



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Vad upplever patienter som hjälpsamt i KBT?

Annika Sturesdotter

Psykoterapeutexamensuppsats, 2019

Handledare: Margit Wångby Lundh
Examinator: Håkan Johansson

Stort Tack till deltagande intervjupersoner, som så öppet och villigt delade med sig av sina reflektioner och erfarenheter.

Varmt Tack till min handledare, Margit Wångby Lundh, för alltid lika engagerad, konstruktiv och uppmuntrande feed-back under arbetets gång.

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka vad patienter som genomgått kognitiv beteendeterapi (KBT) upplevde som hjälpsamt i sina terapier. Studien är gjord som en kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer av fyra patienter. Intervjuerna spelades in på band, som sedan transkriberades. Materialet har sedan analyserats med hjälp av interpretativ fenomenologisk analys (IPA). Tre övergripande teman identifierades: *egen motivation och vilja till förändring, ett gott samarbete mellan patient och terapeut* samt *praktiska inslag i terapin*. De första två teman kan hänföras till det man brukar kalla ”common factors” eller gemensamma faktorer på svenska, där patienten själv och terapeutisk allians är exempel på sådana gemensamma faktorer. Framträdande i intervjupersonernas berättelser var patienternas känsla av eget ansvar för terapin och en villighet att prova nya förhållningssätt. De betonade vikten av att terapeuten var lätt att prata med, lyssnade och var lyhörd samt att man hade ett öppet samarbetsklimat och kände ett stort förtroende för terapeuten. De praktiska inslagen kan hänföras till KBT-specifika faktorer. KBT-specifika faktorer som togs upp var t ex hemuppgifter, skattningsformulär och exponering. Patienternas egen stora motivation och engagemang i terapin och förändringsprocessen väcker intresse att göra större studier för att bl.a. undersöka patienternas egen roll för att KBT ska bli hjälpsamt.

Nyckelord: kvalitativ studie, patientperspektiv, intervju, KBT, IPA

Abstract

The aim of this study was to investigate what patients who had completed cognitive behavior therapy (CBT) experienced as helpful in their therapies. The study has a qualitative approach. Semi-structured interviews with four patients took place. The interviews were audio-recorded and then transcribed. The material has been analyzed by means of interpretative phenomenological analysis (IPA). Three main themes were identified: *patients' own motivation and willingness to change*, *a good collaboration between patient and therapist*, and *practical features of the therapy*. The first two themes can be referred to what is usually called “common factors”; the patient him-herself and therapeutic alliance are examples of such common factors. The patients' own sense of responsibility for the therapy and a willingness to try out new approaches was striking in the interviews. They emphasized the importance of finding the therapist easy to talk to, the therapist listening and being responsive, and there being an open collaborative climate as well as the patients feeling a great trust in the therapist. The practical features of the therapy are referred to as CBT-specific factors. The CBT-specific factors that were mentioned were e.g. home tasks, rating scales, and exposure. The patients' own high level of motivation and commitment to the therapy and to the process of change raises an interest in performing larger studies in the future to investigate e.g. the patients' own active role in order for CBT to be helpful.

Key words: qualitative research, patient perspective, interview, CBT, IPA

Förord

Idén till denna studie har väckts successivt i mitt arbete som psykiater och under min psykoterapeututbildning med inriktning kognitiv beteende terapi (KBT). Jag har under utbildningen ibland förvånats över att det jag själv och det patienten upplevt som viktigt efter ett samtal ibland kan skilja sig åt. Ibland har det hänt att patienten tagit upp något som jag själv inte nämnvärt noterat att vi pratat om som något väldigt hjälpsamt. Likaså har jag ibland förvånats över att något jag upplevt som ett övergående tema i vårt samtal, är det som patienten upplevt som det viktigaste och det hen tar med sig från samtalet.

Vid genomläsning av litteratur och artiklar inom psykoterapiforskning framkommer att det inte finns så mycket forskning just om patienters egna upplevelser av KBT, även om forskningsinriktningen på senare tid alltmer ändras. Många studier visar att patienterna ofta tar upp det vi brukar benämna som ”common factors” - eller gemensamma faktorer på svenska - och den terapeutiska alliansen som hjälpsamma. Trots att, som Bohart och Tallman (2014) påpekar, den ”common factor” som är gemensam för samtliga olika psykoterapiformer ju är just patienten har jag inte hittat så mycket forskning som fokuserar på vad patienten själv upplever som hjälpsamt i just KBT. Jag ville därför undersöka närmare vad det är patienter som genomgått och känt sig hjälpta av KBT upplevt som hjälpsamt – vad var det i terapin som gjorde att de faktiskt mådde bättre efteråt?

Inledning

Den psykiska ohälsan i samhället ökar (Folkhälsomyndigheten, 2018) och det är många som idag någon gång i sitt liv går i psykoterapi. Under senare år har efterfrågan på KBT ökat (Sveriges kommuner och landsting, 2014) och många väljer eller rekommenderas just denna terapiform. Många studier är gjorda på KBT:s effektivitet som behandlingsmetod och har visat god evidens vid ett flertal tillstånd, som till exempel depression och olika ångesttillstånd (Hofmann, Asnaani & Vonk, 2012; Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2004; SBU, 2005; Socialstyrelsens riktlinjer 2017; Öst, 2006). Men vad vet vi egentligen om hur patienterna själva upplever sin terapi och vad i terapin det är de upplever som hjälpsamt? Eftersom efterfrågan på KBT är hög (Sveriges kommuner och landsting, 2014; Sveriges kommuner och landsting, 2018) och den psykiska ohälsan i samhället idag är stor – och ökar - (Folkhälsomyndigheten, 2018) - är det av stort intresse att närmare undersöka vari den hjälpsamma effekten av KBT faktiskt består enligt mottagarna av behandlingen. Ju mer vi vet om vad patienter upplever som hjälpsamt i sin terapi, desto bättre förstår vi också hur vi kan eller bör lägga upp en behandling, vad som är viktigt att beakta, vilka faktorer som inverkar på behandlingen – och därmed kan vi också försöka påverka detta.

Man brukar säga att målet för psykoterapi är att uppnå en förändring. Det kan vara förändring av mående, tankar, beteende, en förändring av ens eget förhållningssätt till exempelvis det förflutna eller till sig själv. Vad är det som möjliggör/kan möjliggöra denna förändring? Fortfarande råder delade meningar och stora oklarheter kring vad det faktiskt är som hjälper i psykoterapi (Norcross & Lambert, 2018; Philips & Holmqvist, 2008; Wampold, 2010). Vad kan vi lära oss av patienterna genom att direkt fråga dem om deras upplevelser?

Forskningen om psykoterapi har genomförts med olika metoder. Många studier bygger på användning av kvantitativa metoder (Hofmann et al, 2012; Philips & Holmqvist, 2008). På senare tid har även allt fler kvalitativa studier av patienters upplevelser av sin terapi gjorts (t ex Binder, Holgersen & Nielsen, 2009; Dakin & Arean, 2013; McManus, Peerbhoy, Larkin & Clark, 2010).

Såvitt jag kunnat finna vid sökning i litteraturen är antalet studier gjorda på vad patienter upplever som hjälpsamt just inom KBT begränsat. Detta tycks därför vara ett område av stort intresse att studera för att inhämta mera kunskap om patienters upplevelser vid just denna terapiform.

Gemensamma faktorer och terapispecifika faktorer

Generellt inom psykoterafiforskningen brukar man skilja mellan 'common factors', eller på svenska gemensamma faktorer, och terapispecifika faktorer. Gemensamma faktorer är faktorer som är gemensamma för olika terapiformer, såsom psykodynamisk terapi (PDT) och KBT, exempelvis relationen till terapeuten. Terapispecifika faktorer, däremot, är faktorer som är specifika för respektive terapi. Exempel på KBT-specifika faktorer är exempelvis användande av hemuppgifter och exponering.

I en sammanställning av litteraturen fann Levitt (2006) att patienter sällan talar om specifika tekniker när de ombeds reflektera kring hjälpsamma faktorer i psykoterafi. De nämnde istället den terapeutiska relationen och nya insikter de hade uppnått. Studier har visat att patienter understryker: att ha känt sig förstådda, accepterade, och lyssnade på, att ha haft "a safe place" för att utforska sina känslor, tankar, beteenden och erfarenheter, att ha haft stöd för att hantera kriser och stöd för att prova nya beteenden och att ha fått råd. Ibland nämns specifika aktiviteter såsom att terapeuten konfronterar patienten, att göra praktiska övningar, och att få verktyg och strategier, men inte så ofta som faktorer såsom att känna sig förstådd.

Även Norcross och Lambert (2018) har summerat forskning och gjorda meta-analyser och menar att den terapeutiska relationen har stor betydelse, oavsett terapiform. Man sammanställer exempelvis meta-analyser gjorda på olika aspekter av den terapeutiska relationen.

Nilsson, Svensson, Sandell och Clinton (2007) gjorde en jämförande kvalitativ studie kring patienters erfarenheter av genomgången KBT respektive PDT. De ville undersöka om det fanns skillnader i kvalitén på klienters upplevda förändring efter avslutad terapi. Deras resultat visar att andelen nöjda/missnöjda patienter var ungefär lika stor i de olika grupperna. Båda patientgrupperna tog upp gemensamma faktorer såsom att både patient och terapeut var engagerade och aktiva i terapin samt en stark terapeutisk allians som bidragande till förändring. KBT-specifika faktorer som togs upp var bl.a. exponeringstekniker och hemuppgifter. Författarna uppfattade dock kvalitén i den förändring patienterna upplevt olika: KBT-patienterna var nöjda med att kunna applicera specifika tekniker för att tackla problem medan PDT-patienterna beskrev sig som mer självreflekterande och med fler personlighetsrelaterade förändringar, samtidigt mera ambivalenta till sin terapi. KBT-processen beskrevs som fokuserad och strukturerad, där terapeuten var aktiv, medan PDT-processen beskrevs som ett ibland smärtsamt självutforskande med terapeuten mera som en

som gav sammanfattningar. De understryker även vikten av att som terapeut vara så sensitiv som möjligt för patientens behov och försöka matcha dessa med ”rätt” terapiform.

Gemensamma faktorer. De flesta studier av patienters upplevelser av KBT jag tagit del av har funnit att patienterna tar upp många faktorer som brukar räknas till gemensamma faktorer (t ex Cahill, Paley & Hardy, 2013; Clarke, Rees & Hardy, 2004). Två viktiga faktorer här är dels terapeuten (Clarke et al, 2004; Levitt, Butler & Hill, 2006) och dels relationen till terapeuten (Cahill et al, 2013; Levitt et al (2006).

Cahill et al (2013) jämförde psykodynamisk interpersonell terapi (PIT) och KBT hos sammanlagt 61 patienter med depression. Detta är en process-studie, där patienterna fick fylla i ett formulär, 'Helpful Aspects of Therapy', efter varje terapisession. Man fann minimala skillnader mellan de två terapiformerna i vad patienterna upplevde som hjälpsamt. Relationen till terapeuten var det som lyftes fram som den viktigaste faktorn.

Clarke et al (2004) studerade KBT:s hjälpsamhet utifrån patientperspektiv vid depression. Man intervjuade fem patienter som genomgått KBT p.g.a. depression. Man analyserade materialet med grounded theory method. Man fann tre teman: den lyssnande terapeuten, ”the big idea” och att känna sig mer bekväm med sig själv. Den terapeutiska relationen upplevdes av patienterna som viktig. Olika aspekter av relationen togs upp, såsom vikten av att känna sig validerad, ha ett kollaborativt arbetssätt med sin terapeut, att terapeuten lyssnade, att känna sig validerad. Inom temat ”the big idea” tar man även upp fyra kategorier av KBT-specifika terapitekniker, nämligen det patienterna benämnde som ”modellen” (kunde t ex vara patienternas upplevelse av huvudsyftet med terapin, konceptualisering, att gemensamt titta på samband mellan tankar, beteende och omgivning), att hantera sina tankar, att förstå mönster och grundantaganden samt att prova saker (”testing things out”). Deltagarna i denna studie uppskattade således både generella och specifika faktorer.

KBT-specifika faktorer. I flertalet av de studier jag tagit del av är det en kombination av gemensamma och KBT-specifika faktorer som tas upp av patienterna som hjälpsamma och dessa studier sammanfattas därför nedan under rubriken ’kombination av gemensamma och KBT-specifika faktorer’. En studie betonar dock KBT-specifika faktorer, nämligen Straarup och Poulsen (2015), som intervjuade sex patienter som genomgått KBT eller metakognitiv terapi (MCT) och bearbetade resultatet via IPA-analys. Samtliga patienter hade haft samma terapeut. Både specifika och icke-specifika faktorer togs således upp även i

denna studie, men störst betoning var dock här på specifika faktorer, framför allt av de patienter som gått i MCT. Patienterna tog exempelvis upp att förstå vidmakthållande faktorer, att förändra negativa tankemönster och beteende samt psykoedukation om depression.

Man tolkar här det faktum att patienterna tar upp specifika faktorer mer i KBT än i andra terapier som ett eventuellt uttryck för att patienterna införlivat terapeutens förklaringar till förändringsmekanismer i terapin – och menar att då kan gemensamma faktorer trots allt ha spelat en större roll än patienterna uppger. Man refererar även till andra studier som också visat att det är integreringen av den kognitiva modellen med ens eget tänkande som bidrar till utfallet. Gemensamma faktorer som togs upp av patienterna i denna studie var att man upplevde en positiv och informell relation till terapeuten som hjälpsam.

Kombination av gemensamma och KBT-specifika faktorer. Av särskilt intresse är att man i flera studier finner att både gemensamma och terapispecifika faktorer lyfts fram av patienterna som verksamma i behandlingsprocessen och att just kombinationen av dessa faktorer kan vara viktig. Vidare är det intressant att det generellt tycks vara få studier, där patienterna lyfter fram terapispecifika faktorer utan att samtidigt betona gemensamma faktorer.

Allen et al (2009) undersökte vad deltagare i mindfulness-baserad kognitiv terapi (MBCT) upplevt som hjälpsamt och meningsfullt. Man intervjuade 20 patienter med recidiverande depression som genomgått MBCT som förebyggande behandling 12 månader efter behandlingen. Intervjuerna bearbetades med tematisk analys. Fyra teman framkom: kontroll, acceptans, relationer och kämpande. Utvecklandet av exempelvis acceptans hade sin grund i både specifika MBCT-tekniker och icke-specifika faktorer som grupprocessen. Författarna tyckte sig se tecken att det finns en komplex interaktion mellan specifika och gemensamma faktorer.

En gemensam faktor, som ofta framkommer som betydelsefull är relationen till terapeuten. I en studie gjord av Messari och Hallam (2003) undersöktes fem patienters erfarenheter av KBT vid psykos. Man gjorde semistrukturerade intervjuer som analyserades med 'discourse analytic methods'. Patienterna i denna studie såg terapin som en lärarrik erfarenhet som möjliggjorde alternativa synsätt. De flesta patienterna underströk även värdet av en tillitsfull och respektfull relation med terapeuten och betonade även värdet av psykoedukation under terapin, som man benämnde som en läkande process. Även i denna studie togs således såväl gemensamma som KBT-specifika faktorer upp av patienterna.

Onslow et al (2016) gjorde en kvalitativ studie, där man utförde semi-strukturerade intervjuer med 8 personer som genomgått KBT p.g.a. bulimi och sedan använde IPA som analysmetod. Resultatet man kom fram till var att patienterna värderade både KBT-specifika och generella faktorer. Specifika inslag som togs upp var bland annat psykoedukation kring utlösande och triggnande faktorer till deras beteende samt att få förståelse för vidmakthållande faktorer. Generella faktorer som togs upp var exempelvis vikten av en god terapeutisk allians, att terapeuten var flexibel samt även terapeutens specialkunskap inom området bulimi.

Dakin och Areán (2013) gjorde semistrukturerade intervjuer med 22 äldre (> 60 år) med depression, som randomiserats till terapi antingen av stödjande eller problemlösande karaktär. Slutsatserna av denna studie var att stöd, problemlösning och fokus på interpersonella relationer var det mest hjälpsamma. I den terapeutiska relationen önskade deltagarna fokus på ett kollaborativt förhållningssätt i stället för ett reflekterande sådant.

Binder et al (2009) intervjuade 10 patienter som tidigare gått i psykoterapi och upplevt att behandlingen hjälpt dem. De flesta deltagarna beskrev inte terapiformen, men två benämnde den som KBT, en som psykoanalys och två som intensiv psykoanalys. Man använde en hermeneutiskt modifierad fenomenologisk approach för bearbetningen och fann fyra teman: ”att vara i en relation med en vis, varm och kompetent professionell person, att vara i en relation med kontinuitet när man själv lider av inre diskontinuitet, att få antaganden om sig själv korrigerade och att skapa ny mening och se på sina livsmönster på ett nytt sätt”. Man konstaterar även att terapeutens specifika inriktning, eller vilken typ av terapi man bedrev, inte tycktes särskilt viktig för deltagarna i denna studie.

Vikten av en god relation till terapeuten framkom även i en studie av McManus med kollegor (2010), där man intervjuade 8 patienter med social fobi efter genomgången KBT-behandling enligt ett protokoll för behandling av social fobi. De semistrukturerade intervjuerna transkriberades och bearbetades med IPA analys. Man fann fyra huvudteman: ”social fobi som ett sätt att vara”, ”lära sig att utmana social fobi som ett sätt att vara”, ”utmaningar under vägen till förändring”, ”en helt ny värld – nya sätt att vara”. Man fann belägg för att tillit till terapeuten och tilltro till dennes kunskaper var en huvudingrediens för patienternas positiva erfarenheter. Alla deltagarna tog även upp hur viktigt förhållandet till terapeuten var och att man faktiskt tyckte om sin terapeut för att man skulle våga öppna sig om sina skamfyllda svårigheter. Samtliga deltagare tog även upp att de såg på att gå i terapi som ett sätt att få verktyg för att lära sig och att förändra sig och att inom ramen för ett

samarbete med terapeuten var det patienten själv som var själva motorn i detta samarbete. Även om generella faktorer var det som framför allt lyftes fram, togs även flera KBT-specifika faktorer upp som hjälpsamma av patienterna i denna studie. Exponering under trygga former och beteendexperiment togs upp som värdefulla inslag i terapin. Även att få feedback från andra i gruppen, att öva och att repetera och använda de strategier de lärt sig i gruppen, d.v.s. beteende-inriktade komponenter i terapin, upplevdes hjälpsamt. Man upplevde även att man fått en större acceptans för sig själv och andra och en mera positiv självbild efter terapin.

Sammanfattningsvis har flera studier (t ex McManus et al, 2010; Onslow et al, 2016) funnit att patienter tar upp en god relation till sin terapeut som en essentiell aspekt av sina terapier. Vidare har man i studier när patienter ombetts reflektera kring sin genomgångna terapi funnit såväl att man (1) framför allt lyfter fram gemensamma faktorer som hjälpsamma (t ex Cahill et al, 2013; Clarke et al, 2004) (2) tar upp både generella och terapispecifika faktorer (t ex McManus et al (2010); Onslow et al (2017) medan det även finns studier där man (3) betonar mera terapispecifika inslag (Straarup & Poulsen, 2015).

Utifrån de studier jag kunnat finna är resultaten således inte entydiga. Detta är inte förvånande, eftersom terapi är en komplex process och att kvalitativt studera detta och dra slutsatser är också en komplex process - men samtidigt av mycket stort intresse för att få ökad kännedom om hur man på bästa sätt kan genomföra en terapibehandling för att patienten ska uppleva den som hjälpsam.

Syftet med den här studien var således att undersöka närmare vad det var patienter som genomgått och känt sig hjälpta av KBT faktiskt upplevde som hjälpsamt i terapin.

Ett sätt att närma sig frågan vad patienter upplever som hjälpsamt i sin terapi är att göra förutsättningslösa kvalitativa intervjuer. Utifrån frågeställningen vad patienterna själva upplever som hjälpsamt i sin terapi har jag valt metoden interpretativ fenomenologisk analys (IPA) (Smith, 2009) som analysmetod av intervjudata. Med hjälp av denna metod har jag försökt skapa en bild av patienternas egna upplevelser av sin genomgångna terapi och sedan försökt tolka dessa erfarenheter och den mening och förståelse som patienterna ger sin terapi.

Metod

Förförståelse

Efter att ha tagit del av tidigare forskning, samt utifrån mina egna erfarenheter, hade jag en förförståelse om att den terapeutiska alliansen har stor betydelse. Jag närmade mig uppgiften med en stor nyfikenhet kring vad patienterna faktiskt skulle ta upp som hjälpsamma faktorer i sin terapi i denna studie, eftersom tidigare studier delvis visat olika resultat.

Deltagare

Fyra patienter intervjuades, en man och tre kvinnor. De var mellan 20-40 år gamla. Samtliga fyra patienter hade gått i KBT hos en och samma legitimerade psykolog inom ramen för Rehabiliteringsgarantin, d.v.s. ett förfaringsätt inom Region Skåne, där man kan vända sig till sin husläkare och om det bedöms indicerat få en remiss för psykoterapi (KBT eller psykodynamisk terapi, PDT) upp till ett visst antal gånger inom högkostnadsskyddet. Initialt var avsikten att rekrytera patienter från den öppenvårdspsykiatriska mottagning jag tjänstgjorde vid. Dock var det inga patienter på denna mottagning som avslutade sina terapier under den tidsperiod rekrytering till denna studie skulle göras. Rekrytering gjordes därför i stället via ovanstående psykolog, som även delvis tjänstgjorde vid samma mottagning som vidtecknad.

En patient behandlades för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), övriga för ångestproblematik, en av patienterna hade även haft smärtproblematik. Jag läste inga journalanteckningar inför eller i samband med denna studie, utan det är patienternas egna uppgifter om såväl symtom, diagnos som sina terapier som redovisas. En patient träffade terapeuten ca 10 gånger, övriga patienter ca 6-7 gånger. Terapierna hade avslutats ca 1-3 månader innan intervjuerna ägde rum. En av patienterna skulle ha sitt avslutande uppföljningssamtal (efter 7 terapiesessioner) ett par veckor efter att vår intervju ägde rum. Intervjuerna ägde rum under april 2015.

Design

Studien gjordes som en kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer.

Instrument

En intervjuguide (bilaga 2) användes som stöd vid intervjuerna, där klienterna uppmuntrades att berätta fritt. Jag hade förberett en del frågor, för att förvissa mig om att täcka in vissa områden, men intentionen var att huvudsakligen låta intervjupersonerna berätta fritt.

Procedur

Patienterna informerades först muntligt om studien av den psykolog de gått i terapi hos och tillfrågades om deltagande. Samtliga fyra patienter sa ja till deltagande i studien. Skriftlig patientinformation och samtyckesblankett (bilaga 1) skickades då till patienterna. I patientinformationen fanns kontaktuppgifter till mig om de hade några frågor. Efter inhämtat skriftligt samtycke bokades tid med respektive patient för att genomföra en semistrukturerad intervju. Två av patienterna fyllde i samtyckesblanketten när vi träffades, innan intervjun påbörjades. När vi träffades för att genomföra intervjun gavs de också först möjlighet att ställa frågor kring studien. Varje intervju tog ca 80-90 minuter och spelades in på band via diktafon. Intervjuerna skedde på den mottagning där patienterna hade gått i terapi. Efteråt transkriberades intervjuerna, oftast inom några dagar efter att intervjun genomförts. Intervjuerna skrevs ut ordagrant, de skrevs ut i talspråk, och även exempelvis skratt och tystnader markerades i utskriften. Eftersom intervjuerna skrevs ut kort efter att de genomförts fanns de färskt i minnet. Sedan lyssnades varje intervju igenom ytterligare två gånger, under samtidig genomläsning av utskriften för att kontrollera att utskriften var korrekta. Med detta förfaringssätt blev transkriberingen inte enbart ett utskriftsmoment, utan även som att lyssna på intervjun igen och höra den intervjuade prata om sina upplevelser upprepade gånger. Smith (2009) menar att på detta sätt fastnar intervjun och nyanserna i de intervjuades kommentarer på ett helt annat sätt hos forskaren jämfört med när man bara läser en utskrift gjord av någon annan. Smith (2009) menar också att transkriberingen är en viktig del även i själva analysen och bearbetningen av data. Därefter har intervjuerna analyserats med användande av interpretativ fenomenologisk analys, IPA (Smith, 2009).

Dataanalys

Interpretativ fenomenologisk analys (IPA) har använts som metod vid bearbetningen av data. Denna metod utvecklades av Smith 1997. I korthet kan man säga att denna kvalitativa metod har sin grund i att eftersom det är omöjligt att ha direkt tillgång till en annans inre upplevelser och erfarenheter, blir varje analys alltid interpretativ, d.v.s. trots att forskaren har som mål att studera en persons inre värld och upplevelser så blir resultatredovisningen ändå en tolkning av vad forskaren erfar. Denna tolkning påverkas både av forskarens eget perspektiv och av interaktionen mellan den intervjuade och forskaren. Syftet i metoden är att försöka fånga och beskriva den intervjuades upplevelser av någonting, men Smith understryker att dessa upplevelser ju aldrig är direkt tillgängliga för intervjuaren. I metoden

ingår en serie steg, genom vilka man efter transkribering läser igenom intervjuerna upprepade gånger och identifierar olika teman. Gruppering av dessa teman sker sedan i två steg: först grupperas de teman som är förbundna med varandra till samma kluster. Sedan grupperas dessa olika teman i övergripande teman. Man kategoriserar och benämner varje kluster, som då bildar övergripande teman med olika underteman. Varje övergripande tema stöds med citat från transkriberingen. Sedan analyseras intervju för intervju på samma sätt, där man successivt grupperar och identifierar teman i varje enskild intervju. Slutligen går man igenom temana från varje intervju och ser om man hittar gemensamma teman mellan de olika intervjuerna.

Teman understöds av citat från transkriberingarna i denna systematiska analys. Således kunde de teman som fanns hos de enskilda intervjupersonerna kategoriseras i tre övergripande teman, som förekom hos samtliga intervjuade, men i form av olika underteman.

Etik

Studien gjordes som en kvalitativ studie och är gjord i enlighet med de etiska principer som framgår i Lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. En examensuppsats bedöms i denna lagtext inte definitionsmässigt som forskning. Studien kommer heller inte att publiceras, och i enlighet med den tolkning av regelverket som var gängse vid tiden för datainsamlingen har därför inte någon ansökan om prövning av den lokala Etikprövningskommittén gjorts. Studieupplägget godkändes av kursledare och handledare innan påbörjandet av studien och utförandet av intervjuerna. Studien genomfördes först när respektive deltagares terapi var avslutad. Deltagarna erhöll skriftlig information om studien och skriftligt informerat samtycke inhämtades innan intervjuerna genomfördes (bilaga 1). Deltagarna hade även möjlighet att ställa frågor om studien till mig innan intervjuerna gjordes. Deltagarna fick information om att det inspelade materialet när arbetet var klart skulle förstöras. Information gavs även om att materialet var sekretesskyddat, att inget kring deltagarnas identitet skulle framgå i studien. Vidare gavs information om att uppsatsen när den var färdig i enlighet med Lunds Universitets riktlinjer för studentuppsatser kommer att ligga på Lund University Publications som nås via Lunds Universitets hemsida, men att deltagande individers identitet inte kommer att framgå.

Kunskapsanspråk

Med IPA som analysmetod undersöker man hur patienten ser på något - i detta fall sin terapi - i efterhand, d.v.s. inte då patienten genomgick terapin. Detta innebär att olika faktorer kan ha påverkat patienten i efterhand, vilket innebär att det man undersöker i praktiken är patientens *minne* av hur det var. I denna studie är det således retrospektiva data man undersöker. Patienten tolkar i efterhand under intervjun sina upplevelser av terapin och intervjuaren försöker i sin tur göra en tolkning av patientens tolkning, eller patientens minne av hur det var.

Kunskapsanspråket i denna studie är således hur patienterna ser på sin terapi efteråt, inte hur det var i stunden. I denna studie rör det sig om retrospektiva data, en tolkning av patienternas minnen av hur det var.

Resultat

Efter kvalitativ analys med IPA identifierades tre övergripande teman med ett antal underteman inom varje kategori, se tabell 1. Samtliga huvudteman verifierades genom citat, som refererade till dessa kategorier, i transkriberingarna från samtliga intervjupersoner. I resultatredovisningen nedan anges några exempel på citat från patienterna för att illustrera de olika temana. Intervjupersonerna kallas A, B, C och D.

Tabell 1.

Övergripande tema	Undertema
Egen motivation och vilja till förändring	Känsla av eget ansvar för terapin Långvarigt lidande innan terapistart, nedsatt funktion i vardagen Villighet prova nytt förhållningssätt i praktiken
Gott samarbete mellan patient och terapeut	”Personkemi” Öppet klimat, terapeuten lätt att prata med Stort förtroende för terapeuten ”Self-disclosure” Terapeuten lyssnade, lyhörd, rak, ärlig
Praktiska inslag i terapin	Hemuppgifter Skattningsformulär Psykoedukation Exponering Konkreta verktyg

Egen motivation och vilja till förändring

Alla fyra patienterna pratade om en egen stark motivation att förbättras. Denna motivation och vilja att verkligen arbeta för att få en förändring till stånd uppfattade jag som tydlig i samtligas berättelser. Intervjuperson A menade att ”jag måste ju bli kvitt detta någån gång helt och hållet, för jag undvek ju liksom saker och ting”. A beskrev även att hen själv var motiverad för att komma vidare, eftersom hen var störd av sina symtom/svårigheter i sin vardag.

Känsla av eget ansvar för terapin. Det var slående att ingen av intervjupersonerna tänkte sig att bara få några färdiga svar eller åtgärder genom att gå i terapin. De verkade i stället redan från början ha varit inställda på hårt arbete och på att det var de själva som måste arbeta för att något skulle förändras. Intervjuperson B uttryckte att ”i och med att jag själv

liksom har varit väldigt aktiv i processen, det är liksom ingenting jag liksom bara får kommunicerat till mig att 'tänk på det här och tänk på det här, så blir det bra' utan det är ju liksom nånting som jag verkligen har jobbat med väldigt aktivt. Och än idag faktiskt i olika situationer...". B uttryckte således en beredskap och en villighet att även efter terapin fortsätta arbeta med de verktyg hen hade fått.

Intervjuperson C uttryckte samma insikt och gav även uttryck för en växande acceptans av sitt mående: "Det är nog någonting som jag får lära mig att hantera, får lära mig att leva med... och då har jag insett att mycket ligger på mig själv också". Vidare beskrev C att "när jag fick öva mellan gångerna så märkte jag ju att det är ju bara jag som kan påverka hur det blir, mycket i mitt tänkande och i mitt handlande. ...". C menade att "därför har jag gillat läget lite också, för jag förstår att mycket ligger hos mig..., att det bara är jag som kan förändra hur jag tänker och agerar och sådär".

Även intervjuperson D reflekterade kring vikten av att själv och på egen hand kunna hantera sitt mående i framtiden, utan behov av professionell hjälp: "För då kan man liksom inte gå här längre och prata med terapeuten utan man ska kunna prata med de där hemma och liksom...alltså kunna göra sakerna lite själv också...och inte bara förlita sig på någon annan heller". D konstaterade att "visst, jag kan ju ringa hit om det är någonting, men jag måste ju ändå kunna sköta det själv. Det är ju inget terapeuten kan hjälpa mig alltså så... med hela tiden, hela livet eller vad man ska säga...".

Långvarigt lidande innan terapistart, nedsatt funktion i vardagen. Detta tema visar hur patienternas symtom och durationen av dem tycktes göra dem ännu mer beslutsamma att verkligen ta itu med sina problem. Även den begränsning i sin vardag som de upplevde att deras ångest orsakade tycktes motivera dem. Intervjuperson B uttryckte: "Jag kände att nu får det vara nog, nu orkar jag inte leva med de här symtomen". B förmedlade även att "det är väldigt påfrestande, det är väldigt mental utmattande" och att det krävdes mycket vilja. B reflekterade även över att "... liksom det som motiverade mig var ju att jag var så pass trött på att känna mig begränsad".

Även intervjuperson D berörde hur hen med tiden fått ett alltmer inskränkt liv p.g.a. sina symtom och tiden de varat: "Ännu längre än något år... det blev värre och värre, jag har ju stött bort mera grejor med tiden". D beskrev hur "jag kände att jag kan inte leva såhär...det gick inte. Jag var så nere med".

Villighet prova nytt förhållningssätt i praktiken. Intervjuperson B reflekterade kring innebörden av att gå i terapi och uttryckte en tydlig beredskap att prova det man tog upp i terapin: ”Du *går* inte i terapi, du *praktiserar* det, du *gör* det, du måste ju tillämpa de här teknikerna”. B menade att man måste ”...liksom testa, testa dem, se vad som fungerar, vad som inte fungerar”.

Gott samarbete mellan patient och terapeut

Olika aspekter av relationen och samarbetet mellan patient och terapeut var något som återkom i samtliga fyra intervjuer. Man betonade hur viktigt det var att kunna känna sig bekväm tillsammans med sin terapeut för att våga öppna sig och berätta om sina problem. I psykoterapiforskning brukar dessa faktorer generellt benämnas som gemensamma faktorer och dessa faktorer tog stort utrymme i intervjupersonernas berättelser och reflektioner.

”Personkemi”. Det vi i dagligt tal ofta benämner ”personkemi” togs upp i intervjuerna. Ibland hade man svårt att riktigt sätta fingret precis på vad det var som gjorde att kontakten kändes bra, som t ex intervjuperson B: ”För mig är ju KBT väldigt mycket interaktivt alltså mellan terapeut och patient”. B menade att ” om kommunikationen, alltså interaktionen mellan patient och terapeut fungerar bra, om det flyter på...”. B berättade även att hen upplevt bemötandet och terapeuten redan från början som ”väldigt... trevlig. Just det att terapeuten berättade lite om sig själv och ...ja, jag vet inte... personkemin stämde”.

Öppet klimat, terapeuten lätt att prata med. Flera tog även upp vikten av att relationen kändes jämbördig, att det mera upplevdes som att man tillsammans satt och förde ett resonemang. Intervjuperson A delgav sina funderingar: ”Jag tror mycket ligger i kommunikationen med den som för terapin liksom”, ”...att man verkligen har en bra kommunikation. Jag tyckte liksom att jag klickade med terapeuten och att det funkade, och då är det mycket liksom”. A tog även upp viken av att ”det är lätt att prata med personen ifråga, att den som är terapeuten inte sätter sig på några höga hästar bara för att man då liksom är utbildad, utan att man sitter liksom ungefär på samma plan och bollar då liksom lite fram och tillbaka istället”. A reflekterade över att ”jag tror samarbetet är A och O där, och har man en lätt kommunikation...” Vidare menade A att...”annars, just om man inte har bra kommunikation så kan man bli lite sådär bara, och då kanske man inte lägger ner den energin heller, och då kanske terapin i stället för att ta 10 gånger så tar den 30 gånger... och det är det ju liksom ingen vinst med...”.

Att man inte kände sig pressad eller stressad att prestera var också något som lyftes fram i intervjuerna. Exempelvis upplevde intervjuperson D: ”Från första gången så kände man när terapeuten pratade... man blev liksom lugnare direkt”. D berättade vidare att "terapeuten gick inte på och pressade heller, utan tog det verkligen i den takten som man behövde". Hen betonade att ”jag kände mig aldrig stressad eller pressad till att lyckas med grejorna heller, ”terapeuten var inte stressad eller nånting, utan bara... kändes liksom... väldigt lugn, liksom”.

Stort förtroende för terapeuten. Att känna tillit till terapeutens kompetens och professionella bedömning av problemet togs också upp som något viktigt, både för relationen mellan patient och terapeut och för att man skulle ha modet att prova de praktiska verktygen, såsom exempelvis exponering. Intervjuperson C belyser detta: ”Det är ju viktigt att den som är terapeut ändå... på nåt sätt visar att man har en förståelse för problemet... på riktigt... förutom teorierna... jag tror att det *sätter* relationen, kanske lite bättre”. C menade även att detta gjorde att hen kanske vågade testa i större utsträckning och gjorde att hen tänkte att ”... ja, men terapeuten vet vad terapeuten pratar om och då kan jag lita på att det terapeuten säger... stämmer...”.

”Self-disclosure”. Att terapeuten berättade lite om sig själv, det man inom terapiforskning brukar benämna ”self disclosure”, togs upp av flera av intervjupersonerna. Det verkar som om detta hade en normaliserande och avdramatiserande effekt och gjorde att man kände sig mindre ensam om sin problematik. Det verkar också ha haft en avväpnande effekt, som gjorde det lättare att öppna sig och prata om sina problem. Intervjuperson C berättade att ”...jag tyckte det var ganska jobbigt att prata om det, medan terapeuten inte gjorde någon stor grej av det...”. C reflekterade vidare att ”... det var också rätt skönt...”, ”...det var väl just det att...nej, men det är inget konstigt att känna så och...terapeuten gav några exempel på...att terapeuten också hade liknande bekymmer ...eller hade haft och så där...och det, kan jag tänka mig kanske också är någon slags tanke bakom...att ’jag har också haft de här bekymmerna’. C menade att ” den här ensamhetskänslan som jag hade haft innan försvann lite...vem som helst kan faktiskt ha den här problematiken, det är inte bara jag...”.

Terapeuten lyssnade, var lyhörd, rak, ärlig. Ett gott samarbete mellan patient och terapeut främjades också av att man som patient upplevde att terapeuten lyssnade på det man berättade och gav uttryck för detta så att patienten märkte det, d.v.s. så att patienten kände att terapeuten var lyhörd och förstod att man mådde dåligt. D reflekterade kring detta: ”...alltså terapeuten bryr sig inte bara om att jobba, alltså, så...utan tar verkligen hand om de personerna

terapeuten möter och engagerar sig i dem också”. D menade även att ”...så såg man liksom på terapeuten också när man berättade...alltså, så, terapeuten blev lite rörd och lite så... och att terapeuten verkligen lyssnade på en...och förstod att man verkligen mådde dåligt”. Man reflekterade även under intervjuerna kring att det kändes skönt med en rak kommunikation, exempelvis berättade intervjuperson C: ”Terapeuten var ju ganska... rak och ärlig...”.

Praktiska inslag i terapin

Detta tredje huvudtema täcker in de inslag i terapin man brukar benämna som specifika för KBT.

Hemuppgifter. Av de praktiska momenten i terapierna togs bl.a. vikten av hemuppgifter upp. Detta var något som intervjupersonerna tycktes känna sig förpliktade att utföra, exempelvis uttryckte intervjuperson D: ”Jag kände nog bara att det var väl att försöka att testa i alla fall, jag hade ändå fått det som en läxa eller vad man ska säga”. D berättade att ”...liksom envisheten började komma där... det *ska* gå, jag ska inte ge mig nu, liksom”.

Skattningsformulär. Användandet av skattningsformulär under terapins gång, till exempel att man kontinuerligt under behandlingen fick skatta sin ångestnivå lyftes också fram som något man upplevt som hjälpsamt. Intervjuperson A:s reflektion kring detta var: ”Man kan liksom följa utvecklingen och se, även om det har varit jobbigt liksom, så kan man se att det går utför liksom, så såg man det bättre”, ”så får man själv en bekräftelse”, ”då kunde man ju se att det har ju faktiskt då blivit bättre... inte bara det hade blivit mindre jobbigt utan att det trots allt hade blivit bättre”. A trodde att det var lite motivationshöjande att kunna se på skattningarna att det blev bättre.

Psykoedukation. Att få lära sig lite mer om teorin bakom sina ångestsymtom, att förstå konsekvenserna av olika sätt att hantera dem togs också upp som inslag i terapin man upplevt som hjälpsamma. Detta tycktes vara något som stannade kvar även efter avslutad terapi och något man funderade vidare kring. C berättade att: ”Terapeuten ritade upp, beskrev olika teorier...och så kände jag att det är exakt det som jag behöver hjälp med”. C förmedlade också att ”även andra teorier som var kopplade till hur man hanterade de här situationerna och vad... på bekostnad av...av annat, liksom, sådär... och hur fritt man kan röra sig i vardagen och sådär”. C hade funderat vidare: ”Det var ju det här att när man ska hantera vissa situationer som man tycker är jobbigt så kan man ju undvika dem, men då blir man också

mindre fri liksom i sin vardag, ... ju mer man upplever att det är jobbigt att ta itu med det så... men så vinner man ju också frihet... så det har jag ju tänkt mycket på”.

Exponering. Momentet att utsätta sig för sin ångest lyftes också fram som något patienterna upplevde som hjälpsamt. Att under handledning av terapeuten få arbeta fram ett nytt sätt att hantera sin ångest upplevde man fick positiva konsekvenser för ens livsutrymme. Intervjuperson B berättade att ”...jag som sagt gradvis skulle utsätta mig för sådant jag tyckte var obehagligt”, ”just det att jag fick arbeta med att...alltså utveckla ett nytt förhållningssätt till ångesten så den blev mindre begränsande för mig”. B förmedlade sina tankar kring detta: ”...Så tänkte jag liksom att ska jag komma någonvar med det så måste jag ju göra det.”.

Konkreta verktyg. Intervjupersonerna verkade uppskatta att ha fått konkreta råd med sig och att under terapin ha fått prova på olika praktiska förhållningssätt. Intervjuperson B menade att: ”De verktygen jag fick, de var ju... väldigt enkla, konkreta och enkla”. Intervjuperson D hade även en upplevelse av att stå bättre rustad i framtiden om ångesten skulle återkomma: ”Om jag kommer att må dåligt igen nu så vet jag lite hur jag ska handskas med det...”, ”...terapeuten har gett mig väldigt bra råd och tips och så...” och hen menade att ”...om jag börjar må dåligt, då vet jag liksom hur jag ska handskas med det”.

Övriga synpunkter

Under intervjuerna tillfrågades patienterna även om det var något de saknat under terapin, något de önskat hade gjorts annorlunda. En av patienterna (A) tog upp att det kanske hade varit av värde att vara sjukskriven på åtminstone deltid under terapin, eftersom att gå i terapi tog mycket tid, energi och kraft i anspråk. Samma patient lyfte att det kanske hade varit bra att komma i kontakt med någon form av nätverk av personer med samma typ av problem för att utbyta erfarenheter. En annan patient (C) tog upp att ibland följdes inte hemuppgiften upp vid efterkommande session. Eftersom patienten hade förberett sig ganska mycket, och tänkt och reflekterat hade patienten önskat sig en uppföljning. Samtidigt tog patienten även här ett stort eget ansvar: ” Jag kunde ju ha sagt det att ’nu har vi inte följt upp det här, ska vi inte göra det?’” C reflekterade vidare att ”...sen kanske det inte spelar så stor roll egentligen att det inte följdes upp, för...nånstans har jag börjat jobba med det ändå, tänker jag”.

Diskussion

Syftet med denna studie var att belysa och undersöka vad det är patienter som genomgått KBT och upplevt sin terapi som hjälpsam faktiskt upplever är hjälpsamt. Detta är

en liten studie med endast fyra patienter. Vid analysen identifierades tre övergripande teman: *egen motivation och vilja till förändring, gott samarbete mellan patient och terapeut* samt *praktiska inslag i terapin*.

Patienternas egen motivation, vilja till förändring och ansvar för terapin var framträdande i samtliga intervjuer. Alla fyra patienterna kände en hög egen motivation - de hade haft sin problematik under lång tid och var mycket motiverade att uppnå en förändring. Samtliga patienter uttryckte ett stort eget ansvar för sin behandling och uppfattade sig mycket aktiva i förändringsprocessen. Exempelvis genomförde de sina hemuppgifter och uttryckte en hög villighet att prova nya förhållningssätt. Samtidigt påtalade alla fyra en insikt i att ingen annan kunde åstadkomma en förändring i deras liv, de var alla motiverade att använda sig aktivt av den hjälp de fick. De uttryckte också en stor känsla av eget ansvar för att bidra till att terapin verkligen skulle hjälpa dem. Liknande resultat påvisas exempelvis även i studier av Hoener, Stiles, Luka & Gordon (2012); Lillevoll et al (2013) och Nilsson et al (2007).

Det var påtagligt i denna lilla studie att ett gott samarbete mellan patient och terapeut var något som samtliga fyra patienter upplevde mycket viktigt. Ett öppet samtalsklimat, ”bra personkemi” och att terapeuten var lätt att prata med verkade för samtliga deltagare vara avgörande, dels för att de skulle känna sig bekväma med att öppet prata om sin problematik, dels för att de skulle engagera sig i terapiarbetet och konstruktivt arbeta framåt. Detta tema kan man hänföra till det man brukar kalla generella faktorer eller mer specifikt terapeutisk allians. Flera av dem pratade om att ”personkemin stämde”. Vad innebär detta? Jag uppfattar att för deltagarna i denna studie innebar det en känsla av att vara på samma våglängd, att vara jämbördiga samtalspartners, att ”tala samma språk”. Även i studierna av exempelvis Binder et al (2009); Clarke et al (2004); Cahill et al (2013) och Straarup och Poulsen (2015) har vikten av en god relation till terapeuten framhävts.

Praktiska inslag i terapin av KBT-specifika metoder såsom hemuppgifter, skattningsformulär, psykoedukation och exponering upplevdes som hjälpsamma av patienterna. Även här uppfattade jag att avgörande för att patienterna verkligen skulle utföra sina hemuppgifter och exempelvis exponera sig var dels deras egen motivation och vilja till förändring, dels att de hade en förtroendefylld och tillitsfull relation med sin terapeut. Det verkar rimligt att koppla samman dessa tre övergripande teman på så sätt att för att de KBT-specifika inslagen ska upplevas hjälpsamma – eller att patienten överhuvudtaget ska våga utsätta sig för exempelvis exponering eller prova nya förhållningssätt – är de första två

huvudtemana en förutsättning. Redan 1979 föreslog Beck, Rush, Shaw och Emery att “the therapeutic relationship is necessary but not sufficient to produce change in CBT” (citerade i McManus et al, 2010).

Intervjuperson C reflekterade kring detta och gav uttryck för vikten av att terapeuten visar en förståelse för patientens problem även bortom teorierna eftersom ”...jag tror att det sätter relationen kanske lite bättre... det gör ju också att jag kanske vågar testa i större utsträckning och tänker att... ja, men terapeuten vet vad terapeuten pratar om och då kan jag lita på att det terapeuten säger... stämmer...”. Den generella faktorn en god allians tycks således här vara en förutsättning för att patienten ska använda sig av den KBT-specifika faktorn exponering, fynd i överensstämmelse med det exempelvis McManus et al konstaterar i sin studie (2010).

Att patienterna i så hög grad arbetade själva mellan sessionerna tänker jag också bidrog i hög grad till att de upplevde sin terapi som hjälpsam och även till en generalisering av de insikter/färdigheter som uppnåddes i terapirummet. Hoener et al (2012) resonerar i sin studie också kring hur patients aktiva medverkan i terapin bidrar till förbättring.

Alla fyra patienter genomgick sin KBT hos en och samma terapeut. Eftersom studiens syfte är att försöka få en bild av patienternas egna upplevelser av och tankar om sin terapi, och inte att utvärdera själva terapin som sådan eller den enskilde aktuella terapeuten, bedöms detta inte i någon högre grad påverka eller störa resultatet i denna lilla studie. Dock kan man tänka sig att terapeutens sätt att förhålla sig till och bemöta sina klienter kan ha bidragit till att samarbetet med terapeuten och terapeutens förhållningssätt blev ett så framträdande tema bland hjälpsamma faktorer i denna studie. Kanske hade man sett en större variation i teman om flera olika terapeuter hade ingått i studien.

I denna lilla studie ser man att resultatet tycks överensstämma med det flera studier tidigare visat (t ex Clarke et al, 2004; Onslow et al, 2016), nämligen att både generella faktorer och KBT-specifika faktorer tas upp av patienterna som hjälpsamma.

Det är även intressant att notera en av patienternas tankar kring en tidigare terapeutkontakt, som *inte* kändes bra. Även denna terapi var KBT-inriktad. Patienten träffade denna terapeut endast vid ett par tillfällen och valde sedan att avbryta terapin p.g.a. att patienten inte kände sig tilltalad på ett respektfullt sätt, kände sig dumförklarad och upplevde även terapeuten som stressad och som inte särskilt hoppfull om att kunna hjälpa patienten

med den aktuella problematiken inom givet antal sessioner. Patienten berättade att hen då tappade motivationen och tyckte inte det kändes meningsfullt att träffa terapeuten. Det vore intressant att undersöka hur den aktuella terapeuten upplevde dessa tillfällen. Sannolikt har vi mycket att lära även från terapier som *inte* upplevts av patienterna som hjälpsamma och sådana studier har också gjorts (Nilsson et al, 2007).

Hur påverkas motivationen av tidsaspekten? Långvarigt lidande ger en högre grad av motivation kan man tänka sig? Samtidigt kan det ju vara precis tvärtom, att det i stället ger en högre grad av hopplöshetskänsla och uppgivenhet, men i denna studie framkom att långvarigt lidande verkar ha bidragit till en hög motivationsgrad och beslutsamhet att verkligen må bättre för alla fyra patienterna. Det är dock viktigt att ha i åtanke att i denna studie är det ett selekterat patientmaterial som studeras, eftersom endast patienter som känt sig hjälpta av sin genomgångna KBT är intervjuade. Detta poängteras även i studien av t.ex. Dakin och Arean (2013).

Fördelar med metoden semistrukturerade intervjuer är att intervjupersonerna fritt kan berätta. Dock är risken att man som intervjuare påverkar intervjupersonernas svar genom sina frågor. Kanske leder man – oavsiktligt – in samtalet på olika teman. Om jag aktivt frågar efter om t ex hemuppgifter ingick i behandlingen kanske detta får patienten att fundera kring och ta upp detta ämne, som de kanske inte annars hade gjort om de inte fått frågan. I efterhand har jag funderat på om intervjuerna kunde genomförts på ett annorlunda sätt. Ett alternativ, t ex vid framtida forskning, vore kanske att göra intervjuerna skriftligt och då bara ha en enda öppen fråga, t.ex. ”vilka faktorer har bidragit till att du upplever att KBT var hjälpsamt för dig och din problematik?”. Samtidigt skulle man då gå miste om väldigt mycket information och även om möjligheter att be intervjupersonerna förtydliga och berätta mer vid eventuella oklarheter. Vid de muntliga intervjuerna jag gjorde tyckte jag det var svårt att inte fråga vidare kring det patienterna berättade, men kanske medförde detta en oavsiktlig styrning, vilket då också minskar resultatets validitet. Vidare kan validiteten i resultatet påverkas av att patienterna kanske i efterhand, d.v.s. vid tillfället då intervjun görs, har glömt vissa saker som hände under terapin eller omformulerar dem.

I Nilssons et als studie (2007) skickade man innan intervjuerna ägde rum ett brev till deltagarna, där de ombads förbereda sig inför intervjun genom att reflektera kring hur deras liv såg ut innan de sökte hjälp, hur det såg ut i nuläget, hur de upplevde sin terapi, huruvida terapin hade hjälpt eller ej. Fördelen med att göra detta är nog att man, som författarna avsåg,

stimulerar intervjudeltagarnas reflektioner innan själva intervjun äger rum. En möjlig nackdel kan man tänka sig är att man kanske går miste om de spontana tankar och reflektioner kring terapin som annars uppstår under själva intervjun.

Eftersom jag varit ensam om att göra tolkningarna är det endast min analys och min indelning av teman som framkommer i denna studie. Tolkingen kan därför sägas vara subjektiv, trots att användandet av IPA som analysmetod, där man systematiskt och metodiskt går igenom sitt material upprepade gånger är tänkt att motverka detta. Om det varit flera bedömare som läst igenom intervjuerna och gjort analysen med indelning av teman hade detta dock ökat reliabiliteten, interbedömar-reliabiliteten, och jag tänker därför att flera bedömare är att rekommendera vid denna analysmetod.

Slutsats

Sammanfattningsvis visade denna kvalitativa studie av fyra patienter som genomgått KBT och känt sig hjälpta av behandlingen att de faktorer patienterna tar upp som hjälpsamma är såväl generella faktorer som KBT-specifika faktorer. Sannolikt finns det en koppling mellan dessa båda grupper av faktorer, vilket även exempelvis Hardy, Cahill och Barkham (2009) i enlighet med Beck et al konstaterar: ”A good relationship between client and therapist is, at the very least, considered to be the base from which all therapeutic work takes place” (sid 24). Det är dock svårt att generalisera slutsatserna utifrån det lilla materialet i denna studie.

Två av patienterna tog också upp vikten av att terapeuten lyssnar, att det är lugn och ro i terapirummet och att inte som klient känna sig stressad. Som verksam i dagens psykiatriska vård väcker detta reflektioner kring arbetsmiljö och vikten av att terapeuter ges möjligheter och förutsättningar att i sitt arbete förmedla detta till sina patienter.

Resultatet tyder på att vi har mycket kunskap att hämta från mottagarna av våra terapier. Idag då vi ser en allt större efterfrågan av KBT och terapi i allmänhet, är det mycket viktigt att utforma behandlingen så effektivt och hjälpsamt som möjligt och att bygga utformandet på de erfarenheter som finns. Eftersom det är patienterna som är mottagarna av behandlingen vi ger, har vi mycket att lära från deras erfarenheter vid utformandet av våra terapier.

Det är då av mycket stort värde att även inhämta patienternas egna tankar och åsikter kring detta. Det vore intressant att i framtida forskning göra en studie på ett större antal

patienter, att ha ett material där terapierna genomförts av flera olika terapeuter, att studera flera olika diagnoser samt med högre interbedömar-reliabilitet, d.v.s. flera utförare av analysen av intervjuerna. Det vore även av intresse att göra liknande intervjuer med patienter som *inte* känt sig hjälpta av genomgången KBT, där bör också finnas mycket kunskap att hämta. Förhoppningsvis kommer i framtiden den rubrik som Bohart och Tallman (2010) använder sig av ”Clients: the neglected common factor in psychotherapy” (sid 83) inte längre att vara relevant, utan tvärtom kommer patienternas upplevelser att vara i centrum för framtida forskning som en självklar källa till ökad kunskap om vad det faktiskt är som hjälper i psykoterapi.

Referenser

- Allen, M., Bromley, A., Kuyken, W., & Sonnenberg, S.J. (2009). Participants' Experiences of Mindfulness-Based Cognitive Therapy: "It Changed Me in Just about Every Way Possible". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 413-430.
- Binder, P-E., Holgersen, H., & Nielsen, G.H. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(4), 250-256.
- Bohart, A.C., & Tallman, K. (2010) Clients: the neglected common factor in psychotherapy. In Duncan, B., Miller, S.D., Wampold. B, Hubble M. (Eds). 2nd edition. *The Heart & Soul of Change. Delivering what works in therapy*. (Pp. 83-111). Washington: Maple Press.
- Cahill, J., Paley, G., & Hardy, G. (2013). What do patients find helpful in psychotherapy? Implications for the therapeutic relationship in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 782-791.
- Clarke, H., Rees, A., & Hardy, G.E. (2004). The big idea: Clients' Perspectives of Change Processes in Cognitive Therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 67-89.
- Dakin, E.K. & Arean, P. (2013). Patient Perspectives on the Benefits of Psychotherapy for Late-Life Depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21,155-163.
- Folkhälsomyndigheten. (2018). *Folkhälsorapportering & statistik, psykisk hälsa*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/vuxnas-psykiska-halsa/>
- Hardy, G., Cahill, J, & Barkham, M. (2009). Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change, a research perspective. In P. Gilbert & R.L. Leahy (Eds), *The therapeutic relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies* (pp 24-42). New York: Routledge.
- Hoener, C., Stiles, W.B., Luka, B.J., & Gordon, R.A. (2012). Client experiences of agency in therapy. *Person-centered & Experiential Psychotherapies*, 11(1), 64-82.

- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J.J., Sawyer, M.A. & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*. Oct 1; 36(5), 427–440.
- Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What Clients find helpful in psychotherapy: Developing Principles for Facilitating Moment-to-Moment Change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314-324.
- Lillevoll, K.R., Wilhelmsen, M., Kolstrup, N., Höifödt, Sörensen R., Waterloo K., Eisemann M., Risör M.B. (2013). Patients' Experiences of Helpfulness in Guided Internet-Based Treatment for Depression: Qualitative Study of Integrated Therapeutic Dimensions. *Journal of Medical Internet Research*, Vol 15, Issue 6
- McManus, F., Peerbhoy, D., Larkin, M., & Clark, D.M. (2010). Learning to change a way of being: an interpretative pheomenological perspective on cognitive therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 581-589.
- Messari, S. & Hallam, R. (2003). CBT for psychosis: a qualitative analysis of clients' experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 171-188.
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R., & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioural therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17(5): 553-566.
- Norcross, J.C., & Lambert, M.J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, Vol 55, 4, 303-315.
- Onslow, L., Woodward, D., & Hoefkens, T. (2016). Experiences of Enhanced Cognitive Behaviour Therapy for Bulimia Nervosa. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44, 168-178.
- Philips, B. & Holmqvist, R. (Red). (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber.
- Smith, J., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis*. London: SAGE Publications.
- Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer. Vård vid depression och ångestsyndrom. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-4.pdf>

- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm.
- Straarup, N. & Poulsen, S. (2015). Helpful Aspects of Metacognitive Therapy and Cognitive Behaviour Therapy for Depression: a qualitative study. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 8, e22: 1-19.
- Sveriges kommuner och landsting (2014). Rehabiliteringsgarantin.
https://skl.se/download/18.ae0ffc214e1f7a71e329a23/1435156064520/SKL_Rehabiliteringsgarantin_2014.pdf
- Sveriges kommuner och landsting. (2018). *Tillgång och resultat. Behandling psykisk ohälsa och ospecifik smärta*. Stockholm.
- Wampold, B.E. (2010). The research evidence for the common factors models: a historically situated perspective. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp 49-81). Washington, DC: American Psychological Association.
- Öst, L.G. (2006). KBT Kognitiv Beteendeterapi inom psykiatri. Sid 263-279. Stockholm: Natur och kultur.

Bilaga 1

Intervjufrågor

1. Vad är din allmänna uppfattning om den terapi du genomgått?
2. Mår du bättre nu än när du påbörjade din terapi?
3. Vad i terapin är det som hjälpt dig att må bättre?
 - Något speciellt som terapeuten gjorde eller sa?
 - Någon insikt du fick?
4. Om du inte mår bättre – vad tror du själv det beror på?
5. Motsvarade terapin dina förväntningar eller är det något du saknat?
6. Finns det något i terapin du inte skulle vilja vara utan?
7. Vad tycker du jag ska fråga nästa patient om?

Bilaga 2

Patientinformation och samtycke

Jag läser på psykoterapeutprogrammet vid Psykologiska Institutionen, Lunds Universitet, samtidigt som jag arbetar som psykiater här på Aleris Psykiatrimottagning. I utbildningen ingår att vi ska skriva en uppsats och göra ett litet forskningsarbete.

Jag är mycket intresserad av vad patienter som genomgått KBT efter avslutad behandling upplever var hjälpsamt och verksamt i terapin. Jag tänker därför inrikta mitt uppsatsarbete på detta område. Jag ska då intervjua 3 patienter efter att man avslutat sin KBT behandling. Intervjuerna kommer att spelas in på band. Beräknad tidsåtgång är ca 1-2 timmar. Jag kommer sedan att skriva ut intervjusamtalen och bearbeta och analysera dem. Under arbetets gång kommer jag att ha hjälp med synpunkter på bearbetningen mm av min handledare, Margit Wångby, som är lektor på Institutionen för Psykologi vid Lunds Universitet. När arbetet är klart kommer banden att förstöras.

Materialet kommer att vara sekretessbelagt och i min uppsats kommer ingenting att framkomma kring deltagarnas identitet, utan intervjuerna avidentifieras och behandlas helt anonymt.

Samtliga uppsatser som skrivs av studenter vid Lunds Universitet läggs upp på Lunds Universitets hemsida för sökning, men deltagande individers identitet kommer ej att framgå.

Givetvis är deltagandet helt frivilligt och om man avböjer påverkar detta på inget vis fortsatt vård på mottagningen. Man kan ångra sig och avbryta sitt deltagande i studien när man vill utan att man behöver förklara varför.

Vid ev frågor är Du välkommen att ta kontakt med mig, Annika Sturesdotter. Enklast nås jag via telefon 046 – 190 401 (sekreterare, som vet var jag finns) alternativt mail annika.sturesdotter@aleris.se

Min handledare vid uppsatsarbetet är Margit Wångby, Institutionen för psykologi.

Jag har mottagit ovanstående information och samtycker till deltagande.

Ort, datum

Namn
