm, personlig och engagerad men utan att frångå uppdragets ramar såsom att bryta in i samtalet (Kirmayer et al., 2011; Miller et al., 2005).

Undertecknads spekulativa slutsats är att de svåra gränsdragningar i arbetet som informanterna rapporterar är centrala i att generera deras känslor av frustration och hopplöshet. Detta då otydliga yttre och inre ramar för det terapeutiska mötet torde kunna vara starkt bidragande till en känsla av brist på kontroll över en svåröverblickbar arbetsituation, något som i sin tur också lär ha en negativ inverkan på psykologernas psykiska mående.

En effektiv form av stöd och förståelse för KBT-psykologer är professionell handledning (Bates, 2013). Trots att samtliga informanter beskriver hur behandlingserfarenheter kopplat till möten med flyktingpatienter påverkar dem psykiskt utanför arbetet tycks endast Robin ha använt handledning som en hanteringsstrategi, en erfarenhet som inte verkar ha gett önskat resultat. Handledning förklaras i tidigare forskning vara särskilt viktigt för behandlare som ofta möter traumatiserade flyktingar. Möjligheten att dela sina erfarenheter och frustration kopplad till den psykologiska behandlingen med andra i grupp lyfts fram som särskilt centralt (Möller et al., 2017).

För undertecknad framstår det som rimligt att grupphandledning av psykologer och närliggande professioner är svårare att få ihop i primärvården jämfört med i specialistpsykiatri som sannolikt har fler sådana yrkespersoner anställda. En möjlig lösning skulle kunna vara att primärvårdspsykologer som ofta behandlar flyktingar bildar särskilda nätverk där man tillsammans kan resonera kring hur goda metoder och arbetssätt kan utvecklas.

Svenska riktlinjer för flyktingbehandlare har betonat vikten av kollegialt stöd för att psykisk ohälsa hos den som behandlar ska kunna förebyggas och hanteras. I enlighet med Robins erfarenheter är det också viktigt att den som handleder flyktingbehandlare som möter svåra trauman kan vara flexibel i att kunna stötta även i mötet med den typ av etiskt och existentiellt komplexa frågeställningar som är typiska för verksamheten (Möller et al., 2017).

Som att försöka orientera sig i ett mörkt rum. Liknelsen syftar på den utmaning som de intervjuade psykologerna ställs inför i sina försök att använda KBT-verktyg och skapa allians med flyktingpatienter. När den uppsättning verktyg man fått med sig från psykologutbildningen och andra sammanhang inte fungerar behöver psykologerna hantera detta. Osäkerhet och otydliga ramar blir följden av att utan stöd tvingas orientera sig i det figurativa mörka rummet. I synnerhet det tredje temat *Att utvecklas som flyktingbehandlare* beskriver resonemang kopplade till praktiska skeenden i terapirummet.

Det är anmärkningsvärt att de psykologer som deltagit i studien beskriver en så hög teoretiskt förankrad kompetens trots att de inte verkar ha erhållit någon sådan utifrån. Psykologerna verkar i stort agera på ett sätt som är väl förenligt med vad som beskrivs i publicerade behandlingsriktlinjer för behandling av flyktingar med KBT (Hinton & Jalal, 2014) och specifikt för möten med flyktingar i primärvården (Kirmayer et al., 2011). Det kan inte uteslutas att psykologerna erhållit teoretisk kunskap från något håll men att detta av en slump inte har avhandlats i intervjuerna. Intervjuguidens utformning (*Bilaga 1*) gör att detta bedöms som osannolikt. Det skulle snarare kunna handla om att hög yrkeskompetens och god utbildningsgrund har kunnat kompensera i svåra situationer.

Deltagarnas upplevelser av att det kan vara svårt att använda konventionell KBT med personer som har flyktingbakgrund har stöd i forskning (Tribe et al., 2017). Detta skulle kunna bero på att KBT i likhet med andra psykoterapeutiska behandlingsmodeller är baserat på hur mänskligt beteende begripliggörs i Väst (Benish et al., 2011). Det är samtidigt viktigt att ifrågasätta en eventuell föreställning om att psykoterapi (Bhugra et al., 2011) eller KBT-metoden i sig (Rathod et al., 2015) inte kan användas med flyktingar med bakgrund i Mellanöstern. Flyktingar från Syrien och närliggande länder har starkt varierande tilltro till

kulturellt betonade förklaringsmodeller (Hassan et al., 2015). Vad gäller islam finns det både religiösa texter som stödjer en ödesbestämd inställning till beteendeförändringar och sådana som mer betonar individens möjlighet att själv förändra sitt inre liv. Det sistnämnda är möjligen mer kompatibelt med klassisk KBT (Rathod et al., 2015).

Den forskning om KBT-behandling i mötet med flyktingar som redogörs för i studiens introduktionsdel är i hög grad fokuserad på anpassade behandlingsmodeller och inte specifika KBT-verktyg. Av intervjumaterialet framgick att psykologerna i praktiken använder sig av KBT-verktyg på ett mer eklektiskt sätt. Här följer en genomgång av forskningsevidensen för att använda specifika KBT-verktyg i mötet med flyktingar.

Informanterna betonar psykoedukation och acceptansbaserade interventioner som hjälpsamma förändringsverktyg i mötet med flyktingpatienter. Psykoedukation, exempelvis med hjälp av videoklipp, ingår i kulturellt anpassad KBT (Hinton & Jalal, 2014) och rekommenderas av Socialstyrelsen i form av patientutbildning i mötet med flyktingpatienter (Socialstyrelsen, 2015). Acceptansbaserade interventioner används även det i kulturellt anpassad KBT (Hinton, Pich, Hofmann & Otto, 2013) och har också anekdotiskt stöd i litteraturen (Möller et al., 2017; Regel & Berliner, 2007).

Psykoedukation kan fungera särskilt bra med flyktingpatienter eftersom den är ett konkret rådgivande inslag som avdramatiserar den ibland obekanta psykologrollen. Om psykoedukationen delges på ett öppet sätt kan den också förmedla en respekt för patientens eget sätt att förstå problemen (Elsass, 2009). Charlie, Alex och Kim beskriver i citat i resultatdelen hur de använder sig av psykoedukation i arbetet, bland annat genom att validera och normalisera patienternas besvär. Något som ej redovisats i resultatdelen men som förekom hos flera informanter var även anekdoter där undertecknad bedömer att psykoedukationen i överdriven utsträckning betonade den västerländska förståelsen av patientens problem vilket enligt Elsass (2009) kan vara problematiskt i sammanhanget.

Hos troende muslimer från Syrien är det möjligt att terapimetoder baserade på att stå ut med det svåra är särskilt lätta att acceptera då de liknar vanliga förhållningssätt i just den kulturella kontexten (Hassan et al., 2015). Ett exempel i resultatdelen på användande av acceptansbaserade interventioner återfinns i Robins anekdot om att försöka förankra en accepterande attityd till en svårföränderlig livssituation hos en patient.

Psykologerna Kim och Robin beskriver vidare en upplevelse av att mer tydligt beteendeförändrande KBT-verktyg är svåra att förankra med flyktingar. Enstaka studier indikerar också att exponeringsbaserade interventioner kan vara ineffektiva med

flyktingpatienter då de multipla stressorer som ofta uppvisas gör att toleransen för att stå ut med ångest är låg (Hinton, 2012). Andra forskare menar att påståendet är övergeneraliserande och att exempelvis exponering är möjligt att använda med många flyktingpatienter som lider av ångest och posttraumatiska symptom (Möller et al., 2017).

Det är enligt undertecknad rimligt att just psykoedukation och acceptansbaserade verktyg ansågs mest verksamt i sammanhanget. Detta då undertecknad erfar att sådana insatser är mer universellt gångbara än KBT-verktyg vars centrala komponent är att förändra beteenden. Ett sådant synsätt är baserat på den västerländska föreställningen att beteendeförändring är möjlig (Benish et al., 2011). Det är samtidigt också möjligt att informanternas slutsatser om lämpliga KBT-verktyg snarare kan förklaras av att psykologerna i brist på teoretisk kunskap valt att fokusera på de interventioner som i stunden bedömdes som lättast att förankra hos patienten, oberoende av om verktyget i sig egentligen ansågs vara det bäst lämpade för att avhjälpa patientens symptom.

Psykologernas upplevelser av det praktiska behandlingsarbetet betonar vikten av en god arbetsallians när de vanliga verktygen inte fungerar. Behandlingsallians har visat sig kunna bidra till positivt terapiutfall (Horvath et al., 2011; Wampold, 2015). Samtidigt är det viktigt att poängtera att alliansbegreppet traditionellt sett sägs bestå av tre delar: En positiv känslomässig bindning, gemensamma verktyg och en gemensam målbild (Bordin, 1979). Utifrån psykologernas berättelser verkar stor vikt läggas på att försöka skapa en positiv känslomässig bindning men det verkar vara svårare att hitta gemensamma verktyg och mål. Problem kopplade till gränsdragningar kring terapins ramar verkar i enlighet med tidigare forskning ha försvårat för detta (Bhugra et al., 2011; Fabri, 2001).

Det är tydligt i flera av de anekdoter som beskrivs att informanternas agerande ändå fått som följd att en faktisk behandlingsallians har uppstått. Det kan spekuleras i att detta i så fall mer kan vara en konsekvens av lyckosamt användande av KBT-verktyg än att behandlingsallians som isolerad faktor i sig har gett symptomförbättring. Detta i enlighet med hur psykoterapeutisk allians kan förstås i en KBT-kontext (Muran & Barber, 2010).

En terapikontakt som helt domineras av arbete fokuserat på att nå en positiv känslomässig bindning mellan patient och terapeut är enligt undertecknads bedömning mer förenligt med stödsamtal, en form av hjälp som lämpligen ges av andra yrkeskategorier än psykologer. Om detta agerande i sin tur har sin grund i att psykologen kapitulerat inför möjligheten att kunna hjälpa flyktingpatienten genom att bidra med sin egen

expertkompetens lär detta enligt undertecknad också kunna bidra till upplevelser av kontrollförlust och negativa känslor hos den enskilde psykologen.

Vidare verkar psykologerna i den här studien i kontrast mot tidigare forskning (Al-Roubaiy, 2014) inte undvika att prata om religion och kultur i terapirummet. Detta kan exempelvis ses i citat från Alex och Kim som speglar ett genuint intresse och en accepterande attityd inför hur patienterna själva begripliggör symptomen. Ett tydligt exempel är Alex lärdom om Bartak, sannolikt en *djinn* eller ökenande som är ett vanligt förekommande kulturellt färgat lidandespråk i Mellanöstern (Hassan et al., 2015).

Dessa förhållningssätt är i också enlighet med aktuell forskningsevidens. Acceptans, nyfikenhet och en icke-dömande attityd gentemot patientens kulturellt färgade sätt att förstå sina symptom tycks moderera effekten för kulturellt anpassad psykoterapi (Benish et al., 2011) och kan också vara positivt för behandlingsalliansen (Rathod et al., 2015). Detta gäller naturligtvis för alla typer av patienter oberoende av specifik kulturell bakgrund. Samtidigt torde detta enligt undertecknad vara särskilt viktigt i mötet med patienter som har en stark kulturell förankring i sammanhang utanför den kulturella sfär i vilken psykoterapi som psykologiskt helande mekanism växt fram. Föreställda eller verkliga skillnader i förståelsen av psykologiskt fungerande kan enligt undertecknad där förväntas vara mer omfattande än hos patienter med tydlig kulturell förankring i Väst.

För att nå en god arbetsallians med troende muslimska patienter betonas att terapeuten tillgodogör sig grundläggande kunskap om islam (Rathod et al., 2015). Det förekommer att muslimska patienter känner sig missförstådda och diskriminerade i mötet med västerländska vårdgivare i en psykiatrisk kontext (Al-Roubaiy, 2014; Hasnan, Connell, Menon & Tranmer, 2011). Med grund i detta är sådan insikt central för behandlare som möter gruppen. Även kunskap om det samhälle och de livsomständigheter som patienten kommer ifrån kan vara positivt för alliansen (Kirmayer et al., 2011). Det sistnämnda återspeglas i Charlies möte med en patient som klarat sig levande från en känd historisk flyktingincident.

I undertemat *Kunna göra skillnad på riktigt* beskriver Charlie och Alex vidare en central drivkraft i att kunna göra nytta för en utsatt grupp. Tidigare studier indikerar också att ett djupt personligt engagemang hos behandlaren upplevs som positivt för alliansen hos såväl patient som behandlare (Mirdal et al., 2012). De båda informanterna har med god marginal arbetat kortast respektive längst tid med flyktingbehandling. Det är möjligt att spekulera i att inledande entusiasm såväl som lång relevant arbetslivserfarenhet kan påverka inställningen

till arbetet. Det är undertecknads bedömning att en positiv grundinställning också kan leda till att psykologen kan hantera den svåra arbetssituationen på ett bättre sätt.

För att återvinna en förlorad grundtrygghet hos flyktingpatienter som har varit med om trauman (Regel & Berliner, 2007) och genom detta hitta en god samarbetsallians i terapin är det viktigt att hjälpa patienten återfinna positiva aktiviteter kopplade till det tidigare kulturella sammanhanget (Elsass, 2009) vilket även reflekteras i det citat av Kim som betonar just detta. Att i likhet med Alex aktivt använda sig av patientens familj för att nå behandlingsallians poängteras också av aktuella riktlinjer för flyktingbehandling i primär-vården (Kirmayer et al., 2011) och särskilt i kontakt med personer som har bakgrund i mer kollektivistiska samhällen (Rathod et al., 2015).

Sammantaget är det tydligt att många av de flyktingar som informanterna möter i behandlingssammanhanget har en särskilt komplex problematik i förhållande till andra patientgrupper i primärvården. Omständigheter såväl före som under och efter flykten till Sverige tycks i enlighet med tidigare forskning (Porter & Haslam, 2005) påverka symptomen. Resultatet tyder vidare på att de primärvårdpsykologer som ingår i studien riskerar att utveckla empatisk utarmning eller annan psykisk ohälsa i sin nuvarande arbetssituation. Detta mot bakgrund av att de i arbetet måste hantera ett flertal kombinerade stressorer samtidigt, både med anknytning till att vara psykolog i primärvården och kopplat till patienternas komplicerade symptombild.

En tentativ slutsats av detta är att primärvårdpsykologer som ofta möter flyktingar kan ha en särskilt utsatt arbetssituation jämfört med en del andra psykologer som behandlar flyktingar. Detta med grund i den dubbla påfrestning som beskrivits ovan. Den typ av expertkompetens om flyktingtrauma och kulturell psykologi som torde finnas hos specialistpsykiatriska enheter som uteslutande arbetar med flyktingpatienter verkar åtminstone med grund i den här studien saknas i primärvården. Psykologerna har inte det stöd och den utbildning som krävs för att kunna ge adekvat psykologisk behandling till gruppen. Detta i synnerhet i mötet med den undergrupp flyktingpatienter som är svårt traumatiserade eller av andra skäl uppvisar en särskilt komplex symptombild. För att förebygga psykisk ohälsa hos primärvårdpsykologer som ofta möter flyktingar kan det därför vara särskilt relevant med utbildningsinsatser och åtgärder kopplade till arbetsmiljö, handledning samt nätverksbyggande med andra i samma situation.

De improvisatoriskt framarbetade anpassningar av KBT-verktyg och allians som psykologerna beskriver sig använda i mötet med flyktingpatienterna verkar vidare i stor

utsträckning överensstämmer med vad som framgår av den samlade men begränsade forskning som finns om KBT-verktyg och alliansfrämjande interventioner med flyktingpatienter. Samtidigt verkar intervjudeltagarnas övergripande definition begreppet allians i viss mån skilja sig från den etablerade definitionen inom psykoterapiforskningen.

Sammanfattningsvis verkar anpassningar av KBT-metoden som betonar en kompromiss mellan patientens och KBT-metodens kulturellt färgade antaganden om mänskligt fungerande vara särskilt relevanta i sammanhanget. En validerande och accepterande attityd gentemot patientens eget sätt att förstå problemen tycks vara centralt. Detta återspeglas också i tidigare forskning (Benish et al., 2011).

Metoddiskussion

Reflektion kring förförståelse. För att nå en djupare förståelse av datan är det nödvändigt att forskaren är medveten om sin egen förförståelse under hela forskningsprocessen. De tolkningar som genereras är en produkt av samspelet mellan informanternas upplevelser och intervjuarens förförståelse (Willig, 2013). I detta syfte diskuteras här kortfattat hur undertecknads förförståelse kan ha påverkat resultatet.

Studien har i sin helhet genomförts individuellt. Mot bakgrund av detta är det möjligt att förförståelsen i jämförelsevis hög utsträckning har påverkat vilka tolkningar som gjordes. Samtidigt kan det också vara positivt att tolkningarna har influerats av endast en persons förförståelse eftersom sådana inslag då kan vara lättare att identifiera och begripliggöra.

Undertecknads avsaknad av gedigen behandlingserfarenhet kan också ha skapat en idealiserad bild av hur praktiskt behandlingsarbete vanligen ser ut som kan ha påverkat i tolkningen av materialet. Den mer rigida syn på exempelvis allians, KBT-verktyg och terapeutiska ramar som är möjlig att tillämpa i teoretisk forskning eller i arbetet på studentmottagningen är sannolikt svår att applicera i en mer formell vårdkontext. Personliga värderingar hos undertecknad kring vikten av att ha en balanserad syn på kulturbegreppet som varken är överdrivet kulturellrelativistisk eller etnocentrisk kan slutligen också ha påverkat i att mer extrema uttryck för detta har tilldelats överdrivet stor relevans.

Styrkor och svagheter i studien. Studiens syfte är att generera en inblick i hur ett antal primärvårdpsykologer i Skåne begripliggör sina erfarenheter av att behandla flyktingar i postmigrationsfasen mot bakgrund av de senaste årens stora flyktingmottagande. Den breda bild av såväl kontextuella som specifika erfarenheter kring detta som eftersträvades återspeglas i stor utsträckning också i resultatet.

Genom att nära följa metodens riktlinjer såsom de formulerats i metodförfattarens handbok (Smith et al., 2009) är det rimligt att tro att arbetsinsatsen har resulterat i en tolkning av deltagarnas upplevelser som ligger förhållandevis nära psykologernas egen. Detta naturligtvis i förhållande till den tidsavgränsade faktorn i en examensuppsats på masternivå.

I syfte att följa metoden är det också viktigt att det resultat som presenteras är förenligt med IPA:s kunskapsanspråk (Smith et al., 2009) vilket undertecknad också bedömer är fallet. Till skillnad från i närliggande kvalitativa metoder såsom grundad teori finns det i IPA ingen ambition att arbeta fram en förklaringsmodell för de faktorer som påverkar fenomenet. Syftet med IPA är istället att begripliggöra essensen i en grupp individers upplevelser (Willig, 2013).

Störst risk för sammanblandning av metoderna förelåg i temat *Att utvecklas som flyktingbehandlare* där syftet är att beskriva hur deltagarna använder KBT-verktyg och allians med flyktingar, inte att resonera kring vilka interventioner som bör fungera bäst i andra kontexter. Anspråk som antyder kausalitet är som regel svåra att förena med kvalitativ metod (Willig, 2013). Det är undertecknads uppfattning att några sådana tendenser inte förekommer i den här studien. Homogeniteten i deltagarnas upplevelser kan vidare ifrågasättas. Ett någorlunda homogent urval är centralt i IPA (Smith et al., 2009). Utöver deltagarnas stora spridning i ålder och generell behandlingserfarenhet (*Bilaga 2*) fanns det i den här studien också en stor varians i hur lång erfarenhet av behandlingsarbete med flyktingar psykologerna hade, mellan ett och tjugo års erfarenhet. Upplevelserna och inställningen till arbetet kan ha påverkats mer av detta än av behandlingskontexten i sig.

Samtliga psykologer bedrev även regelbundet psykologisk behandling med asylsökande patienter, en grupp som kan uppvisa andra sorters problem än flyktingar i postmigrationsfasen (Tribe et al., 2017) som var det huvudsakliga intresseområdet i den här studien. Det kan inte uteslutas att dessa upplevelser kan ha färgat beskrivningarna. Deltagarna har samtidigt i stort delat de upplevelser som studien ämnat att undersöka. Total homogenitet i deltagarurvalet är heller inte nödvändigt i IPA (Smith et al., 2009).

Stor vikt har avslutningsvis också lagts vid att formulera en intervjuguide som inte innehåller ledande frågor (*Bilaga 1*) men det kan inte uteslutas att informanternas berättelser ändå har påverkats i någon riktning. I den inledande litteraturoversikten identifierades till exempel en svårighet i att använda konventionell KBT i mötet med flyktingpatienter vilket kan ha drivit ett subtilt och implicit antagande om att anpassningar av metoden är nödvändiga.

Praktiska implikationer och framtida forskning. I linje med det specifika behov för kontextspecifik kvalitativ forskning gällande psykologisk behandling av flyktingar som

signalerats i tidigare studier (Ekblad & Kastrup, 2013; Tribe et al., 2017) fyller den här studien ett praktiskt syfte genom att ha genererat initiala, tentativa fynd rörande KBT-behandling med flyktingar i en primärvårdskontext.

Det är också möjligt att delar av resultatet inte skulle kunnat ha uppnåtts med hjälp av kvantitativ metod. Den identifierade diskrepansen mellan litteraturens och informanternas definition av alliansbegreppet är ett sådant exempel.

Resultat från kvalitativa studier kan inte generaliseras till andra populationer (Willig, 2013) men ett resultat från en korrekt utförd IPA-studie kan i vissa fall vara möjligt att överföras till kontexter som i hög utsträckning liknar den som undersökts (Smith et al., 2009). Det som framkommer i den här studien skulle med grund i detta kunna användas för att inspirera till ny forskning i syfte att skapa ett teoretiskt ramverk om KBT-behandling med flyktingar i den svenska primärvården. Sådant forskning kan i sin tur ha ambitionen att påvisa relevanta samband i sammanhanget.

Med hjälp av kvantitativa metoder skulle det exempelvis vara möjligt att på ett mer strukturerat sätt undersöka hur vanligt förekommande det är att psykologer i primärvården har den typ av upplevelser som redogörs för i studien. Grad av självupplevd relevant metodkunskap, nivå av empatisk utarmning och självomhändertagande beteende hos psykologerna är exempel på faktorer som skulle kunna undersökas. En annan möjlighet är att rent deskriptivt undersöka hur behandlingskontakter med flyktingar ser ut i primärvården, exempelvis vad gäller avhoppsfrekvens, längd, behandlingsframgång och patienttillfredsställelse.

Mer kunskap om ämnet skulle i förlängningen kunna leda till en generell kvalitetshöjning vad gäller den vård som erbjuds flyktingar i primärvården samt en möjlighet att förebygga sjukskrivningar och psykisk ohälsa hos de primärvårdspsykologer som ofta behandlar flyktingar.

Referenser

- Al-Roubaiy, N. S. (2014). *Post-migration stress among adult male Iraqi refugees and its implications for counselling and psychotherapy: a qualitative study* (Doktorsavhandling). University of Leicester.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H. & ... Almansa, J. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 10921-27. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x
- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5. uppl.) Arlington: American Psychiatric Association.
- Bates, S. (2013). *Handledning ur ett KBT-perspektiv*. Stockholm: Natur och kultur.
- Benish, S. G., Quintana, S. & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 279-289. doi:10.1037/a0023626
- Bhugra, D., Gupta, S., Bhui, K., Craig, T., Dogra, N., Ingleby, J. D. & ... Tribe, R. (2011). WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry: Official Journal of The World Psychiatric Association (WPA)*, 10(1), 2-10.
- Bogic, M., Njoku, A. & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 1529. doi:10.1186/s12914-015-0064-9
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Buhmann, C. B., Nordentoft, M., Ekstroem, M., Carlsson, J. & Mortensen, E. L. (2016). The effect of flexible cognitive-behavioural therapy and medical treatment, including antidepressants on post-traumatic stress disorder and depression in traumatised refugees: pragmatic randomised controlled clinical trial. *The British Journal Of Psychiatry*, 208(3), 252-259. doi:10.1192/bjp.bp.114.150961
- Bäärnhielm, S. (2014). *Transkulturell psykiatri*. Stockholm: Natur och kultur.
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M. & Huibers, M. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry: Official Journal of The World Psychiatric Association (WPA)*, 15(3), 245-258. doi:10.1002/wps.20346

- Cuijpers, P., van Straten, A., van Schaik, A. & Andersson, G. (2009). Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *The British Journal of General Practice: The Journal of The Royal College of General Practitioners*, 59(559), e51-e60.
doi:10.3399/bjgp09X395139
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C. & ... Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43128-141.
doi:10.1016/j.cpr.2015.10.003
- Ekblad, S. & Kastrup, M. C. (2013). Current research in transcultural psychiatry in the Nordic countries. *Transcultural Psychiatry*, 50(6), 841-857. doi:10.1177/1363461513511181
- Elsass, P. (2009). Psykoterapi och interkulturell rådgivning till flyktingar. I: Allwood, C. M. & Johnsson, P. (Red.) *Mänskliga möten över gränser: vård och social omsorg i det mångkulturella samhället* (pp. 208-233). Stockholm: Liber.
- Fabri, M. R. (2001). Reconstructing safety: adjustments to the therapeutic frame in the treatment of survivors of political torture. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(5), 452-457. doi:10.1037/0735-7028.32.5.452
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Routledge. Hämtad från <http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=72836&site=eds-live&scope=site>
- Griner, D. & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: a meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(4), 531-548.
doi:10.1037/0033-3204.43.4.531
- Hasnain, M., Connell, K., Menon, U. & Tranmer, P. (2011). Patient-centered care for Muslim women: provider and patient perspectives. *Journal of Women's Health (15409996)*, 20(1), 73-83. doi:10.1089/jwh.2010.2197
- Hassan, G, Kirmayer, LJ, Mekki-Berrada A., Quosh, C., el Chammay, R., Deville-Stoetzel, J.B. & ... Ventevogel, P. (2015). *Culture, context and the mental health and psychosocial wellbeing of Syrians: a review for mental health and psychosocial support staff working with Syrians affected by armed conflict*. Geneva: UNHCR
- Hinton, D. E. (2012). Multicultural challenges in the delivery of anxiety treatments. *Depression & Anxiety (1091-4269)*, 29(1), 1-3. doi:10.1002/da.20889

- Hinton, D. E., Chhean, D., Pich, V., Safren, S. A., Hofmann, S. G. & Pollack, M. H. (2005). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for Cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: a cross-over design. *Journal Of Traumatic Stress*, 18(6), 617-629. doi:10.1002/jts.20070
- Hinton, D. E., Hofmann, S. G., Pollack, M. H. & Otto, M. W. (2009). Mechanisms of efficacy of CBT for Cambodian refugees with PTSD: improvement in emotion regulation and orthostatic blood pressure response. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 15(3), 255-263. doi:10.1111/j.1755-5949.2009.00100.x
- Hinton, D. E. & Jalal, B. (2014). Guidelines for the implementation of culturally sensitive cognitive behavioural therapy among refugees and in global contexts. *Intervention* (15718883), 1278-93. doi: 10.1097/WTF.0000000000000069
- Hinton, D. E., Pham, T., Tran, M., Safren, S. A., Otto, M. W. & Pollack, M. H. (2004). CBT for Vietnamese refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: a pilot study. *Journal Of Traumatic Stress*, 17(5), 429-433. doi:10.1023/B:JOTS.0000048956.03529.fa
- Hinton, D. E., Pich, V., Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2013). Acceptance and mindfulness techniques as applied to refugee and ethnic minority populations with PTSD: examples from "Culturally adapted CBT". *Cognitive And Behavioral Practice*, 20 (Special Series: Clinical Considerations in Using Acceptance and Mindfulness-Based Treatments with Diverse Populations), 33-46. doi:10.1016/j.cbpra.2011.09.001
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi:10.1037/a0022186
- Kivi, M., Eriksson, M. C., Hange, D., Petersson, E., Björkelund, C. & Johansson, B. (2015). Experiences and attitudes of primary care therapists in the implementation and use of internet-based treatment in Swedish primary care settings. *Internet Interventions - The Application of Information Technology in Mental and Behavioural*, 2248-256. doi:10.1016/j.invent.2015.06.001
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J. & ... Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ: Journal De L'association Medicale Canadienne*, 183(12), E959-E967. doi:10.1503/cmaj.090292
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Kåver, A. (2011). *Allians: den terapeutiska relationen i KBT*. Stockholm: Natur och kultur.

- Lerner, T. & Letmark, P. (2015, 16 november). Insidan: "Många behöver psykologstöd". *Dagens Nyheter*. Hämtad 2017-11-15 från <http://www.dn.se>
- Migrationsverket. (u.å.). *Beviljade uppehållstillstånd 1980 – 2016*. Hämtat 9 december 2017 från Migrationsverket:
<https://www.migrationsverket.se/download/18.4100dc0b159d67dc614c03d/1498556488892/Beviljade%20uppeh%C3%A5llstillst%C3%A5nd%201980-2016.pdf>
- Migrationsverket. (2017). *Asylregler*. Hämtat 9 december 2017 från Migrationsverket:
<https://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Att-ansoka-om-asyl/Asylregler.html>
- Miller, K. (1999). Rethinking a familiar model: psychotherapy and the mental health of refugees. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 29(4), 283. doi:10.1023/A:1022926721458
- Miller, K. E., Martell, Z. L., Pazdirek, L., Caruth, M. & Lopez, D. (2005). The role of interpreters in psychotherapy with refugees: an exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1), 27-39. doi:10.1037/0002-9432.75.1.27
- Mirdal, G. M., Ryding, E. & Essendrop Sondej, M. (2012). Traumatized refugees, their therapists, and their interpreters: three perspectives on psychological treatment. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 85(4), 436-455. doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02036.x
- Muran, J. C. & Barber, J. P. (2010). *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice*. New York: Guilford Press
- Möller, N., Petrini, I. & Gustavsson, U. (2017). *Krig, tortyr och flykt: vad gör det med människan och hur vi kan hjälpa*. Stockholm: Natur och kultur.
- Paunovic, N. & Öst, L. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research And Therapy*, 39, 1183-1197. doi:10.1016/S0005-7967(00)00093-0
- Porter, M. & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA: Journal Of The American Medical Association*, 294(5), 602-612. doi:10.1001/jama.294.5.602
- Rathod, S., Kingdon, D., Pinninti, N., Turkington, D. & Phiri, P. (2015). *Cultural adaptation of CBT for serious mental illness: a guide for training and practice*. Oxford: Wiley-Blackwell
- Regel, S. & Berliner, P. (2007). Current perspectives on assessment and therapy with survivors of torture: the use of a cognitive behavioural approach. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 9(3), 289-299. doi:10.1080/13642530701496906

- Region Skåne. (2017). *Skåneövergripande handläggningsöverenskommelse primärvård – specialistpsykiatri gällande vuxna*. (Reviderad 170322). Hämtad från https://vardgivare.skane.se/contentassets/95864a3893f74caa972ee7d9308b1854/skaneovergripande_handlaggningsoverenskommelse_170322.pdf
- Schweitzer, R., Wyk, S. & Murray, K. (2015). Therapeutic practice with refugee clients: a qualitative study of therapist experience. *Counselling & Psychotherapy Research*, 15(2), 109-118. doi:10.1002/capr.12018
- Seekles, W., Cuijpers, P., Kok, R., Beekman, A., van Marwijk, H. & van Straten, A. (2013). Psychological treatment of anxiety in primary care: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(2), 351-361. doi:10.1017/S0033291712000670
- SFS 2003:460. Lag om etikprövning för forskning som avser människor. Stockholm: Riksdagen.
- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los Angeles: Sage.
- Socialstyrelsen. (2007). *Psykosocial kompetens i primärvården: Socialstyrelsens förslag till åtgärder för att öka tillgången till psykosocial kompetens i primärvården*. (Artikelnr. 2007-107-22). Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19149/2013-6-7.pdf>
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. (Artikelnr. 2009-126-71). Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Indikatorer och underlag för bedömningar*. (Artikelnr. 2013-6-7). Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19149/2013-6-7.pdf>
- Socialstyrelsen. (2015). *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter: ett kunskapsunderlag för primärvården*. (Artikelnr. 150119). Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19664/2015-1-19.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning*. (Artikelnr. 2017-12-4). Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>
- Sundquist, J., Ohlsson, H., Sundquist, K. & Kendler, K. S. (2017). Common adult psychiatric disorders in Swedish primary care where most mental health patients are treated. *BMC Psychiatry*, 171-9. doi:10.1186/s12888-017-1381-4

- Skåneövergripande handlägningsöverenskommelse primärvård – specialistpsykiatri gällande vuxna (pdf) Reviderad 170322. <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/medicinska-omraden/psykisk-ohalsa/ako/psykiatri/>
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K. & Hamilton, R. (2016). Understanding compassion fatigue in healthcare providers: a review of current literature. *Journal Of Nursing Scholarship: An Official Publication Of Sigma Theta Tau International Honor Society Of Nursing*, 48(5), 456-465. doi:10.1111/jnu.12229
- Statistiska centralbyrån. (2014). *Tema: utbildning 2014:6. Utbildningsbakgrund bland utrikes födda* (Artikelnr. A40BR1406). Hämtad från http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Publiceringskalender/Visa-detaljerad-information/?publobjid=24489
- Sveriges Psykologförbund (2016). *Vårdcentralsundersökning 2015. Patienters tillgång till psykolog på landets vårdcentraler*. Hämtat 3 december 2017 från Sveriges Psykologförbund: <http://www.psykologforbundet.se/Documents/F%c3%b6rbundet%20tycker/VC-unders%c3%b6kning/V%c3%a5rdcentralsunders%c3%b6kning%202015%20uppdaterad.pdf>
- Tinghög, P., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Malm, A. & Saboonchi, F. (2016). *Nyanlända och asylsökande i Sverige: en studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor* (Röda Korsets Höskolas rapportserie). Huddinge: Röda Korsets Höskola. Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:rkh:diva-2324>
- Tinghög, P., Hemmingsson, T. & Lundberg, I. (2007). To what extent may the association between immigrant status and mental illness be explained by socioeconomic factors?. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42(12), 990-996. doi:10.1007/s00127-007-0253-5
- Tribe, R. H., Sendt, K. & Tracy, D. K. (2017). A systematic review of psychosocial interventions for adult refugees and asylum seekers. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 1-15. doi:10.1080/09638237.2017.1322182
- UN High Commissioner for Refugees. (2017). *Global trends: forced displacement in 2016*. Hämtat 9 december 2017 från <http://www.refworld.org/docid/594aa38e0.html>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry: Official Journal of The World Psychiatric Association (WPA)*, 14(3), 270-277. doi:10.1002/wps.20238
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. Maidenhead: McGraw Hill Education.

Bilaga 1. Intervjuguide

A) *Kontexten*

1. Hur kommer det sig att du valt att arbeta på den här arbetsplatsen? *Trigger: Där du möter mycket flyktingar. Var det ett medvetet val?*
2. Vill du beskriva med egna ord ditt arbete som psykolog i mötet med flyktingpatienter inom ramen för vårdcentralens verksamhet? *Trigger: vad har flykting-patienterna för etnisk/kulturell bakgrund mestadels? Vad för problem vill de oftast ha hjälp med?*
3. Vad har du för tankar kring att arbeta med flyktingar jämfört med andra patientgrupper? *Trigger: Positiva aspekter specifika för arbetet med gruppen utmaningar/svårigheter som är specifika?*
4. Hur påverkar det dig som person att arbeta psykoterapeutiskt med flyktingar? *Trigger: påverkat dig utanför jobbet? Tankar kring den aktuella samhällsdiskussionen?*
5. Hur tänker du kring att arbeta med hjälp av tolk? *Trigger: egna erfarenheter*

B) *KBT-verktyg*

6. På vilket sätt använder du dig av KBT i behandlingsarbetet med flyktingar? *Trigger: hur föredrar du att arbeta med KBT med den här gruppen?*
7. Hur tänker du kring att anpassa KBT/KBT-verktyg i arbete med flyktingar i primärvården? *Trigger: Vad är dina personliga erfarenheter av att anpassa KBT till flyktingar? Med grund i vad har du valt att göra som du gjort?*
8. Hur påverkar kulturella aspekter hur du arbetar med KBT med den här gruppen? *Trigger: Både hos dig som psykolog och hos klienten*

C) *Allians*

9. Vad har du för erfarenheter av att skapa en fungerande behandlingsallians med flyktingklienter? *Trigger: fråga mer om professionella ramar*
10. Hur påverkar kulturella aspekter ditt förhållningssätt när det kommer till att skapa behandlingsallians i terapi? *Trigger: Har du gjort något aktivt för att bli bättre på att förstå klienter med annan kulturell bakgrund?*

Sociodemografiska frågor

Hur gammal är du?

Hur skulle du definiera din egen kulturella eller etniska tillhörighet?

Vad är din arbetstitel?

I vilken typ av verksamhet arbetar du i?

I hur många år har du arbetat med psykoterapeutisk behandling?

Vad är din huvudsakliga teoretiska orientering i ditt psykoterapeutiska arbete?

Bilaga 2. Sociodemografiska profiler, informanter

Intervjuperson 1 (fingerat namn Alex)

Ålder: Cirka 55–65

Egendefinierad etnicitet/kulturell bakgrund: ”Svensk men ändå osvensk”

Arbets titel: Leg. psykolog, leg. psykoterapeut

År arbetat med psykoterapeutisk behandling: 15

Huvudsaklig teoretisk orientering: KBT, eklektisk (inslag av psykodynamisk teori)

Intervjuperson 2 (fingerat namn Robin)

Ålder: Cirka 40-50

Egendefinierad etnicitet/kulturell bakgrund: ”Icke-religiös svensk”

Arbets titel: Leg. psykolog, delvis slutförd utbildning till leg. psykoterapeut

År arbetat med psykoterapeutisk behandling: 14

Huvudsaklig teoretisk orientering: KBT, evidensbaserad metod

Intervjuperson 3 (fingerat namn Charlie)

Ålder: Cirka 30-40

Egendefinierad etnicitet/kulturell bakgrund: ”Ateistisk svensk”

Arbets titel: Leg. psykolog

År arbetat med psykoterapeutisk behandling: 2

Huvudsaklig teoretisk orientering: KBT, eklektisk (betonar vikten av god allians)

Intervjuperson 4 (fingerat namn Kim)

Ålder: Cirka 45-55

Egendefinierad etnicitet/kulturell bakgrund: Ser inte meningen med att definiera sig på detta sätt men har invandrat från ett annat nordiskt land

Arbets titel: Leg. psykolog, leg. psykoterapeut

År arbetat med psykoterapeutisk behandling: 11

Huvudsaklig teoretisk orientering: KBT, tredje vågen-fokus

Bilaga 3. Informationsbrev



LUNDS
UNIVERSITET

Inbjudan till att delta i intervjustudie om psykologers upplevelser av psykoterapi med klienter som invandrat till Sverige av flyktingskäl

Jag heter Rasmus Andersson och genomför för närvarande en kvalitativ studie gällande psykologers upplevelser av att bedriva KBT-inriktad psykoterapi med klienter som har invandrat till Sverige av flyktingskäl. Studien är en del av mitt examensarbete på psykologprogrammet vid Lunds universitet. Syftet med min studie är att undersöka hur psykologer i Sverige skapar mening kring sina upplevelser av psykoterapeutisk behandling med klienter från ovan nämnda grupp. Av intresse för studien är dels erfarenheter gällande den särskilda kontext som det innebär att arbeta med flyktinginvandrare men också hur psykologen anpassar de psykoterapiverktyg den använder till den aktuella gruppen, såväl alliansfrämjande insatser som specifika KBT-verktyg.

Du som deltar behöver vara *legitimerad psykolog* eller *psykoterapeut*. Du arbetar, eller har de senaste åren arbetat på en arbetsplats där du *regelbundet bedrivit psykoterapeutisk behandling med klienter som är över 18 år, har invandrat till Sverige av asylskäl och har haft uppehållstillstånd i Sverige sedan minst några år tillbaka*. Du använder dig också *regelbundet av KBT-baserade verktyg*.

Som deltagare i studien kommer du att vid *ett tillfälle* bli intervjuad av mig under cirka *1.5 timmar* på en tid och plats som passar dig. Intervjun kommer att äga rum under september eller oktober månad 2017. Alla intervjuer kommer att spelas in och transkriberas. Ljudinspelningar och transkriberat material kommer endast att hanteras av mig. Allt transkriberat material kommer att avidentifieras. Ljudinspelningarna kommer att raderas när uppsatsen är godkänd och examinerad. Arbetet bedrivs under handledning. Deltagandet är frivilligt och du kan som respondent när som helst avbryta din medverkan. Du väljer själv om det är någon eller några frågor du inte vill svara på och ingen motivering till varför behöver ges.

Cirka fyra halvstrukturerade intervjuer med psykologer kommer att genomföras. Det transkriberade materialet analyseras sedan utifrån tolkande fenomenologisk analys (IPA) och utgör uppsatsens huvudmaterial. Att medverka i studien kan ge dig en unik möjlighet att reflektera kring din egen yrkesroll och du bidrar också till forskning som syftar till att generera ny kunskap vad gäller psykoterapeutiska interventioner för gruppen flyktinginvandrare.

Om du är intresserad av att delta i studien eller har några frågor är du välkommen att kontakta mig eller min handledare. Jag kontaktas enklast via mail men kan också nås via telefon.

Vänliga hälsningar,

Rasmus Andersson
Psykologstudent

peal1ran@student.lu.se

Handledare: Jonas Bjärehed
Fil. dr. & leg. psykolog/universitetslektor

jonas.bjarehed@psy.lu.se

Bilaga 4. Individuella huvud- och underteman

Charlie

Att manövrera en oförutsägbar kontext med begränsade riktlinjer

Komplex, mångbottnad problematik inom första linjen-vård utan stöd från andra

Att pröva sig fram, självständigt improvisera när vanliga verktyg och alliansbyggande inte når fram

Ambivalens inför gränsdragningar i terapirummet

Att förhandla fram den nödvändiga avgränsningen av psykologens roll som hjälpare

Tolken som aktiv agent i terapirummet, gränsdragningar för tolkens uppdrag

Personligt engagemang inför uppgiften

Frustrerad över brist på förståelse från andra psykologer då de är homogena, saknar intresse för ämnet

Att spurras av kontextens oförutsägbarhet och utmaningarna i terapirummet

Kim

Ta hjälp av kultur och religion för att nå fram

Skapa allians med hjälp av kulturella artefakter

En känsla av att famla i mörker

Egen rådvillhet och svåra känslor när brist på framsteg i terapin, möjligt att hjälpa eller inte?

Ambivalens kring om och hur KBT-verktygen bör anpassas, till exempel skala av behandlingsfasen

Svårt att behöva synkronisera psykologens uppdrag med verksamhetens uppdrag

Brist på harmoni mellan olika aktörer

Svårt att synkronisera privata värderingar med patienternas verklighet

Svårt att synkronisera det psykologen vill med tolkens agenda och verksamhetens förutsättningar

Svåra gränsdragningar

Att behöva förhandla kring psykologrollen för att kunna hitta sätt att hjälpa som båda kan acceptera

Att förhandla med sig själv för att sätta gräns i att kunna hjälpa andra med trauma utan att själv gå under

Alex

Att acceptera psykologens roll som en förändringsagent bland andra

Ambivalens inför i hur hög grad terapin bidrar till förändring kontra förbättrade livsomständigheter

En känsla av begränsat inflytande över flyktingpatienternas svåra situation i förhållande till politiska beslut och integrationsprocessen

Att förhandla med sig själv för att hitta gräns mellan att kunna hjälpa och själv stå ut i arbetet

Det personliga engagemanget

Att känna ett kall i att hjälpa flyktingar, arbetet som personligt meningsskapande aktivitet

Att känna att man genom erfarenhet har hittat vad som fungerar

Ha funnit (viss) trygghet, kommit fram till goda anpassningar efter lång improvisatorisk process

Frustration över bristande kunskapsnivå hos andra psykologer, resten av vården och ute i samhället

Robin

Att brottas med känslan av att inte kunna hjälpa, försöka få kontroll över situationen

Frustration i att inte kunna hjälpa, hantera genom att distansera sig från det svåra med skarpa gränser

Andra insatser centrala i att hjälpa, strukturell problematik kan inte botas av primärvårdpsykiolog

Det är svårt att använda KBT med patienter som har stark förankring i annat sätt se på psykologiska fenomen

Svårt, nästan omöjligt förankra KBT hos flyktingar som har kulturellt annan syn på psykologiskt fungerande

Psykologskrädet, KBT-forskning saknar kunskap och intresse för gruppen, då kan inte metoderna hjälpa heller