



LUNDS UNIVERSITET

Beteendeaktivering vid mental ohälsa - unga vuxnas erfarenheter

En kvalitativ studie om respondenternas egna utsagor

Selma Rezagic & Jesper Israelsson

Kandidatuppsats SOPA63

VT 24

Antal ord: 12748

Handledare: Lars B. Ohlsson

Abstract

Author(s): Jesper Israelsson & Selma Rezagic

Title: *Behavioral activation in mental illness - young adults' experiences*

A qualitative study on respondents' accounts

Supervisor: Lars. B Ohlsson

The study aimed to explore users' experiences of behavioral activation therapy (BAT) in the context of cognitive behavioral therapy (CBT). Behavioral activation therapy is a therapeutic approach that emphasizes engaging in meaningful activities to counteract depression and improve overall well-being. The study was conducted through semi-structured interviews with eight participants aged between 18 and 25, all of whom had undergone behavioral activation therapy and exhibited diverse perspectives on their treatment experiences. Our analysis was guided by Maslow's hierarchy of needs, particularly focusing on self-actualization, to gain insights into how the tools provided to participants influenced their journey toward rehabilitation. Additionally, we explored exposure therapy, a component of cognitive behavioral therapy commonly used to address phobias pertaining to participants' treatment experiences. Lastly, we investigated potential stigmatization surrounding mental illness among young adults, aiming to uncover societal attitudes and their impact on individuals seeking treatment. The study's results highlighted the diverse range of tools utilized within behavioral activation therapy, showcasing the multifaceted nature of this therapeutic approach. It also became evident that despite the well-documented positive outcomes associated with behavioral activation, users' experiences were not uniformly positive. Our study's conclusion suggests that behavioral activation is indeed an effective treatment for individuals with various mental health issues such as depression, anxiety, and phobias. It emphasizes the importance of voluntary participation and intrinsic motivation in facilitating positive treatment outcomes. By shedding light on the complexities of users' experiences and the broader societal context in which treatment occurs, this study contributes to the ongoing discourse surrounding mental health treatment approaches and their implementation.

Keywords: Behavioral Activation (BA), mental illness, young adults, self-actualization, stigmatization, method variety

Förord

Vi vill tacka alla våra intervjupersoner som ställt upp på att vara respondenter till denna uppsats och som möjliggjort vår undersökning. Insikterna och lärdomarna vi fått under arbetets gång har inte bara varit berikande och givande, utan också ett första steg ut i forskningen. Slutligen vill vi tacka vår handledare Lars Ohlsson som väglett och stöttat oss genom hela processen.

Selma Rezagic & Jesper Israelsson, 2024.

Innehållsförteckning

1. Inledning	5
1.1 Syfte och frågeställningar	6
2. Kunskapsläget	6
2.1 Vad är KBT?	7
2.1.1 Exponering	8
2.1.2 Motiverande samtal som komplement till KBT	9
2.2 Vad är beteendeaktivering?	10
2.3 Vad säger forskningen om generella effekter på brukare vid beteendeaktivering?	11
2.4 Vilka institutioner erbjuder hjälp?	11
3. Teoretiska utgångspunkter	13
3.1 Behovshierarkin	13
3.1.1 Trygghetsbehovet	14
3.2 Stigmatisering	14
3.2.1 Stigmatisering av mental ohälsa inom vården	15
4. Metod	16
4.1. Metodologiska överväganden	16
4.1.1 Kvalitativ metod	16
4.1.2 Semistrukturerade intervjuer	16
4.1.3 Pilotintervju	17
4.2 Urval	18
4.2.1 Studiens respondenter	19
4.3 Genomförande	20
4.4 Bearbetning och analys	21
4.5 Tillförlitlighet	22
4.6 Arbetsfördelning	24
4.7 Etiska överväganden	24
5. Analys och resultat	26
5.1 Vilka faktorer motiverar brukare att söka sig till KBT?	26

5.1.1 Frivillighet och motivation	27
5.1.2 Stigmatisering av mental ohälsa	28
5.2 Beteendeterapins verktygsvariation	30
5.2.1 Självregistrering och logging	30
5.2.2 Exponering	33
5.3 Självförverkligande	35
5.3.1 Trygghet och ångest	35
6. Sammanfattning av resultat och diskussion	36
7. Uppmaning till vidare forskning	39
8. Referenser	40
9. Bilagor	43
9.1 Informationsblankett	43
9.2 Intervjuguide	45
9.3 Samtyckesblankett	46

1. Inledning

Enligt en mätning av SCB (2017) är Sverige det nordiska land där andelen unga som lider av psykisk ohälsa ökat mest under de senaste 30 åren. Det förekommer ett flertal faktorer som påverkat ökningen, men det är den rehabiliterande processen hos dessa ungdomar som har väckt vårt intresse. Freij & Masri (2008, s. 130) diskuterar beteendeterapins förankring i C.B. Fersters teori om depression. Enligt Ferster är depression ett resultat av sänkta nivåer av förstärkning av så kallat icke-depressivt beteende. Processen orsakas av en nästan fullständig brist på förstärkning i en persons liv, oförmåga att uppnå förstärkningen och ökad bestraffning. Baserat på Fersters teori inriktar sig beteendeaktivering vid depression på att öka tillgången till aktiviteter som medför positiva känslor och påföljder hos deprimerade människor samt att minska mängden aktiviteter som medför negativa känslor (ibid).

Beteendeaktivering (BA) vid mental ohälsa är en terapeutisk behandlingsmetod som grundas i självständighet hos brukaren/patienten. Beteendeaktivering har dokumenterats vara effektiv för att behandla olika psykiska sjukdomar och utgör en del av standardmetoden för kognitiv beteendeterapi (KBT) vid depression (Martell et. al, 2013, s. 17). En grundläggande princip inom beteendeaktivering är att upprätthålla en aktiv och engagerad livsstil hos brukaren. Genom att strukturera och planera aktiviteter enligt förutbestämda scheman istället för att reagera på tillfälliga sinnesstämningar, främjas en stabiliserad daglig rutin. Vidare är det betydelsefullt att identifiera och prioritera aktiviteter som naturligt ger positiv förstärkning till brukaren. Implementering av förändringar bör ske gradvis och i mindre omfattning, snarare än att försöka genomföra omfattande förändringar i vardagen som det första steget (Martell et al., 2013, s. 38).

En målsättning med denna undersökning är att utreda hur tidsbundna och beteendeaktiverande aktiviteter, som att äta, somna och träna vid samma tidpunkter varje dag, påverkar olika typer av psykisk ohälsa. Genom intervjuer med 8 brukare i åldrarna 18 - 25 vill vi analysera hur effekten av olika typer av beteendeaktivering uppfattas av brukare vid varierande grader av mental ohälsa. Vi är därmed inte ute efter att jämföra beteendeaktivering med eller väga det mot traditionell samtalsterapi respektive medicinering, utan att betrakta och analysera det som alternativ terapiform. I vår studie kommer vi att lyfta hur beteendeaktivering används som metod inom olika former av samtalsterapi, bland annat KBT.

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka hur unga vuxna i 18 - 25 års ålder upplever beteendeaktivering som terapimetod vid olika former av mental ohälsa.

- Hur upplever brukarna att beteendeaktivering är som terapiform för mental ohälsa?
- Vilka verktyg eller rutinförändringar upplever brukare som mest betydande inom beteendeaktivering som terapimetod?
- På vilket sätt kan beteendeaktiveringens inverkan betraktas efter att behandlingen är avslutad?

2. Kunskapsläget

I detta avsnitt introducerar vi kunskap om beteendeterapi och dess tillämpningar med avsikten att etablera en grundläggande förståelse för terapiformen. Efter denna introduktion kommer fokus att riktas mot beteendeaktivering för att integrera den teoretiska kunskapen med våra frågeställningar. Därefter kommer vi att genomföra en analys där tidigare forskning jämförs med de insikter som framkommer i våra intervjuer. Avslutningsvis presenterar vi relevanta resurser för vår målgrupp, unga vuxna mellan 18 och 25 år med mental ohälsa, för att erhålla adekvat professionell hjälp.

För att hitta relevant forskning så har vi använt oss av ett flertal olika källor, både digitala och fysiska. Vi har sökt information genom Lubsearch, Google Scholar och universitetsbiblioteket. Med huvudinriktning på beteendevetenskap utförde vi en systematisk litteratursökning i akademiska tidskrifter som har genomgått en "peer-review" granskning för att förhöja trovärdigheten och tillförlitligheten i vår forskning. Denna metodologiska strategi har väglett våra sökord och urval av relaterade teorier samt empiriska studier för att berika och fördjupa vår förståelse av behandlingsmetoden.

Sökorden vi har använt är *cognitive behavioural therapy/ CBT, behavioural activation/BA, exposure therapy, phobia, hierarchy of needs, motivational interviewing/MI, self-actualization, safety needs.*

2.1 Vad är KBT?

Kognitiv beteendeterapi (KBT) kan beskrivas som ett samlingsnamn för ett flertal olika beteendeaktiverande terapier. För att lyfta några exempel som nämns på 1177 (2024) så inkluderas CFT, Compassion focused therapy och DBT, Dialektisk beteendeterapi. KBT riktar sig åt hur mänskligt beteende samspelar med och förändras till följd av miljö och relationer.

Kognitiv beteendeterapi (KBT), även kallad beteendeterapi, är en form av terapi som syftar till att förändra människors beteenden. Under de senaste 50 åren har beteendeterapin genomgått en snabb och framgångsrik utveckling. På grund av dess mångfacetterade tillämpningsområden finns det ingen universellt accepterad definition av KBT. I en mer begränsad definition, som ges av den svenska beteendeterapeutiska föreningen, beskrivs beteendeterapi som en psykoterapiform som bygger på forskning och teoribildning inom inlärningspsykologi, kognitionspsykologi och socialpsykologi. Begreppet "kognitiv beteendeterapi" betonar interaktionen mellan individen och omgivningen i nuet (Öst, 2018, s. 19).

Den klassiska beteendeterapin betonar en systematisk exponering för stimuli som framkallar obehag, såsom spindlar eller sociala situationer, tills att det resulterande obehaget minskar eller upphör. Ett annat perspektiv av beteendeterapin fokuserar på att identifiera och utmana negativa tankemönster. Trots att dessa två perspektiv och tekniker ofta integreras, existerar terapiformer som representerar den så kallade "tredje vägen" inom KBT, såsom dialektisk beteendeterapi och Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Dessa terapiformer inkluderar influenser från buddhistiskt tänkande, särskilt tekniker för att främja medveten närvaro (mindfulness) och acceptans (Kirk, J. 1989). Oavsett vilket problem som behandlas präglas KBT av en strukturerad ansats och ett samarbete mellan terapeuten och brukaren för att undersöka problemet. Brukaren får information om terapins tillvägagångssätt, och genom en beteendeanalys kartläggs de utlösande faktorerna och vad som bidrar till att de består. Detta leder till utformningen av en behandlingsplan som testas och utvärderas under terapins gång. Hemuppgifter är en integrerad del av behandlingen, där nya tillvägagångssätt testas och följs upp (ibid).

2.1.1 Exponering

Exponering är en psykologisk behandlingsmetod som är starkt kopplad till det vi idag kallar för kognitiv beteendeterapi (KBT). Grundtanken inom exponering är att närma sig något som skapar obehag samt att stanna i situationen med målet att rädslan och undvikandet av situationen i fråga avtar. Med tid och upprepning underlättas hanteringen av rädslor och orostankar med nya tankesätt och verktyg (Ramnerö, 2023, s. 13).

Joseph Wople gav 1958 ut ett betydande verk för etableringen av beteendeterapi där systematisk desensitisering som behandlingsmetod introduceras. Metoden gick ut på att patienten först fick öva på djupavslappning för att vidare successivt föreställa sig fobiska stimuli i stigande intensitet. Syftet med metoden var att den inlärd förbindelsen mellan stimuli och respons skulle mildras - en ny respons lärs in som hämmar den tidigare responsen, att avslappning inhiberar rädsla (Ramnerö, 2023, s. 24 - 25). Under behandlingar krävs det att terapeuten skapar en tydlig bild om vad patientens fobi handlar om genom att ringa in de stimuli som framkallar rädsla hos patienten, samt hur denna rädsla återspeglas och präglar individens livsutrymme. Terapeuten ska dessutom utvärdera hur patienten påverkas när denne kommer i kontakt med olika stimuli, vad patienten tänker skulle kunna hända och hur dennes reaktion är i relation till det fobiska stimuli (Ramnerö, 2023, s. 134 - 137). Ångesten tenderar att avta efter en tid av exponering, vilket beror på hur människans nervsystem är konstruerat. Genom gradvis exponering för obehagliga situationer kan ångesten och rädslan minska över tid. Det är vanligt att uppleva en känsla av obehag under exponeringsprocessen. Ångesten kan emellertid minska successivt genom att individerna fortsätter fullfölja övningarna även när de upplever negativa känslor. Genom att utsättas för situationer som väcker ångest kan förmågan att hantera ångesten stärkas och därigenom underlätta anpassning till olika miljöer (Furmark et al., 2021, s. 140 - 150).

En modell för att ta sig an en ångestfylld situation är användbar som exponeringsmetod och grundar sig i fyra steg; analys, skapande av ångesthierarki, genomförandet av exponeringen samt vidmakthållande. Innan exponeringsövningarna påbörjas, vare sig de görs av brukaren själv eller tillsammans med en samtalsterapeut, behöver situationerna som väcker rädsla analyseras. Detta inkluderar att identifiera symptom, känslor och tankar som uppstår, samt faktorer som kan påverka förmågan att hantera situationen. Vidare skapas enligt modellen en ångesthierarki, där olika ångestladdade situationer rangordnas från den mest respektive minst

ångestväckande. Detta ger en strukturerad vägledning för planeringen av exponeringsövningarna. Övningarna ska genomföras på ett planerat, strukturerat och regelbundet sätt, vilket bland annat innebär att först utföra de mer hanterbara situationerna och gradvis arbeta uppåt i hierarkin. Hur exponeringen utförs är avgörande för resultatet, eftersom felaktigt genomförande kan öka ångesten istället för att minska den. Slutligen är det viktigt att fortsätta med exponeringen även efter att din rädsla har minskat eller försvunnit för att bibehålla dina framsteg. Utan fortsatt exponering finns risken att rädslorna återkommer (Furmark et. al 2021, s. 143 - 145).

Att utbilda patienten i olika psykologiska mekanismer (kallat psykoedukation) ökar förståelsen för de föreliggande svårigheterna. Exempel på detta är bland annat grundläggande kunskap om hur känslomässiga reaktioner fungerar och vad som sker inom en person när de uppstår. Kunskap om hur behandlingsprocessen brukar se ut kan dessutom i sin tur främja den önskade förändringsprocessen, särskilt om patienten har svårigheter med rädsla då rädslor ofta kan utvecklas i okunskap (Ramnerö, 2023, s. 93 - 94).

2.1.2 Motiverande samtal som komplement till KBT

Motiverande samtal (MI) är en patientcentrerad terapimetod som fokuserar på att utforska och stärka en persons egen motivation för förändring. Det används ofta som en kompletterande metod till kognitiv beteendeterapi (KBT) och andra behandlingsformer för att hjälpa individer att övervinna motstånd och ambivalens inför förändring (Naar-King & Suarez, 2015, s. 126 - 127).

I kontrast till KBT, som fokuserar på att identifiera och förändra negativa tankemönster och beteenden, är MI mer inriktat på att utforska och förstärka en persons inre motivation för att förändra sitt beteende. Trots att det i MI används ett patientcentrerat tillvägagångssätt innefattar samtalets stil även riktade inslag. I rådgivningssammanhang innefattar ledarskapet inte endast att vägleda brukare till deras önskade mål, utan också att underlätta deras förmåga att realisera sin fulla potential genom den riktning som ges i samtalet. Således är den patientcentrerade metoden en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning. MI är inte lika styrande som KBT. KBT kan erbjuda unga personer nya färdigheter, såsom sociala färdigheter eller kognitiva copingstrategier. I kontrast handlar MI om att väcka den inre motivationen och styrkan hos personen när ambivalens hindrar förändring av beteende.

Utvecklingen av färdigheter och strategier kan erbjudas när den unga personen är redo att göra en förändring (Naar-King & Suarez, 2015, s. 34).

MI och KBT kan komplettera varandra på flera sätt. Till exempel kan MI användas i inledande skeden av terapi för att hjälpa patienter att identifiera och utforska sina motiv och mål för förändring. KBT kan användas som metod för att utveckla konkreta färdigheter och strategier för att hantera problematiska tankar och beteenden som hindrar patienten från att nå sina mål. Genom att kombinera MI och KBT kan terapeuter skapa en mer holistisk och anpassningsbar behandlingsplan som tar hänsyn till patientens individuella behov och motivation för förändring. Detta kan öka engagemanget för terapin och förbättra behandlingsresultaten över tid (Naar-King & Suarez, 2015, s. 126 - 127).

2.2 Vad är beteendeaktivering?

Beteendeaktivering (BA) utgör en del av standardmetoden för kognitiv beteendeterapi (KBT) vid depression och andra psykiska sjukdomar. En viktig aspekt inom beteendeaktivering är att betona sysselsättningar som är naturligt förstärkande för brukaren. Alla strategier och tekniker som används inom BA har en gemensam målsättning: att främja brukarnas aktivitet och engagemang i deras omgivning. För att uppnå detta riktas även fokus mot att identifiera och hantera potentiella hinder för aktivitet, vilka kan inkludera undvikande beteendemönster.

Terapisessioner inom BA är praktiskt inriktade och individanpassade. Under de inledande faserna av behandlingen genomförs en kartläggning av brukarens beteendemönster i samarbete med terapeuten. Syftet är att identifiera och analysera specifika beteendemönster. Därefter används denna information för att utforma individuellt anpassade aktiveringsplaner. Större delen av det terapeutiska arbetet sker utanför terapirummet, där brukare och terapeuter samarbetar för att identifiera aktiveringsuppgifter att utföra mellan sessionerna samt för att lösa eventuella hinder som kan uppstå (Martell et. al, 2013, s. 36 - 37). I relation till detta vill vi undersöka effektiviteten av beteendeaktivering som en metod för att förbättra brukarens mentala hälsa och utforska vilka faktorer som påverkar individens deltagande och engagemang.

2.3 Vad säger forskningen om generella effekter på brukare vid beteendeaktivering?

I Seattlestudien (Martell et. al, 2013, s. 28), jämfördes beteendeaktivering (BA) med kognitiv terapi (KT) och antidepressiv medicinering i ett placebokontrollerat försök med 241 vuxna som led av depression. Forskarna analyserade behandlingsresultaten för patienter med olika grad av depression, särskilt de med mild och svår depression. Resultaten visade att BA gav liknande omedelbara resultat som antidepressiv medicinering för patienter med både mild och svår depression. Dessutom tenderade patienter som fick BA att stanna längre i behandlingen jämfört med de som fick antidepressiva läkemedel. Vidare visade studien att BA var överlägsen KT i den tidiga behandlingsfasen för patienter med svår depression, medan det inte fanns några betydande skillnader mellan behandlingarna för patienter med mild depression. Under långsiktig uppföljning framkom det att BA och KT hade liknande effekter när det gällde att förebygga återfall eller framtida depressiva episoder. Deltagare som hade svarat positivt på antidepressiv medicinering riskerade att återfalla i större utsträckning när de avslutade sina läkemedelsbehandlingar jämfört med de som tidigare hade behandlats med BA eller KT.

BA har en lång evidensbaserad historik när det gäller psykisk ohälsa som kopplar till depression och ångest. Under tiden då Seattlestudien pågick genomfördes en liknande forskningsstudie som heter beteendeaktiveringsbehandling vid depression (BATD). Forskarna använde en kortare form av aktivering som enbart fokuserade på att registrera och planera aktiviteter. Patienterna fick upprätta en lista med aktivitetsmål för veckan och sedan dagligen anteckna om de genomfört aktiviteten och om de hade uppnått målet för den specifika aktiviteten. Detta tillvägagångssätt är i linje med BA och bidrar därmed ytterligare till en sammanhängande evidensbas som stöder vikten av att aktivera deprimerade brukare. Exempelvis genomfördes ett randomiserat försök där BATD kombinerades med problemlösning för deprimerade patienter med komorbiditet. Resultaten visade att ungefär tre fjärdedelar av patienterna i båda behandlingsgrupperna uppvisade kliniska förbättringar av de depressiva symtomen (Lejuez et. al, 2001, s. 261 - 263).

2.4 Vilka institutioner erbjuder hjälp?

För att undersöka vart unga vuxna söker sig vid behov av hjälp med deras mentala hälsa behöver vi först efterforska alternativ som erbjuds i samhället. Då vi befinner oss i Skåne har

informationsinhämtning skett via Region Skåne samt 1177.se. Strategier för hjälpsökande varierar i enlighet med geografiska och sociala kontexter samt graden av allvarlighet hos tillståndet, men representeras huvudsakligen statistiskt av följande institutioner.

Primärvården:

Den svenska primärvården, inklusive vårdcentraler, erbjuder grundläggande behandling och rådgivning för en mängd olika hälsoproblem, bland annat psykisk ohälsa. Det finns olika typer av stöd, som exempelvis samtalsterapi och recept på enklare läkemedel. Primärvården är ofta det första steget för individer som söker hjälp för psykisk ohälsa (Vårdguiden, 2024).

Specialiserad vård:

För mer allvarliga och komplexa psykiska sjukdomar erbjuder Sverige specialiserad vård genom psykiatriska kliniker och sjukhus. Här finns ett brett utbud av behandlingsalternativ, inklusive terapi, medicinering och i vissa fall inskrivning (Socialstyrelsen, 2024).

Nationella hjälplinjer:

Sverige har flera nationella hjälplinjer, som 1177 Vårdguiden, där personer kan få telefonrådgivning och stöd för psykisk ohälsa. Dessa hjälplinjer är tillgängliga dygnet runt och är bemannade av professionell vårdpersonal (Vårdguiden, 2024).

Digitala terapitjänster:

Sverige erbjuder flera digitala terapitjänster som gör det möjligt för personer att få behandling och stöd online. Till exempel erbjuder KBT Online och Mindler kognitiv beteendeterapi via internet (Mindler, 2024).

Patientorganisationer:

Patientorganisationer och ideella grupper som Hjärnkoll och Riksförbundet Attention erbjuder stöd och rådgivning för personer som lider av psykisk ohälsa. Dessa organisationer kan också erbjuda utbildning och information om olika psykiska hälsoproblem (Hjärnkoll, 2024).

Det är viktigt att notera att tillgängligheten till dessa resurser och tjänster kan variera beroende på region och behov. Individer som upplever behov av hjälp rekommenderas att

först uppsöka sin primärvård för en utvärdering av deras hälsotillstånd och för att erhålla rådgivning angående lämpliga strategier för hantering av deras psykiska ohälsa.

3. Teoretiska utgångspunkter

3.1 Behovshierarkin

Självförverkligande är ett koncept som har sitt ursprung inom humanistisk psykologi och är central i Abraham Maslows teori om behovshierarkin. Det refererar till strävan efter att förverkliga den inre potentialen och sträva efter att bli den bästa versionen av sig själv. Självförverkligande tillhör den femte och slutgiltiga nivån i hierarkin. De resterande fyra behoven är behovet av fysiologi, trygghet, gemenskap och självkänsla. Även om alla tidigare nämnda behov är tillfredsställda, kan en individ fortfarande uppleva känslor av rastlöshet eller missnöje. Dessa känslor kan härledas till att det högsta behovet av självförverkligande inte är tillgodosett. Utformningen av självförverkligande är unikt för varje individ och kan exempelvis innebära att vara en idealisk förälder, optimera fysisk hälsa eller uttrycka sig kreativt genom måleri (Maslow, 1943, s. 382 - 383).

Jan Bärmark tolkar Maslows tankar om att vara en växtmotiverad individ. Diskussionen kretsar kring att människor både behöver känna sig trygga och sträva efter tillväxt och utveckling, vilket ibland innebär att lämna den bekväma zonen. En växtmotiverad person, liksom en självförverkligande individ, kännetecknas av självständighet, intuition och kreativitet (Bärmark, 1985, s. 112). Att våga utmana den bekväma zonen kan vara en utmaning för att nå självförverkligandet. Processen för att uppnå självförverkligande är dock komplex och påverkas av föränderliga faktorer. Studier indikerar att individuella prioriteringar för självförverkligande förändras över livet, vilket komplicerar operationaliseringen av begreppet (Krems et. al, 2017, s. 1337 - 1352).

Ett grundläggande sätt för terapeuten att initiera förändring i patientens liv är genom logging, vilket innebär att patienten dokumenterar olika händelser i form av dagboksinslägg. Syftet med logging är att registrera svåra situationer när de dyker upp i vardagen tillsammans med vilka tankar som dyker upp samt eventuella beteenden som följer. Det fungerar också som en påminnelse att utföra det som terapeuten och patienten gått igenom under sessionerna tillsammans. Vidare skapar det ett eget ansvar hos patienten att ta med sig sina erfarenheter till terapin så att det vidare kan arbetas med (Ramnerö, 2023, s. 94 - 96).

3.1.1 Trygghetsbehovet

Inom ramen för Abraham Maslows behovshierarki representerar självförverkligande det högsta stadiet, efter tillfredsställandet av grundläggande fysiologiska behov, trygghetsbehovet, sociala behov och behov av självkänsla. Det är först när dessa grundläggande behov är uppfyllda som individen kan inrikta sig mot självförverkligande. Trygghetsbehovet är en central del i Maslows omfattande teori om mänsklig motivation och behov, välkänd för att presenteras i hans klassiska arbete "Motivation and Personality" (1954).

Trygghetsbehovet utgör nästa nivå i Maslows behovshierarki efter de fysiologiska behoven och omfattar olika dimensioner av säkerhet och trygghet i livet. Dessa behov inkluderar att känna sig säker från fysiska hot och faror, att upprätthålla ekonomisk stabilitet samt känslan av mentalt och emotionell trygghet. Om dessa behov inte uppfylls kan det leda till känslor av oro, osäkerhet och ångest, vilket i sin tur kan försvåra processen att sträva efter högre behov och självförverkligande. Trygghetsbehovet är därför avgörande för att skapa en känsla av stabilitet i människors liv (Maslow, 1954).

För många innebär självförverkligande att engagera sig i personlig tillväxt, kreativitet, självreflektion eller sökandet efter en mening i livet. Det innefattar att leva i överensstämmelse med egna värderingar och övertygelser samt att utveckla en djupare förståelse för sig själv och ens plats i världen. Inom ramen för psykisk ohälsa blir självförverkligande en utmaning då mentala hälsoproblem kan påverka individens förmåga att realisera sin fulla potential och finna mening. Främjandet av självförverkligande kan därför vara en viktig del av rehabilitering och behandling inom psykisk hälsa, där individens unika styrkor och potential uppmuntras och stöds för att främja personlig utveckling och välmående. Detta föranleder till att vi vill se dess användning och effekt inom beteendeaktivering.

3.2 Stigmatisering

Stigmatisering innebär att en individ eller grupp blir negativt stämplad och föremål för fördomar samt diskriminering på grund av specifika egenskaper eller tillstånd som anses avvika från samhällets normer. Det resulterar ofta i social uteslutning och ogynnsamma attityder gentemot den stigmatiserade personen eller gruppen. Inom sammanhanget av

psykisk ohälsa refererar stigmatisering vanligtvis till negativa attityder och förutfattade meningar mot personer som drabbas av psykiska sjukdomar (Goffman, 2021, s. 14). En betydelsefull aspekt av det offentliga stigmat är att personen själv kan förutse de kritiska förhållningssätten till psykisk ohälsa. Denna förväntan om avvisning kallas uppfattat eller förväntat stigma, och skiljer sig från det erfarna stigmat, det vill säga konkreta stigmatiserande upplevelser som personen har genomgått (Cechnicki, Angermeyer, & Bielańska, 2011).

3.2.1 Stigmatisering av mental ohälsa inom vården

Det finns en brådskande och viktig nödvändighet att hantera den pågående bristen på tillgänglighet och spridning av information om olika terapimetoder, såsom KBT, för att bekämpa den utbredda stigmatiseringen av mental ohälsa. Studier, inklusive den utförda av Swift et al. (2018), betonar betydelsen av att minska avhopp från behandling genom att öka förståelsen för tillgängliga alternativ för patienterna. Detta framhäver behovet av att vidta åtgärder för att inte bara öka medvetenheten om dessa behandlingsalternativ utan också göra dem lättillgängliga för dem som behöver dem. Genom att tillhandahålla mer omfattande och lättförståelig information om olika terapimetoder kan individer fatta mer välinformerade beslut om sin mentala hälsa och behandling, samtidigt som de kan bryta ned den stigmatisering och tabun som omger ämnet.

Denna insikt belyser inte bara den allmänna bristen på kunskap inom befolkningen när det gäller mental hälsa och dess behandling, utan också behovet av att förbättra kommunikationen inom sjukvården. Detta innebär att säkerställa att vårdpersonal har den nödvändiga utbildningen och kunskapen för att informera och guida patienterna genom sina behandlingsalternativ. Det indikerar också vikten av att ständigt uppdatera och förbättra vårdpersonalens utbildning för att säkerställa att de är väl rustade för att möta de individuella behoven hos varje patient. Genom att öka tillgängligheten och spridningen av information om behandlingsalternativ och genom att se till att vårdpersonalen är välutbildad och uppdaterad i dessa frågor, kan vi aktivt arbeta för att minska stigmat och främja en mer inkluderande och stödjande vårdmiljö för dem som kämpar med mental ohälsa. Detta kräver ett samordnat och helhjärtat engagemang från både hälso- och sjukvårdssektorn och samhället som helhet (Jauch et. al., 2023).

Avslutningsvis är det viktigt att vi förstår stigmatisering som en teori som fortsätter att prägla vårt samhälle när det gäller mental ohälsa. Stigmat leder till att människor upplever fördomar, diskriminering och social utestängning på grund av sin mentala hälsa. Trots framstegen inom forskning och behandling står många fortfarande inför en kamp mot fördomar och missförstånd. Genom att adressera stigmatisering som en teori och genom att aktivt motverka dess effekter kan vi skapa en mer inkluderande och accepterande miljö för dem som lider av mental ohälsa. Det är genom att utbilda samhället, förbättra tillgången till information och främja öppen dialog som vi kan bryta ner dessa negativa attityder och bygga en mer empatisk och stödjande kultur för alla (Goffman, 2021, s. 14).

4. Metod

4.1 Metodologiska överväganden

4.1.1 Kvalitativ metod

I vår metodologiska övervägning har vi noga övervägt fördelarna och nackdelarna kvalitativa respektive kvantitativa metoder. Efter en grundlig analys har vi kommit fram till att en kvalitativ metod är den mest lämpliga för att uppnå de önskade resultaten. Eftersom vår studie syftar till att undersöka den upplevda erfarenheten av beteendeaktivering som terapiform, ansågs en kvalitativ ansats vara mest gynnsam. Genom den kvalitativa metoden kunde vi utforska och förstå upplevelsen på ett djupare plan (Bryman, 2018 s. 459). Denna form av forskning har skapat utrymme för potentiella följdfrågor där respondenten har haft utrymme att uttrycka sig mer nyanserat. Den undersökning som genomförts byggde inte på statistisk analys eller standardiserade mätningar. Istället fokuserade vi på att utforska och förstå individuella upplevelser inom vårt forskningsområde. Därför valde vi en kvalitativ metodologisk ansats som vår utgångspunkt (Ahrne & Svensson, 2015, s.10 - 12).

4.1.2 Semistrukturerade intervjuer

Vi har ägnat oss åt semistrukturerade intervjuer som riktade sig åt brukare som genomgått beteendeaktiverande terapiformer. Valet av semistrukturerade intervjuer grundades i flexibilitet som skapade utrymme för eventuella följdfrågor från vårt håll samt för respondenten att omformulera sina svar. Bryman (2018, s. 561) skriver om betoningen på intervjupersonernas egna uppfattningar och att det är önskvärt att låta intervjun gå i olika riktningar för att lyfta vad respondenterna anser vara viktigt. Vår strävan har varit att infånga

detta i vår undersökning, för att främja syftet med intervjuerna, skapa en stabil miljö och öka tilliten till oss som intervjuare. De semistrukturerade intervjuerna har praktiskt bedrivits med 8 respondenter som alla gått igenom kognitiv beteendeterapi och arbetat med beteendeaktivering tillsammans med en terapeut. Respondenterna, som var i åldersgruppen 18 - 25, svarade på ett antal frågor gällande deras erfarenhet av behandlingen. Vi som forskare har vidare analyserat deras svar och byggt ut en analys med hjälp av olika relevanta teman som binder ihop våra intervjupersoners erfarenheter.

Exempel på olika intervjufrågor med relevans för undersökningens syfte var ifall våra respondenter ansåg att den beteendeaktiverande terapin de tagit del av var gynnsam, och i sådant fall varför respektive varför inte. Vidare frågor var bland annat vad som fick våra respondenter att söka sig till beteendeaktivering, ifall de tagit del av liknande terapiformer tidigare och vilka redskap eller verktyg de fick med sig från behandlingen. Frågor som dessa utredde både brukarens erfarenhet djupare och underströk mer specifikt respondenternas åsikter. Vi värnade om att beakta brukarens integritet och vara varsamma för personliga intrång som kan uppfattas kränkande eller inskränkande, eftersom frågor om psykisk ohälsa kan vara mycket känsliga.

I denna metod användes en övergripande intervjuguide (se bilaga 2) med förutbestämda teman och frågor, då vi samtidigt hade utrymme att anpassa och fördjupa oss baserat på respondenternas svar. Genom att kombinera strukturerade och öppna element möjliggjorde semistrukturerade intervjuer en detaljerad och kontextuell förståelse av hur respondenterna upplevde effekterna av beteendeaktivering (Bryman, 2018 s. 260). Vi strävade efter att skapa en dynamisk och öppen dialog för att fånga respondenternas egna berättelser och tolkningar. Vår metodik gav oss möjlighet att anpassa oss till respondenternas unika perspektiv, vilket skapade en rik och mångfacetterad datamängd för analys. Genom dessa intervjuer aspirerade vi att belysa och förstå de nyanserade upplevelserna av beteendeaktivering och dess påverkan på mental hälsa (ibid).

4.1.3 Pilotintervju

Innan vi genomförde intervjuerna som vi grundar studiens resultat på utförde vi en pilotintervju. Denna metod innebär att vi som forskare genomför en eller flera intervjuer som inte inkluderas i studiens analys eller resultat för att säkerställa att frågorna är klara och

förståeliga. Detta gav också möjlighet att identifiera och omformulera eventuella oklarheter samt att eventuellt inkludera ytterligare frågor. Enligt Kvale (1997) ökar användningen av pilotintervjuer innan huvudintervjuerna möjligheten att skapa en interaktiv och trygg interaktion mellan intervjudeltagarna. Var respondenten villig att djupdyka i ett specifikt ämne, eller det tvärtom en punkt som respondenten inte var villig att svara på av olika anledningar, gynnades vår undersökning av en pilotintervju som testade de olika frågorna. En pilotintervju underlättade därmed sorteringen, då vi redan under första intervjun kunde välja bort frågor som bland annat var upprepande eller för etiskt känsliga.

Ahrne & Svensson (2015 s. 221 ff.) skriver att forskare sällan nöjer sig med enstaka intervjuer för att fördjupa sitt material vilket således kan öka spridningen i informationsflödet. Här ansåg vi att en pilotintervju kunde hjälpa att minska problemet genom att tidigt sälla ut frågor och information som kan anses överflödigt. Efter denna inledande fas beslutade vi att genomföra de faktiska intervjuerna med enbart en respondent i taget för att främja reflektion och för att förbättra samtalstonen och diskussionen. Valet att hålla intervjuerna individuellt syftade också till att särskilt utvärdera den sociala interaktionen, en aspekt som vi hade observerat under pilotintervjun. Genom att skapa ett individuellt intervjusammanhang formade vi en miljö som främjade en gynnsam och trygg interaktion för våra respondenter.

4.2 Urval

Vår ursprungliga tanke var att enbart intervju folk i åldern mellan 18 - 25 som genomgått en beteendeaktiverande terapiform. Vad gäller problemområdet i fråga så finner sig beteendeaktivering inom flertalet olika former av terapimetoder, bland annat KBT (kognitiv beteendeterapi). Detta resulterade i svårigheter att göra ett traditionellt målstyrt urval då vi söker en särskild gren av KBT. Som lösning så använde vi oss av ett snöbollsurval (Bryman, 2018, s. 497). Ett snöbollsurval innebär att vi via nära kontakter bad respektive kontakt nå ut i sin omgivning för att söka personer som genomgått beteendeaktivering och som inte är personligt relaterade till oss som forskare (ibid). Ett snöbollsurval medför därmed ökad etisk tillförlitlighet, då urvalet i studien inte består av respondenter vi som forskare har en nära relation till.

Inom kvalitativ forskning innebär snöbollsurvalmetoden att vi inledde processen genom att identifiera och intervju ett begränsat antal deltagare som var relevanta för studiens mål. Efter

varje intervju ställde vi frågan till respondenterna om de kände till andra personer som kunde bidra med insikter inom det aktuella ämnet. Genom att använda dessa rekommendationer växte antalet deltagare organiskt i studien, vilket möjliggjorde en ökad bredd och djupgående förståelse för det fenomen som undersöktes. Denna metod är särskilt användbar när det är utmanande att nå eller identifiera deltagare på alternativa sätt (ibid).

4.2.1 Studiens respondenter

Vi har genomfört 8 olika intervjuer med brukare inom åldersspannet 18 - 25, varav samtliga har genomgått någon form av beteendeaktivering tillsammans med en terapeut under ett begränsat tidsspann. Envar har avslutat sin behandling och har berättat om sina individuella erfarenheter innan, under samt efter behandlingen. Vissa av intervjupersonerna har sökt hjälp för liknande problem, medan andras motivering till att starta en beteendeaktiverande behandling skiljer sig mycket. För att respektera och bibehålla respondenternas anonymitet döpte vi dem till Saga, Solveig, Nora, Cecilia, Rut, Isabella och Daniel.

Saga har sökt hjälp för ångest och oro som präglat hennes liv under en lång period. Hon berättade i sin intervju att hon i princip alltid tampats med orostankar och att ångesten förstärktes i och med hennes flytt hemifrån till en ny stad. Solveig genomgick KBT för depression av måttlig grad och hade många inslag av beteendeaktivering genom olika verktyg hon fick av terapeuten för att handskas med sin mentala ohälsa. Isabella sökte sig också till en terapeut för sin depression, varav hon dessutom behövde hjälp med sömnbesvär som påverkade hennes liv och hälsa.

Cecilia har sedan länge haft en fobi för spindlar som präglat hennes vardag, därav bestämde hon sig för att söka sig till KBT för att bota fobin och för att känna minskad generell rädsla för omvärlden som fobin orsakade. Nora sökte sig till en terapeut som skulle kunna hjälpa henne med raseriutbrott och bråk med hennes vänner. Hon hade tankar om att hennes nära och kära inte tyckte om henne och det påverkade hennes vänskapsrelationer negativt. Under terapins gång upptäckte hon tillsammans med terapeuten att osämjan hon hade med sina vänner endast skedde då hon var påverkad av alkohol, vilket resulterade i att behandlingen tog en oväntad vändning som istället fokuserar sig på Noras alkoholvanor och vilken effekt just alkoholen hade på hennes liv. Rut började terapi för sina tvångstankar (OCD) medan Daniel gick sin beteendeterapi (DBT) för bipolaritet. Båda hade ambitionen att förbättra sin livskvalitet och lära sig handskas med sin bestående mentala sjukdom.

4.3 Genomförande

Vi genomförde totalt åtta intervjuer, varav en fungerade som en pilotintervju. Pilotintervjun utgjorde en modell där vi kunde anpassa och justera frågor för att passa vårt forskningssyfte. Denna metodologiska strategi lade grunden för vår empiriska undersökning. För att rekrytera respondenter började vi med att kontakta personer i vår närmiljö och tillhandahöll dem vår informationsblankett (se Bilaga 1). Därefter bad vi dem att söka i sin omgivning för potentiella respondenter som inte var bekanta med oss, vilket motsvarar ett snöbollsurval (Bryman, 2018, s. 497). Att hitta lämpliga respondenter var utmanande, särskilt med tanke på den specifika inriktningen på kognitiv beteendeterapi (KBT) som var föremål för vår studie. Av denna anledning ansåg vi att snöbollsurvalet ökade träffsäkerheten, med insikten att det skulle ta tid att fylla de intervjuplatser som vi strävade efter att uppnå (minst 6 intervjuer och högst 10). Det var genom denna metod som vi kunde rekrytera samtliga deltagare till studien.

5 av de 8 intervjuerna vi genomförde skedde på plats där vi båda var delaktiga varav de resterande 3 skedde på zoom. Anledningen till att de skedde på zoom handlade om geografisk tillgänglighet eftersom tre respondenter befann sig på en svåråtkomlig plats vid intervjutillfället. Våra intervjuer varade mellan 30 minuter och 50 minuter, för att vi skulle kunna vara mer engagerade och involverade i intervjun så valde vi att spela in intervjuerna och transkribera dem i efterhand. En nackdel med detta kan vara att respondenten inte uttrycker sig fullt ut om vi spelar in intervjun (Bryman 2018 s.577). Vi fokuserade mycket på att respondenten skulle känna sig trygg och inledde mötet med att samtala vardagligt samt att informera om de inte satt under någon ed eller tvång att besvara våra frågor och fick därmed välja att utelämna svar eller avbryta intervjun ifall så skulle vara fallet. Därmed så upplevde vi inte att avlyssningen satte käppar i hjulet för de frågor vi ville ställa respektive svaren vi fick som följd. Själva inspelningen skedde via en diktafon för att följa rådande lagstiftning angående att mobiler och andra elektroniska medel ej är tillåtna vid inspelning. Givetvis så etablerades det ett samtycke, antingen verbalt eller via skrift innan inspelningen kunde tas i akt.

Vi började med att utforma en intervjuguide baserad på fyra övergripande teman enligt Bryman (2018, s. 565). Det första temat fokuserar på intervjupersonens identitet, då vi inledde intervjun med vänliga frågor för att skapa en trygg atmosfär och ge oss en djupare förståelse av personen (Ahrne & Eriksson-Zetterquist, 2015, s. 45). Det andra temat

behandlar vilken typ av terapi intervjupersonen hade erfarenhet av. Det tredje temat betonade relevanta verktyg och redskap, medan det fjärde och slutliga temat gällde intervjupersonens egna positiva och negativa synpunkter på effektiviteten av beteendeaktivering. Varje tema innehöll ett antal huvudfrågor som ställdes till respondenten för att samla in svar. Dessutom inkluderade vi flera underfrågor som var anpassade beroende på svaret på huvudfrågorna för att fördjupa respondentens svar. Dessa underfrågor har påverkat intervjuernas längd, där vissa intervjuer innehöll fler frågor beroende på respondentens individuella situation (Bryman, 2018, s. 563). Vi upplevde att både intervjuerna som genomfördes personligen och via Zoom fungerade väl. Resultaten från våra teman bidrog till att besvara studiens syfte och frågeställningar på ett meningsfullt sätt.

4.4 Bearbetning och analys

I undersökningen genomfördes en metodologisk översyn, vilket resulterade i beslutet att genomföra en kvalitativ analys som baseras på semistrukturerade intervjuer. Därefter utfördes en noggrann analys och bearbetning av det insamlade intervjumaterialet. Ahrne & Svensson (2015 s. 221 ff.) lyfter de grundläggande grundpelarna i vår hantering av empirin. Efter att vi har strukturerat våra intervjufrågor och lyckats rekrytera tänkbara respondenter från vår studie så hamnade vi först vid avsnittet sortering. I en kvalitativ studie är variation och innehåll viktigare än mängden data som samlas in. Exempelvis är många intervjuer som liknar varandra i karaktär inte lika gynnsamt som olikartade svar inom ramen för samma fenomen, eftersom variation är en strävan inom kvalitativ forskning. Denna varierande omfattning kan uppnås med tio intervjuer likväl som med trettio, och det är av betydelse att redan i denna fas av processen prioritera och organisera informationen som potentiellt kan vara relevant för undersökningen, både omfattning och relevans. För att underlätta denna process genomförde vi en pilotintervju för att sälla ut frågor och svar som kan uppfattas som överflödiga (ibid).

Vid sortering så är också processen kodning relevant, där processen antingen kan ske öppet eller selektivt (Rennstam & Wästerfors, 2015 s. 224 ff). Baserat på vår användning av semistrukturerade intervjuer, beslutade vi att inleda kodningsprocessen med en öppen inställning med medvetenhet om att svaren potentiellt kunde omforma våra ursprungliga forskningsfrågor över tid. Kodning av materialet innebär att vi aktivt sökte efter mönster inom det insamlade empiriska materialet. Vi var särskilt intresserade av att identifiera

mönsterbrytande beteende, och under forskningsprocessens gång upptäckte vi att en betydande del av svaren kunde tolkas som avvikande från förväntade mönster. Denna observation bidrog till en mer inriktad och nyanserad analys.

Efter transkriberingen av allt material genomfördes den reducerande processen. Under detta steg valdes relevant information med noggrannhet om att respondenternas svar presenteras i en rättvis kontext. Det är av vikt i reduceringsprocessen att endast samla in den information som bedöms vara nödvändig för att förstärka tillförlitligheten, samtidigt som det etiska ramverket upprätthålls genom att undvika att ta ut nödvändig information ur sitt sammanhang, vilket säkerställer respekt gentemot respondenten. (Rennstam & Wästerfors, 2015, s. 228).

Slutligen nådde undersökningen den argumenterande delen där vi ville stärka vår ställning (Rennstam & Wästerfors, 2015 s. 231 ff). Genom argumentation så lyckades vi skapa en viss självständighet i förhållande till vår insamlade empiri. För att kunna analysera ett citat från våra respondenter så valde vi att utgå från de teorier vi valt och applicera relevant forskning så att vi med vetenskaplig grund kan formulera teman ur vad våra respondenter delade med sig av (ibid). Vad vi fick av och hur vi senare valde att tolka det utifrån de teoretiska utgångspunkt vi valt kommer att presenteras i analysen och resultatavsnittet.

4.5 Tillförlitlighet

Reliabilitet syftar till att utvärdera i vilken utsträckning en studie påverkas av faktorer som forskaren tidigare har betraktat som irrelevanta (Klingberg och Hallberg, 2021, s. 63). I en intervjustudie kan reliabiliteten påverkas av vilka individer som deltar i intervjuerna. Vår studie ägnade sig åt att undersöka brukarens upplevda effekt av beteendeaktivering, positiv respektive negativ. Därmed är vi väl medvetna om att svaren utformas olika beroende på respondentens inställning till terapiformen. När tillförlitligheten appliceras på en kvalitativ ansats så tenderar forskare att titta närmare på 4 centrala utgångspunkter; trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och äkthet.

Trovärdighet: Betydelsen av att skapa en korrekt bild av den sociala verkligheten med avsikt att beskriva den (Ibid). Eftersom det finns flera möjliga skildringar av hur den sociala

verkligheten ser ut är det vårt ansvar att säkerställa att det som presenteras är trovärdigt. Detta kan till exempel uppnås genom att verifiera med en intervjuperson att vår tolkning av det empiriska materialet från intervjun är överensstämmande med alla inblandade parterns åsikter.

Överförbarhet: Eftersom att en kvalitativ studie grundar sig i en mindre och mer intim grupp respondenter gentemot en kvantitativ studie, så behövs det att undersökningen går att överföra till omgivningen och även miljön (Bryman, 2018, s 469). En prominent målsättning för kvalitativa forskare är att sträva efter att skapa en djupgående beskrivning av samhället och omgivningen, vilket möjliggör skapandet av en stabil databas. Denna databas utgör grunden för att bedöma i vilken utsträckning den insamlade datan kan överföras till andra miljöer och kontexter bortom det specifika samhället som studeras (ibid). Därmed har vi anpassat frågorna så att de enbart huvudsakligen undersöker effekten av terapimetoden.

Pålitlighet: När det här stadiet nås ska det bedömas ifall studien innehåller en redogörelse för alla forskningsstudier. En studie ska inte genomföras utan en komplett redogörelse för vilken metod, syfte och tematisering den grundas i, samt att uppvisa en stark respekt gentemot respondenterna i att allt de delat med sig av i intervjuerna transkriberas och används i studien (Bryman, 2018, s 469 ff). Kollegor kan därmed användas som granskare där de undersöker kvaliteten på de processer som tillämpats och hur väl de har omtalats i respektive avsnitt.

Äkthet: Slutligen ska äktheten i studien bedömas. Detta innebär att studien måste uppvisa en rättvis bild där alla åsikter och uppfattningar av de olika respondenterna styrks. Vidare finns det olika stadier av autencitet som syftar till att respondenterna fått en tydlig bild av studien, vilka eventuella åtgärder som erbjudits, deras möjlighet till korrigerings av svaren såväl som hur andra personer i deras miljö upplever situationen de är en del av (Bryman, 2018, s 470). För att följa kraven listade i detta avsnitt försäkrades respondenten om att vi följer sekretessprincipen varav vi förklarade att de har möjlighet att ta del av resultaten, vara anonyma och ändra eventuell information de uppgett. Vi gett våra kontaktuppgifter (telefonnummer samt e-mail) till respondenterna i studien så att de kan upplysa oss vid begäran om att ändra sina utsagor. Dessutom har respondenterna i vår studie skrivit under en samtyckesblankett (se bilaga 9.3) för att ge samtycke till medverkan till undersökningen.

4.6 Arbetsfördelning

Effektivitet har varit huvudfokus för vår arbetsprocess. För att uppfylla den idealbilden så har vi successivt delegerat arbetsuppgifter efter vilken tidigare kunskap vi besitter kring samt vilka områden som intresserade oss inom fältet vi undersökte. Med hjälp av regelbundna möten så har vi haft möjlighet att se över varandras skrivna arbeten och bidra med eventuella kommentarer och korrigeringar. I analysprocessen har vi fokuserat på gemensam delaktighet för att säkerställa tematisering och kodning utefter vad vi båda anser vara relevant för studien.

4.7 Etiska överväganden

Vi är medvetna om att denna studie berör etiskt känsliga ämnen och vår målsättning från början har varit att hantera den och intervjupersonerna med yttersta varsamhet. För att uppnå detta mål har vi implementerat krav på samtycke, information, konfidentialitet och användning enligt riktlinjerna i Bryman (2018, s. 170-175). I vår tolkning av de etiska riktlinjerna har vi valt att basera oss på fyra primära principer som framhävs inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet, 2002).

Informationskravet som en etisk princip innebär att forskaren är ansvarig för att tillhandahålla tydlig och omfattande information till deltagarna i studien. Det innebär att informera om syftet med studien, insamlingsmetoder, förväntade resultat samt eventuella risker eller påverkningar som deltagarna kan utsättas för. Målet är att säkerställa att deltagarna kan fatta välgrundade beslut om att delta i studien och att de är fullt medvetna om innebörden av deras medverkan. Vi uppfyller informationskravet genom att på ett tydligt sätt informera intervjupersonerna om syftet med studien och förklara vilka typer av frågor vi ställde under intervjun. Vidare så delgav vi våra slutgiltiga resultat och våra kontaktuppgifter så att deltagarna kunde nå oss vid eventuella frågor eller otydligheter.

Enligt samtyckeskraven har de respondenter som aktivt medverkat i studien fullkomlig rätt att själva bestämma vilken information som ska respektive inte ska vara med i resultaten. Forskarna som bedriver studien måste dessutom enligt samtyckeskraven vara försiktiga när det gäller omyndiga personer medverkande i deras studie och andra människor som har svårigheter till att förstå innehållet i den. Innan intervjuerna har vi informerat

intervjupersonerna om att de frivilligt gav samtycke att delta och förstod konsekvenserna av deras deltagande i studien, dessutom att de hade möjlighet att ta tillbaka deras uttalanden vid behov eller önskemål.

Konfidentialitetskravet går ut på att deltagarna ska försäkras om att alla uppgifter behandlas med största möjliga konfidentialitet, vilket innebär att personuppgifter som tillhandahålls ska bevaras utom tillgänglighet för allmänheten på så sätt att materialet inte är till förfogande för obehöriga. All insamlad empiri har vi hållit bortom tillgång för allmänheten och har raderats när studien genomfördes och analyserats färdigt. Dessutom har vi inte, och kommer inte i framtiden, att avslöja deltagarnas identitet eller annan information som inte är direkt kopplad till studien. Brukare som har gått igenom KBT har gjort detta med samtalsterapeut som har tystnadsplikt. Informationen är från början konfidentiell och ska därför ses till yttersta försiktighet.

Kravet på nyttjande, som en etisk princip, innebär att vi endast får använda de insamlade forskningsresultaten för det specifika ändamål som deltagarna informerats om och samtyckt till i början av studien. Det är en åtagande vi har följt noga för att säkerställa integritet och förtroende för deltagarna samt för att förhindra missbruk eller oetisk användning av forskningsdata. Med detta krav har vi förbundet oss att använda resultaten enbart för de avtalade forskningsändamålen och inte för andra ändamål som inte överensstämmer med deltagarnas ursprungliga samtycke.

Individskyddskravet och forskningskravet är ytterligare två principer som har varit relevanta att implementera under studiens gång eftersom denna undersökning berör mänskliga deltagare. Individskyddskravet syftar till att säkerställa respondenternas integritet och välbefinnande genom att behandla dem med respekt, erhålla informerat samtycke innan deltagande samt arbeta för att minimera eventuella risker. Forskningskravet innefattar att vi bedrev noggrann och välplanerad forskning som byggde på tillförlitliga och giltiga data. Resultaten är enligt detta krav tillgängliga för utomstående att granska med ändamålet att se till att kvaliteten och tillförlitligheten håller en hög nivå. Båda kraven listade i detta stycke är centrala för att skapa en etiskt genomförbar forskning som dessutom uppfyller en hög vetenskaplig standard. Med dessa olika krav i beaktning så har vi erbjudit våra respondenter ett formulär i förväg där de underrättas om alla de etiska principerna vi ska följa. Förutsatt att det har funnits ett medgivande och konsensus först, kunde intervjun, transkriberingen och

analysen göras. Vi kan med säkerhet konstatera att alla respondenter givit sitt medgivande om att vara en deltagare i studien och är mycket tacksamma för det.

Med hänsyn till våra etiska riktlinjer och de olika krav som beaktats, vill vi fastslå att denna studie är etiskt försvarbar. Detta beror på att vi har identifierat sårbarheten hos vår målgrupp och anpassat vår forskningsmetodik därefter. Efter att vi har tydliggjort våra intentioner och åtaganden, låg det därefter på respondenternas eget ansvar att avgöra hur mycket information de var villiga att lämna ut.

5. Analys och resultat

5.1 Vilka faktorer motiverar brukare att söka sig till KBT?

Under våra intervjuer framkom det att KBT är präglad av mångfacetterade faktorer. Många av våra respondenter framhöll olika motiv för att söka beteendeaktivering som terapiform. Emellertid observerades ett mönster i ansökningsprocessen och tillvägagångssättet för att erhålla önskad vård.

Alltså det var. Jag kände liksom att. Mina problem har liksom blivit för påtagliga jag kände att det börjar liksom räcka. Det börjar bli för jobbigt så att jag pratade med mina föräldrar då. Kollade vi med var med min läkare som sen så skickade vidare mig till första linjen. (Rut, 19, sökte för OCD).

Nej det var lite påtvingat halvt av mina föräldrar och jag tror mest vad det var det som var utbudet. I alla fall. Det uppfattades som det första man blev erbjuden. Som om att det är det första bästa typ. Så det var inget jag gjorde research på direkt (Isabella, 19, sökte för depression och sömnbesvär).

Anledningen är väl främst att man börjar förstå och acceptera att man faktiskt behöver ta emot en hjälp eller behandling. Det tog mig flera gånger och jag blev pushad av flera anhöriga och vänner eftersom jag agerat ut extremt och var påväg ner i en spiral. Det var inte jag som skickade remissen den första gången jag sökte behandling. När jag väl sökte hjälp var det kbt de rekommenderade och erbjöd mig. Den är ganska övergripande och behandlar de områdena som är vanliga vid depression och ångest. Fokus på känslor och känsloreglering, att förstå varför man mår som man gör. KBT är den vanligaste behandlingen (Daniel, 25, sökte för att förstå och ändra sitt beteende).

De tre individuella berättelserna från Rut, Isabella och Daniel formar tillsammans en enhetlig bild av den låga medvetenheten kring kognitiv beteendeterapi (KBT) bland dem som söker

psykologisk behandling. Det framkommer tydligt att dessa individer oftast får information om KBT genom hänvisningar inom sjukvården.

Rut, som upplever OCD-symptom, beskriver hur hennes problem eskalerade, vilket ledde till diskussioner med föräldrar och till sist remiss till första linjens vård. Isabella, som kämpar med depression och sömnsvårigheter, avslöjar att hennes första steg mot behandling skedde påtvingat och utan någon egen efterforskning, vilket antyder en otillräcklig medvetenhet om tillgängliga behandlingsalternativ. Daniel betonar vikten av att acceptera hjälp vid depression och framhäver att han först vid sitt sökande rekommenderades KBT, vilket är den vanligaste behandlingsmetoden för depression och ångest.

Slutsatsen som framträder från dessa berättelser indikerar ett behov av att anpassa och förbättra tillgängligheten och spridningen av information om olika terapimetoder, inklusive KBT. Swift et. al (2018) understryker vikten av att minska avhopp från behandling genom att öka förståelsen för tillgängliga alternativ. Åtgärder för att höja medvetenheten om olika behandlingsalternativ kan underlätta för patienter att fatta mer informerade beslut om sin mentala hälsa. Denna slutsats belyser behovet av att stärka informationsflödet inom sjukvården för att öka allmänhetens kunskap om behandlingsmetoder. Det indikerar också på vikten av kontinuerlig utbildning för vårdpersonal för att säkerställa att patienter får information om olika terapimetoder och därigenom kan delta aktivt i beslut om sin vård (Jauch et. al, 2023).

Sammanfattningsvis styrker dessa berättelser vikten av att överväga sätt att förbättra spridningen av information om KBT och andra evidensbaserade terapiformer, särskilt genom hänvisningar inom sjukvården. Målet är att främja ökad medvetenhet och effektivitet när det gäller behandlingssökande för psykisk hälsa.

5.1.1 Frivillighet och motivation

KBT är en interaktiv process där terapeuten och brukaren måste samarbeta för att identifiera problem och sätta mål för förändring. Om brukaren inte är motiverad att delta aktivt i terapin, blir det svårare att uppnå önskade resultat eftersom samarbetet blir begränsat. Utan tillräcklig motivation från brukarens sida kan denne uppleva svårigheter att engagera sig i olika övningar och genomföra insatserna som behövs för att förbättra sina problem. Dessutom

hjälp en högre motivationsnivå hos brukaren till att överkomma eventuella utmaningar och motstånd under terapins gång. Förändring är en aktiv process som kräver ansträngning från brukarens sida för att bryta negativa tankemönster och beteenden. Följande utdrag från vår intervju med Nora belyser vikten av motivation.

Jag skulle inte säga att jag såg något negativt med det (KBT), det enda är väl att det ligger mycket ansvar på en själv, att följa upp och så. Det kommer ju inte gå om du själv inte vill förändra någonting (Nora, 22).

Motiverande samtal (MI) integreras ofta med KBT, där KBT fokuserar på att lära brukaren specifika färdigheter såsom bemästrande, problemlösning, självförtroendeträning, självstyrning och kognitiv omstrukturering (Naar-King & Suarez, 2015, s. 124 - 130). Brukaren tilldelas hemuppgifter för att underlätta inläringen och applicera färdigheterna i sin vardag. MI kan komplettera KBT, särskilt för ungdomar som behöver utveckla färdigheter för beteendeförändring. MI kan användas för att öka motivationen för att lära sig färdigheter och under hela behandlingen för att stärka engagemanget i terapins mål och fullföljandet av hemuppgifter (Naar-King & Suarez, 2015, s. 126 - 131).

Jag har aldrig gjort något liknande tidigare, där man har en plan; "det här ska du fullfölja". Asså hon (terapeuten) var väldigt tydlig med att det här kommer inte gå om du inte är motiverad till att göra det. Liksom, det hänger ju på mig. Hon (terapeuten) frågade i början hur motiverad jag var till att göra en förändring på en procentskala 0-100%, då jag tror att jag sa 60-70%. Hon (terapeuten) sa att hon inte brukar motivera brukare till behandling om de inte ligger på 70% (Nora, 22).

Genom en integration av MI med KBT kan motstånd mot externa motivationsmetoder adresseras och samtidigt främjas brukarens autonomi samt ökade tilltro till den egna förmågan. MI hjälper till att minska motstånd och främjar inre motivation samtidigt som det stöder brukarens valmöjligheter och begränsar konsekvenser. Detta kan leda till en effektiv behandling och en ökad chans till positiva resultat för brukaren (ibid).

5.1.2 Stigmatisering av mental ohälsa

Dels är själva processen och väntetiden av sökandet lång och krävande, praktiskt och psykiskt. Det kan även antas finnas en vilja av självständighet bland de som lider utav en psykisk ohälsa, detta

kan även i vissa fall tolkas som en ovilja att erkänna för självet och utomstående aktörer att man rättfärdigat eller alls lider av eller har rätt till att identifiera sig med en psykisk ohälsa. Individer som lider av psykisk ohälsa kan antas i flera fall vara stängda och isolerade och därmed tillkommer svårigheten att öppna upp sig och dela med sig av det som skapar ohälsan. Dessa faktorer tenderar även vara personliga och stängda vilket medför svårigheter och känslighet för att dela med sig av, särskilt till en professionell som man inte känner eller har någon initial tillit till. Det är även mycket psykiskt och till viss del fysiskt krävande att gräva i det som ligger till grund för ohälsan och processen för att bearbeta de trauman eller andra anledningar är långdragen och långsam. Det krävs mycket självreflektion, erkännande och arbete för att se framsteg och detta är något som flera inte klarar, trots att processen baseras på "ett steg i taget" (Daniel).

Att unga drar sig från att söka hjälp för psykisk ohälsa kan ha en mängd olika anledningar och är som alltid en individuell känsla och inställning till egna bekymmer.

Citatet ovan uppmärksammar den krävande processen för personer med psykisk ohälsa när de söker vård, ett ofta långvarigt förlopp. Det belyser också att vissa individer med psykisk ohälsa kan ha en instinkt till självständighet, vilket kan tolkas som motvilja att erkänna eller associera sig med sin psykiska ohälsa. Detta kan kopplas till stigmatisering, där individen känner skam och undviker att associera sig med sin psykiska ohälsa på grund av social stigmatisering (Goffman 2021, s 78-79). Skam och social stigmatisering kan hämtas mycket ur media och popkultur. Sociala mediars inflytande har aldrig varit större än för den generation som växer upp just nu, där skönhetsideal och olika fabricerade verkligheter publiceras och poseras som den ultimata sanningen (Goffman, 2021 s. 177). Även om alla individuella psykologiska bekymmer inte kan skyllas och kopplas till media, kan vi konstatera att det spelar en stor roll i formeringen av dagens ungdomars verklighetsbild och uppfattning (ibid).

Daniel lyfter även en kritik gentemot den kliniska processen och bland annat väntetiden som den kan innefatta. Stigmatisering är inte enbart relaterad till en social aspekt utan även ett förekommande fenomen bland yrkesprofessionella inom den medicinska världen (Jauch et al., 2023). För att mental ohälsa ska kunna normaliseras så behövs det en mer spridd utbildning bland yrkesprofessionella inom det medicinska fältet. Även om fördomar är en bestående faktor i samhället, kan en ökad strävan mot acceptans potentiellt bidra till att alla individer behandlas likvärdigt och erkänns för sin unika identitet (ibid).

Daniels citat ovan lyfter också fram att personer med psykisk ohälsa ofta är ensamma och isolerade, vilket kan göra det svårt för dem att dela sina problem. Detta kan delvis härledas till social stigmatisering, där individer med psykisk ohälsa möjligtvis inte känner förtroende för att bli rättvist behandlade. Citatet pekar även på att bearbetningsprocessen av trauman eller andra faktorer som orsakar mental ohälsa är lång, samt kräver mycket självreflektion och arbete. Detta kan förklaras av stigmatisering, där det inte anses socialt acceptabelt att behöva psykologisk hjälp eller att erkänna sin psykiska ohälsa. Den sociala stigmatiseringen är en viktig aspekt som bör beröras mer i media såväl som inom den kliniska världen för att behandla och bortse från de fördomar som styr våra vardagliga beslut.

5.2 Beteendeterapins verktygsvariation

5.2.1 Självregistrering och logging

En central del under KBT-behandlingen är att terapeuten tillsammans med brukaren, vanligtvis under de första sessionerna, sätter tydliga behandlingsmål. Dessa mål ska vara något som brukaren anser vara relevant, samtidigt som terapeuten måste betrakta målen som lämpliga och uppnåbara. Att formulera målsättningar skapar hopp hos brukaren om möjlighet till förändring. Det finns olika krav som målen måste uppfylla för att de ska vara gynnsamma under terapin, bland annat att de ska vara mätbara. Detta är viktigt för att kunna kontinuerligt bedöma förändring samt vidta åtgärder under behandlingstiden ifall patienten inte rör sig i riktningen att uppnå målen. För att hjälpa med bedömningen använder terapeuter sig ofta av olika fråge- och själv registreringsformulär (Öst, 2018, s. 69). Noras erfarenheter av logging, som återges i det följande citatet, illustrerar vikten av att kvantifiera sin personliga utveckling och noggrant dokumentera information för att kunna återkoppla till terapisessionerna.

Det var det här med att logga, att skriva ner exakt hur det hade gått efter varenda gång jag drack. Då kunde jag jämföra jättetydligt med den gången jag drack för mycket, till exempel. Man dricker ju fan hela tiden, så det är svårt att hålla koll på hur man mådde efter man drack en specifik gång. Dels trodde jag inte att jag hade ett problem, för det första, och för det andra trodde jag inte det skulle bli bättre (Nora, 22).

(Öst 2018, s. 120) förklarar att självregistrering dessutom kan ge brukaren ny metakognitiv förståelse genom att denne i större utsträckning ser tankar som tankar, istället som absoluta

sanningar. Självregrering och logging är också användbart för patienter som upplever ångestspiraler, eftersom det hjälper patienten att känna igen och analysera de olika komponenterna i ångestspiralerna, både med hjälp av självregistreringen mellan terapisessionerna och via terapeutiska diskussioner under sessionerna (Öst, 2018, s. 146). Dessa komponenter kan vara tankar, känslor, kroppsliga reaktioner, beteendemönster eller yttre faktorer som påverkar ångestnivån. Terapeuten och patienten arbetar tillsammans för att förstå hur de interagerar och förstärker varandra. Det är viktigt att förstå att det inte är en yttre faktor som primärt orsakar problemen som patienten tampas med, utan hur patienten ger gensvar på sina egna interna reaktioner. Därför är ett viktigt mål med behandlingen att hjälpa patienten att hantera och förändra sina reaktionsmönster för att bryta den negativa ångestspiralen. Saga, som sökte sig till KBT för ångest som präglade hennes vardag under en längre period, belyser hur verktyget hjälpt henne i följande utdrag.

Det fanns två övningar jag kommer ihåg tydligast, där jag tyckte väldigt mycket om den ena och avskydde den andra. Dels var det logging, då om jag upplevde något som triggade mig fick jag skriva ner tanken och känslan som uppstod, mitt beteende, och sedan vilken situation det var. Det gjorde jag ändå helt okej flitigt under en viss period så man kunde se vissa mönster vid tankar och känslor som väcktes, och vad för beteenden som utlöstes av det. Det tyckte jag väldigt mycket om, för det tydliggjorde hur jag i beteendet kunde göra något annorlunda. Att kartlägga mig själv var väldigt väldigt givande, och väldigt skönt, och allt annat var inte riktigt my cup of tea (Saga, 23).

(Öst 2018, s. 176) belyser hanteringen av PTSD-symtom, då de dokumenteras i realtid när de uppstår. Genom självregistrering noteras symptomen tillsammans med viktig kontextuell information såsom datum, tidpunkt, situation, tankar och reaktioner. Denna dokumentation kan också inkludera frekvens och längd på symtomen. Det är viktigt att förstå att självregistreringen sker i framtiden och är mer detaljerad än andra mätmetoder. Den fungerar som ett användbart verktyg för terapin och kan användas kontinuerligt under behandlingen för att öka patientens medvetenhet om när och varför symptomen uppstår.

För många med bipolärt syndrom dominerar perioder av depressivitet eller stabilitet med delvis kvarstående depressiva symtom. För att balansera passivitet under depression och överaktivitet under hypomaniska eller maniska perioder, skapar terapeuten tillsammans med patienten ett veckoschema över aktiviteter som ska följas strikt, oavsett patientens aktuella humör. Schemat inkluderar riktlinjer för sömn, medicinering, måltider, träning, arbete och social interaktion. För att undvika att schemat upplevs som begränsande läggs även

aktiviteter till som skapar känslor av lycka och spänning hos patienten, som exempelvis kreativa aktiviteter eller annat under kategorin "egentid". Utöver att etablera fasta rutiner, hjälper schemat patienten att känna sig mer kontrollerad och kompetent genom att dagliga uppgifter kan bockas av (Öst, 2018, s. 219).

Ja, alltså, första gångerna jag gick dit brukade hon ha en tavla och skrev upp saker. Hon frågade liksom, "Vilka saker i ditt liv är dåliga eller får dig att må dåligt?" och jag kunde skriva upp typ 20 grejer. Sen frågade hon, "Och vilka saker i ditt liv mår bra eller vad gör du som får dig att må bra?" och då öppnade det upp för diskussion. Hon gav mig liksom läxor, där hon sa, "Okej, denna veckan ska du ta bort en sak från den dåliga listan." Så, ja, jag gjorde det. Och sen tog vi tid att fokusera på en positiv grej. Hon sa, "Okej, jag mår bra när jag äter vid specifika tider under dagen." (Solveig, 24)

Solveig beskriver ovan ett exempel på hur ett schema kan formuleras för patienter med allvarlig depression. Även om Solveig inte har bipolära symptom är hennes schemaläggning av dagliga aktiviteter tillsammans med terapeuten applicerbar på liknande principer som depressiva episoder. När terapeuten uppmanade henne att identifiera saker i livet som var negativa eller fick henne att må dåligt, liknade det en form av självregistrering där negativa element dokumenteras i vardagen. Terapeutens användning av tavlan och uppmaning att skriva upp dessa saker kan likställas med en strukturerad form av självregistrering. Det öppnade upp för diskussion och reflektion, vilket kan stärka medvetenheten och förståelsen för samband mellan tankar, känslor och beteenden (Öst, 2018, s. 219).

Schemat kan baseras på noggrann registrering av patientens aktiviteter timme för timme under en eller två veckor. Detta ger terapeuten en förståelse för patientens nuvarande förmåga att hantera olika aktiviteter och livsstilsfaktorer som kan påverka risken för olika episoder, såsom oregelbundna arbetstider, sporadisk medicinanvändning eller överdrivet festande. Efter att aktiviteterna har dokumenterats, anpassas schemat gradvis med önskade aktiviteter eller justeringar av dygnsrytmen. Aktiviteterna som planeras ska vara realistiska för patienten att genomföra, och att undvika att överbelasta schemat är avgörande, eftersom det skulle kunna leda till avbrytande av behandlingen. Läxor som terapeuten gav Solveig, där hon instruerades att ta bort en negativ sak från listan varje vecka, kopplar starkt till principen om målsättning och framstegsövervakning inom självregistrering. Detta tillvägagångssätt har visat sig vara effektivt för att främja positiva förändringar och öka individens förmåga att hantera stress och utmana negativa tankemönster (Öst, 2018, s. 219).

5.2.2 Exponering

Exponering innebär att i verkligheten utsätta sig själv för saker som är obehagliga, och att i små steg närma sig situationer som väcker rädsla med målet att hantera samt bemästra situationen i sig (Ramnerö, 2023, s. 13). Människor har en naturlig tendens att undvika situationer som framkallar rädsla eller smärta för att skydda sig själva från potentiell fara. Även om det här undvikande beteendet kan vara effektivt för att omedelbart lindra obehag och ångest, kan det också förstärka rädslan på lång sikt. Trots att denna biologiska funktion fyller ett användbart syfte kan det leda till problem i det moderna samhället och skapa fobier för saker som egentligen inte kommer skada personen i sig. För att hantera fobier är det viktigt att bryta mönstret av att fly eller undvika. Det finns en förväntan att ångesten kommer fortsätta stiga och inte klinga av, men det gör den. Därför är det viktigt att stanna kvar och konfrontera rädslan trots obehag i ångestfyllda situationer (Furmark et al., 2021, s. 138 - 140)

Jag bodde i ett boende med väldigt mycket spindlar och jag kände att det tog över en stor del av min vardag, att jag hade svårt att sova för jag var rädd att spindlar skulle krypa på mig och jag ville inte gå ner i källaren för att tvätta. Jag lyste alltid med en ficklampa i rummet och skannade av flera gånger per dag för att se så att det inte var någon spindel runtom mig (Cecilia, 21, sökte för spindelfobi).

En av våra intervjupersoner, Cecilia, sökte sig till KBT för att få bukt på sin spindelfobi. Som hon förklarar i citatet ovan blev rädslan inte hanterbar eftersom det var ett återkommande problem att stöta på spindlar i hennes hem, vilket försvårade hennes vardag.

Som redan skrivet i denna uppsats under "2.1.1 Exponering" finns det en modell att använda sig av vid exponering. Även om modellen är användbar vid självhjälp, kan den kopplas till olika övningar som våra intervjupersoner gjorde tillsammans med terapeuter under och utanför sessionerna. Innan exponeringsövningarna påbörjas, vare sig de utförs på egen hand eller med en terapeut som i Cecilias fall, behöver situationerna som väcker rädsla analyseras. Detta inkluderar att identifiera symtom, känslor och tankar som uppstår, samt faktorer som kan påverka förmågan att hantera situationen (Furmark et al. 2021, s. 143 - 145). Följande utdrag från intervjun med Cecilia visar på detta analyssteg.

Först var det bara informationsmöte där hon bara berättade hur allt skulle se ut, så gjorde hon (terapeuten) en allmän check på om det fanns något annat jag mådde dåligt över. Vi pratade om att jag hade flyttat från Stockholm till Lund och att det var stressigt. Vi gick in på såna saker för att identifiera att det var just spindeln som det handlar om och att det inte var något annat underliggande. I början var

det ganska lugnt då vi pratade om varför just spindlar var jobbiga. Sedan så blev det mer intense och det var ganska läskigt, då skulle spindlar krypa på mig och allting. Som jag känner just nu har det hjälpt, det var nervöst och det var läskigt men jag hade ändå motivationen till det. För att få det avklarat, liksom (Cecilia, 21).

Vidare rangordnas situationerna efter svårighetsgrad, från mest ångestframkallande till minst. Detta skapar en struktur för övningarna och hjälper vid planering av själva exponeringen. Övningarna bör vara i förväg planerade, strukturerade och upprepas regelbundet. Det är fördelaktigt att börja med mindre utmanande situationer och successivt arbeta sig uppåt i hierarkin. Hur exponeringen utförs är avgörande för dess effektivitet, och några av de strategier som finns för att maximera framgången har Cecilia och hennes terapeut använt sig av (se citat ovan).

När min spindelfobi var som värst var det höst/sommar, så det var ju väldigt många spindlar då, och jag bodde i en gammal villa ute på landet så jag blev väldigt exponerad för spindlarna då. Det har jag inte varit lika mycket nu, så jag får se lite hur det känns till våren när spindlarna kommer fram igen. Men nu skannar jag inte av rummet för spindlar längre, som jag brukade göra förut. Dessutom var det en grej på den här listan jag fick under sista tillfället, att jag skulle testa plocka upp spindlar när jag ser dem, och det har jag ändå gjort. Jag har inte vågat klappa dem, men en gång när jag såg en spindel var min första tanke; ska jag klappa på den? Istället för att få panik och springa ut, och det säger väl ändå någonting! (Cecilia, 21).

Cecilia använder sig av olika verktyg och nya tankesätt som hon fick under sessionerna med terapeuten och har applicerat det i verkligheten även efter att kontakten med terapeuten avslutats. Som tidigare skrivet är det väldigt viktigt att fortsätta exponeringen tills önskad effekt är uppnådd, och fortsätta exponeras för situationer som väcker obehag för att minska risken för återfall i rädslan. En annan av våra intervjupersoner, som berättade om hur hennes negativa alkoholvanor påverkar hennes beteende, lyfte en tidigare erfarenhet inom KBT som förklaras i följande utklipp.

Jag gick KBT för min spyfobi när jag var typ 14 eller 15. Det gick ut dels på att prata om det, ha samtal om hur det påverkade en, men också att visa videos på folk som spydde för att bekanta mig med hela grejen. Det var lite traumatiserande så jag vet inte om det hjälpte så mycket (Nora, 22).

Nora berättade att spyfobin fortfarande är kvar, och att bilderna som visades för henne än idag kan spöka i hennes huvud. Många människor som börjar med exponeringsövningar

ifrågasätter om det kommer att fungera att utsätta sig för ångestframkallande situationer, särskilt om de inte har sett någon minskning av sin rädsla tidigare. Som i Noras fall är det möjligt att exponering skett i liknande situationer utan att se några positiva resultat. Det är viktigt att notera att exponering inte alltid är effektivt samt att om genomförandet av exponeringen utförs på ett obehagligt sätt samt resulterar i negativa upplevelser kan det till och med förvärra rädslan. En viktig distinktion är att bli utsatt för något oförberett och okontrollerat jämfört med att välja att utsätta sig för en situation självmant, där oförberedd utsättning för ångestframkallande situationer kan öka rädslan (Furmark, 2021, s. 146 - 147).

5.3 Självförverkligande

5.3.1 Trygghet och ångest

När jag flyttade hemifrån till Uppsala för att plugga så, typ efter en månad som ny i staden, började jag uppleva väldigt stark ångest. Jag tror att den grundade sig i att jag kände mig väldigt otrygg och rädd i den nya situationen. /.../ Jag kommer ihåg att jag var hemma hos mina föräldrar under den perioden för att hälsa på och jag grät jättemycket när jag skulle därifrån för jag ville inte tillbaka till Uppsala. På något sätt så blev Uppsala platsen av ångest. All den ångesten och tankar och känslor som jag upplevde då blev så mycket att jag inte kunde hantera det, och såg ingen annan utväg än att söka hjälp (Saga, 23, sökte för ångest).

“På något sätt så blev Uppsala platsen av ångest”, är att referera till en plats till en viss typ av känsla och i det här fallet kan en negativ känsla tyda på en avsaknad av trygghet och säkerhet. Behovet driver sökandet efter skydd, stabilitet och ordning. Ur ett psykologiskt perspektiv upplever människor som tillfredsställer sina säkerhetsbehov inte hot eller sårbarhet, medan deras brist på tillfredsställelse är förknippad med rädsla och ångest. Säkerhetsbehov inkluderar dimensioner såsom medborgarnas säkerhet, bostad och ekonomisk trygghet (Maslow, 1943). Saga nämner specifikt känslan ångest vilket tyder på en avsaknad av den trygghet som Maslow menar är essentiell för att tillfredsställa sina behov.

I citatet berättar Saga om deras plötsliga upplevelse av djup ångest och en känsla av osäkerhet när de började studera i Uppsala. Med hjälp av ord som "jättemycket" och "så mycket" beskriver hon en överväldigande mängd ångest och osäkerhet som hon känt. Det är även viktigt att notera att Saga tar upp en specifik tidpunkt när de var hemma hos sina föräldrar och grät mycket när de skulle lämna dem, vilket ytterligare understryker hur

intensiva hennes emotionella upplevelser var. Denna beskrivning kan tolkas i linje med Maslows behovspyramid, specifikt i relation till säkerhets behovet. Enligt Maslow är det nödvändigt att tillgodose de grundläggande fysiologiska och psykologiska behoven innan individerna kan sträva efter att uppnå högre nivåer av behovstillfredsställelse, exempelvis självförverkligande. I detta fall verkar det som att Saga inte känner sig tillräckligt trygg i sin nya miljö, vilket ledde till känslor av otrygghet och rädsla (Maslow, A. H., 1954).

Den här otryggheten kan ha uppstått på grund av övergång från bekanta till det okända, som är typisk för personer som flyttar hemifrån för första gången eller byter till en ny miljö. Att Saga beskriver Uppsala som "platsen av ångest" antyder att denna känsla av otrygghet var särskilt förknippad med den plats där hon kände sig som mest osäker (Ibid). Att ångesten och känslorna blev så intensiva att hon inte kunde hantera det själv och att hon till slut sökte hjälp är ytterligare bevis på att hennes säkerhetsbehov inte var tillfredsställda och att hon behövde professionell hjälp för att hantera sina känslor.

Avslutningsvis illustrerar Sagas behov av att söka stöd för att hantera sina otrygghetskänslor den fundamentala betydelsen av att tillgodose basala behov innan det är möjligt att ägna sig åt högre nivåer av självförverkligande, enligt Maslows behovspyramid (Maslow, 1943). Denna analys kan bidra till en bättre förståelse av hur människor upplever och hanterar känslor av otrygghet och ångest i nya miljöer.

6. Sammanfattning, resultat och diskussion

I vår avslutande diskussion och sammanfattning så kommer vi att analysera vår studie utefter vårt syfte och de frågeställningar som den mynnar ut i. Vårt syfte var att undersöka hur brukaren upplever BA (beteendeaktivering) som terapiform. Våra frågeställningar var följande:

- Hur upplever brukare att beteendeaktivering är som terapiform för mental ohälsa?
- Vilka verktyg eller rutinförändringar upplever brukare som mest betydande inom beteendeaktivering som terapimetod?
- På vilket sätt kan beteendeaktiveringens inverkan betraktas efter att behandlingen är avslutad?

I vårt resultat och analysavsnitt så har vi kortfattat konstaterat att beteendeaktivering som terapimetod skiljer mycket åt beroende på individen och dennes situation. Även verktygen de får ta del av kan variera enormt beroende på vad som behandlas. Det mest intressanta ansåg vi vara de drastiska skillnaderna i hur behandlingen fungerade, upplevdes och gav effekt på den som var delaktig. I kommande stycken så kommer vi att besvara frågorna mer precis i samband med att kortfattat presentera vissa av de upptäckter vi gjorde som väckte särskild uppmärksamhet hos oss.

För att besvara den första frågeställningen behöver vi återigen konstatera olikheterna och den individuella anpassningen i behandlingen. Vi samtalade med personer som genomgick terapin med olika bakgrunder och anledningar, där några exempel är ångest, depression, fobier, och riskbruk. Resultatet visade att det blev utmanande att få en tydlig bild av hur beteendeaktivering (BA) manifesterar sig för varje individ. Trots detta underströk resultaten BA:s flexibilitet och förmåga att anpassa sig till olika behov, vilket möjliggör att det kan tillämpas över en rad olika kategorier. Resultaten av vår undersökning visade en blandad bedömning av terapins effektivitet. Fem deltagare betraktade den som direkt gynnsam för deras mentala hälsa, medan två inte upplevde någon fördel alls. Det framgår således att en given terapiform inte är universellt applicerbar eller perfekt för alla individer. Dock observerades en temporär förändring hos samtliga deltagare, vilket antyder att terapin hade åtminstone en tillfällig effekt. För att bättre förstå långsiktiga effekter och eventuella förändringar över tid önskar vi att kunna intervjua deltagare som genomgick terapin för mer än tio år sedan, för att potentiellt utvärdera brukarens utveckling över tid, både positivt och negativt.

När det kommer till verktyg som upplevdes mest betydelsefulla, framkom det ett flertal nya insikter för oss. Våra initiala förväntningar var att variationen i verktygsanvändning skulle vara mer begränsad än vad den faktiskt var, vilket ledde till en betydande överraskning och ökad nyfikenhet från vår sida. För att svara på frågeställningen behöver vi särskilt belysa de faktorer som bidrar till denna variation. Majoriteten av respondenterna framhöll vikten av logging eller självregistrering som ett betydelsefullt verktyg. Vår slutsats var att denna metod ansågs vara särskilt hjälpsam och användbar. I korthet innebär metoden att individen kontinuerligt dokumenterar sina aktiviteter under dagen, samtidigt som denne reflekterar över de känslor som upplevs i samband med varje händelse. Genom att noggrant dokumentera sina känslomässiga reaktioner, fann respondenterna att de kunde förstå och analysera sina dagliga

mönster mer effektivt, vilket i sin tur bidrog till ökad självinsikt och förståelse för sina reaktioner i olika situationer.

Exponering framstod som ett verktyg som flertalet respondenter tog upp. Kortfattat innebär exponering en gradvis utsättning för situationer som individen upplever som svår, med syftet att gradvis avdramatisera situationerna för hjärnan. Vi noterade att exponering är en vanligt förekommande metod vid behandling av olika former av fobier. Genom att exponera sig för stressande situationer under en längre tidsperiod och gradvis öka intensiteten, kunde vi fastställa att metoden visade sig vara mycket effektiv. Ett annat verktyg som fångade vår uppmärksamhet var när en respondent uppmanades att prata med sig själv i spegeln med en mjuk och lugn röst om sina negativa tankar. Initialt betraktade respondenten denna metod som löjlig, men med tiden fann hen att det hjälpte till att ifrågasätta grunden för de negativa tankarna. Detta tillvägagångssätt kan ses som en form av att förlöjliga de negativa känslorna, vilket vissa upplevde som kontraproduktivt och frustrerande att genomföra. Trots detta kunde vi observera en positiv effekt över tid. Successivt började respondenten att känna sig mer bekväm med sina känslor och inte längre uppfattade dem som påträngande i sin vardag.

Gällande verktygen nådde vi slutsatsen att metoderna i sig är effektiva, däremot så är de inte effektiva för alla. Det kräver en stark individanpassning som inte alltid lyckas och bör därmed inte anses som en form av botemedel för mental ohälsa. Det krävs också ett tålamod inte bara från terapeuten utan framförallt från brukaren. Motivation och en villighet att förändra är nyckeln till att beteendeaktivering ska vara effektiv. Slutligen kan vi besvara vår sista frågeställning med ett ja, men inte nödvändigtvis ett positivt "ja". Efter avslutad terapi påvisade alla att det haft en viss inverkan på deras vardagliga liv. Antingen via att verktygen fortfarande används eller att vissa mönster har förändrats. Än en gång kan vi inte påstå att individerna nödvändigtvis upplever optimal välmående. Dock kan vi fastställa att det föreligger en viss långsiktig beständighet i effekterna av beteendeaktivering på användaren.

Utöver våra frågeställningar så var det flera andra frågor som dök upp efter analysen av vår empiri. Exempelvis, den stora förvåningen rörde den omfattande variationen av tillämpade verktyg inom beteendeaktivering (BA). Efter att ha genomfört intervjuer med sju olika respondenter, kunde vi konstatera att det finns en betydande bredd av verktyg som används inom BA. Det allmänna förväntningsmönstret inom psykologisk terapi är ofta att följa en

strikt mall. Inom BA följs denna mall, men med en intressant infallsvinkel där tillvägagångssätten inte nödvändigtvis är enhetliga mellan olika terapeutiska tillfällen.

7. Uppmaning till vidare forskning

I vår studie så har vi valt att fokusera på brukarens personliga upplevelse av beteendeaktivering som terapiform, vilket har givit oss många intressanta perspektiv och infallsvinklar och kommit fram till att metoden är effektiv men också har sina brister i vissa aspekter. Därmed så anser vi att det är ett område som behöver forskas på mer för att mäta dess effektivitet på den breda massan. Beteendeaktivering är ett relativt modernt fenomen och metod inom psykoterapi och för att verkligen kunna mäta och se dess effekt på brukaren så behövs fler studier. Det viktigaste anser vi dock är att vi vill kunna se livslängden av terapin och ifall den är gynnsam ett flertal år senare. Dessutom är det viktigt att ha i beaktning att det är en ständigt utvecklande metod.

Inom beteendeaktivering (BA) är evidensbaserad praxis centralt, men för att närma sig en ideal nivå krävs minskning av felmarginalen. Detta framställer sig i hög grad som en funktion av faktorer såsom stigmatisering, motivation och inställning, både hos brukaren och den yrkesprofessionella. Genom att generera mer forskning på området kommer det gynna metoden och minska antalet fall som faller mellan stolarna - vi som framtida socionomer hoppas på att BA som behandlingsmetod inom terapi utvecklas vidare och kan fortsätta användas inom socialt arbete.

8. Referenser

1177 Vårdguiden. (2024). Kognitiv beteendeterapi (KBT). Hämtad från <https://www.1177.se/undersokning-behandling/behandlingar-vid-psykiska-sjukdomar-och-besvar/kognitiv-beteendeterapi-kbt/>

1177 Vårdguiden. (2024). Psykisk hälsa och sjukdom. Hämtad från: <https://www.1177.se/hitta-varld/kontakt-och-hjalp/psykisk-halsa-och-sjukdom/>

Ahrne, G., Svensson, P., (2015). Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. *I: Handbok i kvalitativa metoder* Göran Ahrne & Peter Svensson. Stockholm: Liber AB.

Ahrne, G., Eriksson-Zetterquist, U., (2015). Intervjuer. *I: Handbok i kvalitativa metoder* Göran Ahrne & Peter Svensson. Stockholm: Liber AB.

Arjmand, H.-A. *et al.* (2024) 'Mental health treatment for first responders: An assessment of mental health provider needs', *Psychological Services*

Bryman, A., (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Tredje upplagan Stockholm: Liber

Bärmark, J., (1985). *Självförverkligandets psykologi: ett centralt tema i Maslows tänkande*. Stockholm: Natur och kultur

Cechnicki, A., Angermeyer, M. C., & Bielańska, A. (2011). Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 643-650.

Freij, K., Masri, N. (2008) 'The brief behavioral activation treatment for depression - a psychiatric pilot study / The brief behavioral activation treatment for depression - a psychiatric pilot study', *Nordic Psychology*, 60(2), p. 129

Furmark, T., Holmström, A., Sparthar, E., Carlbring, P., & Andersson, G. (2021). *Social fobi: effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi*. Liber, Stockholm.

Goffman, E. (2021). *Stigma: den stämplades roll och identitet*. Femte upplagan Lund: Studentlitteratur

Häggström Westberg, K. 1968 *et al.* (2022) 'Mental Health Problems among Young People—A Scoping Review of Help-Seeking', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3)

Krems, J. A., Kenrick, D. T., & Neel, R. (2017). Individual perceptions of self-actualization: What functional motives are linked to fulfilling one's full potential? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43(9), 1337-1352.

Jauch, M., Occhipinti, S. and O'Donovan, A. (2023) 'The stigmatization of mental illness by mental health professionals: Scoping review and bibliometric analysis', *PLoS ONE*, 17(1), pp. 1–20

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (S.-E. Torhäll övers.) Lund: Studentlitteratur (Originalarbete publicerat 1997).

Kvale, S. *Den kvalitativa forskningsintervjun* (1997) Studentlitteratur.

Kirk, J. (1989). Cognitive-behavioural assessment. In: Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clark, D.M. (Eds), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*, p. 13-51. Oxford: Oxford University Press.

Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior modification*, 25(2), 255-286.

Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Beteendeaktivering vid depression: en handbok för terapeuter*. Studentlitteratur.

Maslow, A.H., 1943. A theory of human motivation. *Psychological Review*, July, pp. 370-396.

Maslow, A.H. (1954) *Motivation and personality*.

Mindler. (2024). Hem. Hämtad från: <https://www.mindler.se/>.

Naar-King, S., & Suarez, M. (Eds.). (2015). *Motiverande samtal-MI: med tonåringar och unga vuxna*. Studentlitteratur.

Ramnerö, J. (2023). *Exponering som psykologisk behandlingsmetod*. Upplaga 1 Lund: Studentlitteratur

Rennstam, J., Wästerfors, D. (2015). *Från stoff till studie om analysarbete i kvalitativ forskning*. Johanneshov: MTM

Riksförbundet Attention. (2024). Om oss. Hämtad från: <https://www.attention.se/om-oss/>.

SCB (2017) *Sämre psykisk hälsa bland unga i Sverige den övriga Norden*. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2017/Samre-psykisk-halsa-bland-unga-i-Sverige-an-i-ovriga-Norden/>

Socialstyrelsen. (2024). Psykisk hälsa och ohälsa. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-12-7721.pdf>.

Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., & Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 74(11), 1924-1937.

Öst, L. G. (2018). *KBT inom psykiatrin*. Natur & kultur.

9. Bilagor

9.1 Informationsblankett

Hej!

Vi är Jesper Israelsson och Selma Rezagic, socionomstudenter vid Lunds universitet. Vi genomför för närvarande vårt kandidatarbete inom socialt arbete och vi söker deltagare till en kort intervjustudie om upplevd effekt av beteendeaktivering inom ramen för Kognitiv Beteendeterapi (KBT)

PS: Vi är inte ute efter vad som ligger till grund för ditt deltagande utan, det kommer primärt att rikta sig åt hur terapiformen utformas och upplevs, där din personliga erfarenhet står i centrum!

Syfte med Studien:

Vårt syfte är att förstå hur beteendeaktivering påverkar unga vuxna (18-25 år) som har genomgått KBT, samt hur behandlingen upplevs i relation till deras psykiska hälsa och välbefinnande.

Vem söker vi?

Vi söker unga vuxna i åldern 18-25 år som har erfarenhet av KBT med inriktning på beteendeaktivering. Om du har gått igenom denna behandling och är intresserad av att dela med dig av dina upplevelser, vill vi gärna höra från dig.

Din medverkan:

Din medverkan skulle innebära en kort intervju på h 30 minuter där vi diskuterar dina upplevelser av behandlingen. Intervjun kommer att vara konfidentiell, och vi uppskattar verkligen din tid och ditt deltagande.

Kontaktinformation:

Om du är intresserad av att delta eller har några frågor, vänligen kontakta oss:

Jesper Israelsson

E-post: Jesper.israelsson@hotmail.com

Telefon: 0705194619

Selma Rezagic

E-post: Rezagicselma@gmail.com

Telefon: 0760071241

Vi ser fram emot att höra från dig och tackar på förhand för ditt värdefulla bidrag till vår forskning!

Med vänliga hälsningar,

Jesper Israelsson och Selma Rezagic

Lunds Universitet

Socionomstudenter

9.2 Intervjuguide

- Vilken form av terapi har du tagit del av och hur länge pågick det?
- Vad fick dig att börja terapin?
- Har du gjort något liknande tidigare?
- Hur upplevde du terapiformen?

Om det **inte** fungerade bra; Tänker du att det är för att du inte tror på själva terapiformen beteendeaktivering som KBT eller att det inte passade dig individuellt, och varför? Ge gärna exempel på vad som inte hade fungerat?

Om det fungerade bra; Tänker du att det är för att du tror på själva terapiformen beteendeaktivering som KBT eller att det passade dig individuellt, och varför? Ge gärna exempel på vad som fungerade?

- När under behandlingen fick du denna uppfattning, och varför?
- Ge exempel på när denna terapiform var till nytta för dig?
- Vad under behandlingen var det som gjorde att du började må bättre? Ge gärna exempel
- Beskriv gärna hur terapiformen såg ut rent praktiskt, gick du till en terapeut fysiskt eller på distans? Hur fungerade samtalen, var det individuellt eller i gruppform?
- Vad fick du för verktyg/redskap under samtalen och hur fungerar dem? Ge exempel
- Var det något under behandlingen som var nytt för dig, som förvånade dig på något sätt eller som var banbrytande? I sådant fall vad?
- Går du fortfarande någon av terapiformerna?
- Jämför ditt beteende nu med innan du startade med beteendeaktivering som terapiform, hur kan du se att det har ändrats? Ge gärna exempel!
- Genomförde du annan kompletterande behandling tillsammans med beteendeaktiveringen (ex. medicinering, samtalsstöd etc.)

9.3 Samtyckesblankett

Samtycke till deltagande i examensarbete vid Samhällsvetenskapliga fakulteten

Jag samtycker till att medverka i “Beteendeaktivering vid mental ohälsa - unga vuxnas erfarenheter - En kvalitativ studie om respondenternas egna utsagor”.

Information om personuppgiftsbehandlingen

Om du samtycker till deltagande i studien kommer du att bli ombedd att delta i en intervju där vi kommer att fråga om dina erfarenheter och tankar kring behandling inom beteendeaktiverande samtalsterapi. Vi kommer att respektera din integritet och vi försäkrar dig om att all information som du delar med oss behandlas konfidentiellt. Resultaten kommer endast att användas för forskningsändamål och presenteras anonymiserade så att ingen kan identifiera dig i publikationer eller rapporter baserade på studien. När studien är publicerad kommer det insamlade materialet att raderas.

Vi delar inte dina personuppgifter med tredje part. Ditt namn, adress eller kontaktuppgifter kommer inte inkluderas i studien.

Lunds universitet, Box 117, 221 00 Lund, med organisationsnummer 202100-3211 är personuppgiftsansvarig. Du hittar Lunds universitets integritetspolicy på www.lu.se/integritet

Du har rätt att få information om de personuppgifter vi behandlar om dig. Du har också rätt att få felaktiga personuppgifter om dig själv rättade. Om du har klagomål på vår behandling av dina personuppgifter kan du kontakta vårt dataskyddsbud via dataskyddsbud@lu.se. Du har även rätt att inge klagomål till tillsynsmyndigheten (Integritetsskyddsmyndigheten, IMY) om du tycker att vi behandlar dina personuppgifter på ett felaktigt sätt.

Jag samtycker till att medverka i “Beteendeaktivering vid mental ohälsa - unga vuxnas erfarenheter - En kvalitativ studie om respondenternas egna utsagor”.

Ort	Underskrift
Datum	Namnförtydligande