

Catharina Abrahamsson
Bodil Nordling

Från ångest till trygghet

Patienters upplevelser efter KBT-behandling i grupp

From anxiety to feelings of perceived security
Patients experiences after CBT group treatment

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet
i kognitiv och beteendeorikterad terapi
90 högskolepoäng

Datum/termin: 2016-12-20, termin 6
Handledare: Torsten Norlander
Examinator: Anders Hammarberg

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka vilka komponenter och interventioner som har upplevts betydelsefulla av patienter som uppnått diagnostiska förbättringar efter genomförd KBT-behandling i grupp för individer med ångestproblematik. I en kvalitativ studie intervjuades 7 patienter (5 kvinnor och 2 män) från två vårdcentraler i Borås efter att de deltagit i KBT-gruppbehandling. För att analysera materialet användes EPP-metoden (The Empirical Phenomenological Psychological Method; Karlsson 1995) som resulterade i 41 kategorier som sedan kunde delas in i 9 mer övergripande indexkategorier som alla beskrev komponenter och interventioner som varit viktiga för att bidra till förbättrat mående avseende respondenternas ångest. Ur materialet framkom tre teman som verkar nödvändiga att ha med i en gruppbehandling och som också blev viktiga komponenter att integrera för att skapa trygghet, nämligen (a) Att dela med andra, (b) Kunskap och (c) Strukturer. Sammankopplingen av dessa teman visade att det som respondenterna beskrev som verksamt i gruppbehandlingen var att den skapade en process som ökade tryggheten och som gav individen viktiga byggstenar som sedan kunde användas och vidareutvecklas.

Nyckelord: KBT, gruppbehandling, trygghetskomponenter, trygghetsprocess, ångest

Abstract

The aim of the present study was to examine the components and interventions that have experienced significant by patients who achieved diagnostic improvements after a group CBT treatment for individuals with anxiety problems. In a qualitative study 7 patients (5 women and 2 men) from two primary health clinics in Borås was interviewed after participation in the CBT group. For analyzing the material, the EPP method (The Empirical Phenomenological Psychological Method) designed by Karlsson (1995) was used, resulting in 41 categories which could then be gathered into 9 more comprehensive index categories that each described components and interventions that have been of importance for contributing to better well-being in regard to respondents' anxiety. The material revealed three themes that seem necessary to have in group therapy and also became important components to integrate in order to provide perceived security, namely (a) to share with others, (b) knowledge and (c) structures. The interconnection of the themes showed that the respondents felt that the effective ingredient in group treatment with CBT was that it started a process that increased feelings of perceived security and thereby gave them important building blocks which they then could use by themselves and further develop.

Key words: CBT, group treatment, perceived security components, perceived security process, anxiety

Förord

Vi har valt att utvärdera gruppbehandling med KBT vid ångest eftersom en av oss arbetar i den verksamhet som bedrivit gruppbehandlingen och har också varit en av gruppledarna. I samband med utvärderingar vid varje grupps avslut har framkommit resultat som visar på mycket god effekt av behandlingen. Det väckte en nyfiken på att vilja förstå mer om vad som hade bidragit till dessa resultat och vad som faktiskt hade upplevts hjälpsamt med gruppbehandling ur ett patientperspektiv.

Vi vill särskilt tacka de deltagare från grupperna som så generöst ställde upp med sin tid och sina berättelser om sina erfarenheter av behandlingen och som på det sättet möjliggjorde den här studien. Stort tack också till vår handledare professor Torsten Norlander som med god struktur, kunnsighet, humor och mycket uppmuntran har väglett oss genom arbetet.

Inledning

Den psykiska ohälsan har de senaste åren ökat lavinartat i Sverige. Ångestsyndrom och depression är de vanligaste psykiatriska diagnoserna (Försäkringskassan, 2016) och tillhör nu de stora folksjukdomarna (Socialstyrelsen, 2010). Psykisk ohälsa är också en av de vanligaste orsakerna till att personer i arbetsför ålder i Sverige står utanför arbetsmarknaden.

Försäkringskassan (2016) uppger att mellan åren 2010 och 2015 ökade antalet nya sjukfall med 98 000 och utav dessa var 57 000 sjukfall med psykiatriska diagnoser. Vid Socialstyrelsens utvärdering 2013 var kostnaderna för den psykiska ohälsan nästan 70 miljarder per år i utgifter för vård och omsorg och förlorade arbetsinsatser och utgjorde 40 % av sjukförsäkringskostnaderna (Socialstyrelsen, 2013). Socialstyrelsen konstaterar också att om inte dessa personer som drabbats av ångest och depression får adekvat hjälp finns stor risk för försämringar, långvariga sjukdomstillstånd och bestående funktionsnedsättningar som följd. Huvuddelen söker och får sin behandling inom primärvården (Socialstyrelsens, 2010).

Socialstyrelsen skriver vidare att *”Med ångestsyndrom menas att flera symtom på ångest förekommer samtidigt och med viss varaktighet. Vid ett ångestsyndrom är ångesten så svår att den leder till stora inskränkningar i det dagliga livet eller till andra funktionsnedsättningar.”* (Socialstyrelsens, 2010, sid.14). Enligt diagnosmanualen DSM-V är ångestsyndromens gemensamma drag att man har en överdriven rädsla och ångest som påverkar beteende på ett negativt sätt och som har kroppslig påverkan i form av hjärtklappning, hastig andning, yrsel, matthetskänslor, muskelspänningar och dylikt. Vid ångestsyndrom handlar rädslan om att på olika sätt förutse framtida hot snarare än att hantera riktiga och överhängande hot. Ångest är ofta associerad med muskelspänningar, vaksamhet för framtida risker och undvikande beteenden. De diagnoser som ryms inom ångestsyndrom skiljer sig från varandra beroende på vilken typ av föremål eller situationer som inducerar rädsla, ångest, eller undvikande beteende, och de tillhörande tankarna (American Psychiatric Association, 2013). De främsta typerna av ångestsyndrom är till exempel generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, tvångssyndrom och social ångest. Utlösande är ibland psykosociala påfrestningar och livshändelser, men förekommer också utan tydlig relaterbar anledning eller som ett resultat av en somatisk sjukdom (Socialstyrelsen, 2010).

KBT (Kognitiv Beteende Terapi) är den behandling som står som rekommenderad av socialstyrelsen vid flera av diagnoserna som finns under ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2010).

Socialstyrelsen har rangordnat psykologisk behandling, framför allt KBT, högt vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av depression och ångestsyndrom. Huvudskälet till detta är att KBT har god till mycket god effekt på symtom och funktionsnivå, både på kort och på lång sikt (Socialstyrelsen 2010). KBT rekommenderas som behandling för ångest och depression i flera länder bland annat i Kanada av Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) och i Storbritannien av The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2009) (Söchting, 2014). Vad gäller gruppbehandling vid ångest så skriver man att den har evidens för barn och ungdomar, men för vuxna saknas tillräcklig forskning (Socialstyrelsen 2010).

KBT är en strukturerad och handlingsorienterad terapi med konkreta mål. Behandlingen fokuserar på att hitta utlösande och vidmakthållande faktorer och att förändra de tankar och beteenden som dessa består av. Terapeuten och patienten arbetar i ett lag med transparens sig emellan. Behandlingen innefattar hemuppgifter, experiment och exponeringar ofta i den miljö där patienten befinner sig (Öst 2013). Huvudprinciperna i beteendeterapi är exponering som leder till utsläckning av ex ångestreaktioner och i kognitiv terapi är huvudprincipen kognitiv omstrukturering dvs. att förändra tankar och tolkningar. Mindfulnesssträning och ACT (Acceptans and Commitment Therapy) är en ny riktning inom KBT som fokuserar kring acceptandet av tankar och upplevelser snarare än att förändra dem (Söchting, 2014). Att individuell behandling har evidens och rekommenderas gör det till den vanligaste behandlingsformen för ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2010). De flesta patienter väljer individuell behandling framför grupp om valet finns, också för att det finns många negativa föreställningar om grupper, som kommer inte minst från media och film. Skam och skuld som omger problemet kan vara en annan svårighet när man ska välja en gruppbehandling. (Söchting, 2014).

Är gruppbehandling verkligen lika effektivt som individuell behandling, frågar sig forskare i flera studier. Bieling, McCabe och Anthony (2006) menar att redan på slutet av 70-talet beskrev till exempel Aron Beck hur man kunde använda grupper, då främst i depressionsbehandling. Skälet var då som nu att det var tids- och kostnadseffektivt. När det gäller flera ångeststörningar finns det betydande vetenskapligt stöd för att gruppmetoderna är både ändamålsenliga och effektiva. Shaffer et. al (1981) utvärderade effekten av gruppterapi och individuell KBT för depression och ångest. Resultatet från den studien visade på att oavsett om

man deltar i grupp eller individuell terapi så verkar det vara lika effektivt för att reducera symtom på depression och ångest. Den studiens slutsats blev att ur kostnadssynpunkt är det bättre med gruppterapi vid medelsvår ångest och medelsvår depression. Söchting (2014) beskrev olika jämförelsestudier mellan grupp och individuell terapi. Detta har fått olika resultat för olika diagnoser bland annat ångestsyndromen. De diagnosgrupper som har haft bäst utfall menade Söchting är personer med generaliserat ångestsyndrom och panikångest och drog slutsatsen att socialfobi inte var det som var mest framgångsrikt att behandla i grupp, men att utfallet blev bättre om man blandade dessa med personer med panikångest. Personer med panikångest är den ångestkategori som är mest öppna för gruppformatet och det har visat sig att avhoppet i individuell behandling är större än i gruppbehandling. Chamberlain och Norton (2012) genomförde en utvärdering där man undersökte de individuella behandlingseffekterna av att ha deltagit i en transdiagnostisk KBT-gruppbehandling för ångest. Studien visade att behandlingsresultaten inte påverkades negativt av att man blandade olika diagnoser inom ångestspektrat.

Varför är KBT i grupp hjälpsamt vid ångestsyndrom och vilka är de hjälpsamma komponenterna? Söchting (2014) och Bieling, McCabe och Anthony (2006) som har lång erfarenhet av arbete med gruppterapi och utveckling av gruppbehandling och behandlingsmanualer för grupper vid olika diagnoser, ser som huvudargument för gruppterapi att det erbjuder både effektiv symtomreduktion och främjande av individuella resurser på ett sätt som är svårt att få fram i individualterapi. KBT behandling i grupp handlar om lärande och upplevelser och har som mål att lindra symtom och att återupprätta bästa möjliga funktionsnivå och livskvalitet. För att göra detta behövs en grundläggande struktur gällande gruppstorlek, tid, plats, struktur på tillfällena och innehåll. När CBTG (Cognitive Behavioral Group Therapy) är som bäst så har den mycket att erbjuda patienterna, menar Söchting. Den erbjuder effektiv hjälp med specifika problem till exempel rädsla (ångest), deltagarna får också erfarenheten att de inte är ensamma i sina rädslor och framförallt så uppfattas de av andra som vanliga och hälsosamma personer och inte som sin diagnos (Söchting 2014). Unika fördelar med gruppformatet menar Söchting är att gruppen bidrar till en känsla av att höra hemma, bryta social isolering och minska känslan av att man tillhör en marginaliserad grupp och känner stigmatiseringen som omger psykisk ohälsa. Öppenhet, acceptans och hopp ersätter ångest och skam genom att gruppdeltagarna möts (Söchting 2014). Skillnaden mot i individualterapi är också att deltagarna

får en chans att få en meningsfull anknytning till ett sammanhang vilket är ett odiskutabelt psykologiskt faktum att människor mår bättre av. Med den ökade sociala isoleringen i västvärlden så kan en gruppbehandling alltså erbjuda så mycket mer än symtomreduktion (Söchting 2014).

I grupp interagerar medlemmarna med varandra vilket erbjuder viktiga tillfällen till inläring och informationsutbyte (Sandahl 2008). Det gör det effektivt och utvecklande med lärandet i grupp och vidareutvecklas genom individpassade hemuppgifter, där man i samtal gemensamt i gruppen kan förstärka det som varit framgångsrikt (Sandahl 2008). Det är förstärkande att arbeta med hemuppgifter i grupp eftersom gruppmedlemmarna kan stärka och uppmuntra varandra i att utföra sådant de kanske först inte trodde att de kunde (Söchting 2014). Viktiga terapeutiska faktorer har visat sig vara att deltagarna i gruppen ger och tar emot stöd. Sandahl (2008) skriver att upptäcka altruism (det egna bidraget kan vara till stöd för andra och att man har något att tillföra andra) och universalitet (insikt om att man inte är ensam om sitt problem) har för vissa en mycket stor betydelse. Utbyte av information och råd samt att kunna identifiera sig med varandra, att se likheter och olikheter, dela erfarenheter och varje individs lärande om sig själv som sker i en grupp anses vara viktiga komponenter (Sandahl 2008) som de traditionella tidigare KBT-grupperna inte har lagt så stor vikt vid (Free 2007). När KBT kom in på gruppbehandlingsarenan så förespråkade man ett strukturerat förhållningssätt med specifika behandlingsmanualer för varje diagnos. Deltagarna förväntades bli bättre med hjälp av innehållet i gruppbehandlingen snarare än av processen (Söchting 2014). Utveckling har allt mer kommit att handla om att linjen inte är så tydlig mellan innehåll och process. Enligt Söchting arbetar de flesta erfarna grupptherapeuter mer enligt modellen att låta både innehåll och process få ta plats.

Att delta i grupp leder också till att deltagarna ökar sin kognitiva förståelse av känslomässiga erfarenheter. Det sker genom ett lärande om hur man är med andra när man i gruppen skapar möten som är känslomässigt betydelsefulla och autentiska. Man lär sig att kommunicera bättre (Sandahl, 2008). Att kanske för första gången få bekräftelse från en jämlike gör gruppbehandlingen till en unik chans att ge och få konstruktiv feedback och man kan sätta fokus på att ersätta mindre hjälpsamma färdigheter och lära nya (Söchting, 2014). Sandahl (2008) menar också att deltagandet i det sociala systemet som en grupp utgör blir en del av den terapeutiska interventionen. Upplevelser och beteendetryck formas av det sociala system man är en del av och det ligger nära till hands att man också kan använda sig av dessa system, det vill

säga grupper, för att lära om och utveckla nya sätt att handskas med omvärlden. Erfarenheterna från gruppen integreras. Genom de andra i gruppen upptäcker man andra sidor av sig själv. Ser likheter där, man minst anar det och olikheter där man tänkte att man var lik den andre. När en terapigrupp utvecklas till ökad grad av öppenhet och tillit blir det till en erfarenhet som inte är lik någon annan i livet. Man kan pröva nya sätt att vara och säga nya saker eftersom gruppen inte har några andra band emellan sig. Till skillnad från i individualterapi blir gruppterapi mer lik det verkliga livet eftersom man är medmänniskor som delar samma villkor. Det har hävdats att gruppen är en helhet som är något mer än summan av det som varje individ bidrar med (Hinshelwood, 2007). I gruppen kan man lära sig hur andra reagerar på det egna beteendet och i förlängning också hur samhället reagerar vilket gör att man får andra perspektiv på sitt sätt att vara och sin roll. Litteraturgenomgången utifrån forskarnas perspektiv kan sammanfattas med man i olika studier och genom klinisk erfarenhet har sett att de viktigaste aspekterna av gruppterapi är hur deltagarna interagerar och använder sig av varandra samt att lära sig nya strategier för hantering av sitt problem (Bieling, McCabe & Anthony 2006).

Kognitiv beteendeterapi i grupp (CBTG) kan komma att spela en viktig roll för att kunna erbjuda effektiva terapier för psykisk ohälsa med större tillgänglighet och till en lägre kostnad. Inom offentliga hälso- och sjukvårdssystemet kan gruppterapi erbjuda betydande kostnadsbesparingar och effektivitetsvinster utan att kompromissa med effektiviteten (Bennett-Levy, Richards & Farrand, 2010). I både USA och England har man gjort omfattande undersökningar av kostnadseffektiviteten med KBT-behandlingar individuellt och i grupp. I USA konstaterade man att KBT i grupp kunde erbjudas till mindre än halva kostnaden för individuell behandling och till en fjärdedel av kostnaden för medicinsk behandling. Anledningen till att dessa resultat inte förts fram tydligare, tror Söchting (2014) är bristen på tränade gruppterapeuter och svårigheten att forma grupper, särskilt på mindre orter.

De flesta patienter ställer sig någon gång under en behandling frågan om vad det är de är med om och hur det påverkar dem. Frågan är vad de tycker är mest hjälpsamt? Under lång tid har man varit dålig på att efterfråga den kunskap som patienterna besitter och låta den påverka behandlingen. Det finns en hel del forskningslitteratur om patienternas syn på psykoterapi framför allt inom individualterapi (Werbart, Lillengren, & Philips, 2008) men dessa undersökningar tillmätts ofta mindre vikt än randomiserade och kontrollerade studier. Werbart, Lillengren och Philips (2008) hävdar dock att patienterna själva är de bästa bedömarna av sin

process och sina erfarenheter. Carey et al. (2007) undersökte via en kvalitativ studie ur patienters synvinkel vad psykologisk förändring är och hur den visar sig. De menar att frågor kring förändringsprocessen ofta har fokuserat på att förstå vad som varit verksamma faktorer snarare än på patientens roll och upplevelse som antingen underbetonats eller helt ignorerats. I sin studie erbjuder Carey et al. (2007) ett nytt perspektiv genom att dessa beskrivningar av förändring kommer från personer som har upplevt förändring snarare än från andra källor och att de i sina åsikter inte var påverkade av andra förändringmodeller. Det framkom att deltagarna beskrev sin förändring som en process som involverar plötsliga identifierbara ögonblick och gradvisa element snarare än en process som går i stegvisa sekvenser. De visade på att förändring inträffar inom tre områden; känslor, tankar och handlingar. I studien fann man sex teman kring hur förändring inträffar, det var genom motivation och beredskap, upplevda aspekter av sig själv, verktyg och strategier, inläring, interaktion. I Carey et al.s (2007) studie hänvisar deltagarna till olika verktyg och strategier som hjälpte till att åstadkomma förändringar. Dessa inkluderade avslappningstekniker, dagböcker, aktivitetsdiagram, information, hemuppgifter som fastställts av terapeuten och medicinering. Med det möjliga undantaget av medicineringen så var dessa verktyg ett sätt där deltagarna ansåg sig kunna få kontroll över sin situation. Ett antal deltagare identifierade lärande som en nödvändig del av förändringsarbetet. Några hade fått nya insikter om sig själva, några hade lärt sig ett annat sätt att se på sin situation och några hade blivit medveten om roten till sina problem. Några kunde också beskriva att det var viktigt med ett lärande som var praktiskt och interaktivt, att man fick öva och uppleva i praktiken (Carey et al., 2007).

En studie (Binder, Holgersen, & Nielsen, 2009) intervjuade 10 patienter som upplevt sig hjälpta av terapi om vad de upplevde som bidrog till det goda resultatet. Patienterna hade erfarenheter av olika inriktningar såsom psykodynamisk terapi, KBT och psykoanalys. Binder, Holgersen och Nielsen (2009) kunde se fyra teman i hur deltagarna beskrev förändringsprocessens beståndsdelar, nämligen (a) att vara i relation med en klok, varm och kompetent professionell terapeut, (b) att vara i en kontinuerlig relation när man lider och har känslor av inre diskontinuitet, (c) att få sina antaganden och föreställningar om sig själv och sina relationer och sin värld korrigerade och slutligen (d) att skapa ny mening och se nya mönster. Binder, Holgersen och Nielsen (2009) kunde också se att i linje med fynd från andra kvantitativa studier fanns det indikationer på att terapeutens förmåga och kommunikativa kompetens är en

viktig faktor för resultatet i terapin. Flera studier har visat (Werbart, Lilliengren och Phillips 2008) att de verksamma komponenterna i psykoterapi, som gjort att patienterna uppger en upplevelse av att vara nöjda, handlar om att känslor har blivit mer begripliga, att de har fått verktyg för att hantera sin ångest och stress och att förändringar på ett område ledde till förändringar i andra delar av livet. Viktigt var också att motivationen fanns hos patienten och att patienten själv var aktiv medan terapeuten gav strukturen som möjliggjorde att ett konstruktivt arbete kunde ske. En annan viktig aspekt som bidrog till nöjdhet och förändring var att de hade skett en normalisering av problemet genom att terapeuten gett förklaringar till hur problemet uppstått. Tydliga målsättningar, övningar och exponering var också bidragande till effekten.

Vid en ytlig granskning kan det tyckas som att forskarna, de professionella och patienterna har samma uppfattning om vad som har varit verksamt och bidragit till förändring vad gäller terapi generellt, och det finns flera gemensamma komponenter som man tar fram som viktiga. Trots att mycket av psykoterapiforskningen har förändrats så använder de flesta kvantitativa studier olika kategorier och begrepp som överensstämmer med forskarens egen teoretiska förförståelse och sätt att förstå och beskriva förändring (Binder, Holgersen & Nielsen, 2009). Det är mycket färre explorativa, kvalitativa studier utan fördefinierade kategorier. APA:s (American Psychological Association, 2006) rapport om evidensbaserad praktik i psykologi menar att den kvalitativa forskningen kan stärka relationen mellan praktik och forskning genom att beskriva subjektivt självupplevda erfarenheter från de som deltagit i psykoterapi och att det kan leda till att man bättre kan identifiera parametrar som kan maximera den kliniska effekten av behandlingarna. Genom att fråga deltagarna själva så kan dessas egna perspektiv bidra till att utveckla nya och mer erfarenhetsnära teoretiska metoder, så att behandling i framtiden kan utföras på ett sätt som mer överensstämmer med patientens perspektiv och förståelse vilket rimligen kommer att bidra till mer positiva behandlingsresultat (Binder Holgersen & Nielsen, 2009).

De studier vi har stött på som har undersökt patienternas egna upplevelser är endast en handfull och har handlat om erfarenheter av individualterapi. Studier som kvalitativt analyserar patienters perspektiv i gruppbehandling är svåra att finna. Så trots att gruppbehandling innehåller komponenter som individualterapi saknar, såsom att det anses som mer kostnadseffektivt i förhållande till behandlingsresultat (Söchting 2014), så har man ännu endast i liten utsträckning undersökt hur de som deltar i grupp upplever terapin och vad de finner hjälpsamt.

I den här studien har vi tittat på två vårdcentraler i Borås där man under 2 år erbjudit kognitiv beteendeterapi i grupp för patienter som diagnostiserats med någon form av ångestsyndrom. Gruppbehandlingarna visade på goda resultat vid de skattningar som gjorts i samband med avslut av respektive gruppbehandling. I den aktuella studien var syftet att undersöka deltagarnas upplevelser av vad som varit hjälpsamma interventioner och komponenter i gruppbehandling med KBT vid ångest, för att se om det fanns aspekter av att behandlingen skedde just i grupp som de upplevde som ett mervärde. Det var också viktigt att det var deltagarna som själva upplevt förbättring som fick beskriva komponenterna i den. Förhoppningen med studien är att den ska kunna bidra till utveckling och förbättring av gruppbehandling med KBT.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka vilka komponenter och interventioner som har upplevts betydelsefulla av patienter som uppnått diagnostiska förbättringar efter genomförd KBT-behandling i grupp för individer med ångestproblematik.

Metod

Deltagare

Deltagarna i den aktuella studien var 7 patienter (2 män och 5 kvinnor) i åldrarna 21–61 år som medverkat i KBT-behandling i grupp för individer med ångestproblematik. Patienterna rekryterades genom att fråga deltagare från behandlingsgrupper i Västra Götalandsregionen om medverkan. En förutsättning var dock att de vid gruppstart enligt Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983) var diagnostiserade att ha klinisk depression och ångest eller enbart ångest, men att de vid gruppbehandlingens avslut inte längre kunde kliniskt diagnosticeras som att ha depression eller ångest. Av de sju respondenterna var tre sjukskrivna under behandlingen i grupp (två på heltid och en på halvtid), men hade vid intervjutillfället återgått helt till arbete. Vad gäller de fyra deltagare som under pågående gruppbehandling var i arbete hade två av dessa tidigare varit sjukskrivna. I denna studie benämns deltagarna fortsättningsvis som respondenter.

Design

Gruppbehandling med KBT som metod för patienter med ångest genomfördes under perioden september 2014 till januari 2016 med sju behandlingsgrupper rekryterade från vårdcentralen Herkules och Brämhults vårdcentral i Borås, Västra Götalandsregionen. Patienterna valdes ut dels på rekommendation från deras behandlande läkare, dels från inkommande remisser för samtal. Alla patienter har varit aktuella på primärvårdsnivå.

Gruppbehandlingen genomfördes vid 6 tillfällen a´1,5 tim. Intentionen var att träffas 1 gång i veckan de första 5 tillfällena för att därefter ha ett uppehåll på 2–3 veckor innan sista tillfället. Varje gruppstillfälle hade ett tema och varje gång förekom också en kortare avslappnings- eller mindfulnessövning. Tema för gruppstillfällena var:

Tillfälle 1. Introduktion och presentation av kursen. Skattningar av depression och ångest genomförs. Introduktion till andningsövning. Genomgång av situationsanalys/funktionsanalys (Mörch & Rosenberg, 2006). Hemuppgift där deltagaren får genomföra situationsanalys på minst en situation.

Tillfälle 2. Vad är ångest, diagnostiskt, fysiologiskt och tankarnas påverkan. Hemuppgift: fortsätta med situationsanalys

Tillfälle 3. Avspänning och mindfulness. Pröva och känna på olika sätt och tekniker för avspänning.

Tillfälle 4. Beteendexperiment. Genomgång av situationsanalysen och diskussion gemensamt och enskilt hur varje deltagare kan gå vidare, utmana eller testa. Gör en plan för detta.

Tillfälle 5. Deltagarna fortsätter och tittar på hur det har gått med plan från förra veckan. Lärdomar från detta. Fin slipar, jobbar vidare eller lägger förnyad plan för nästkommande 2–3 veckor.

Tillfälle 6. Avslut, vidmakthållande, nya skattningar, utvärdering.

Genomförande av datainsamlingen

Urvalet gjordes bland deltagare från olika behandlingsgrupper som enligt HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) före behandlingen uppfyllde kriterierna för klinisk depression och ångest eller enbart ångest, men som inte uppnådde dessa kriterier efter avslutad gruppbehandling. Inför studien tillfrågades de tio personer som skattat att de sjunkit mest på HAD efter behandlingen genom att de först kontaktades via brev (se bilaga 2) och sedan efter någon vecka

ringdes de upp för att tillfrågas om medverkan i studien och för att boka intervjutider. I samband med detta avböjde tre av de tillfrågade att delta. Det blev således sju personer, två män och fem kvinnor som tackade ja till studien. Andelen män stämde väl överens med den procentuella fördelningen av män (cirka 30 %) i grupperna.

Ostrukturerade intervjuer användes med endast en öppen fråga: ”Du har genomgått en gruppbehandling för ångest – vad känner du för det?” Respondenterna fick sedan utveckla tankar och funderingar helt fritt. Varje intervju var 60 minuter lång och spelades in för att sedan kunna transkriberas ordagrant till ett textdokument. Vid ett av intervjutillfällena var två intervjuare närvarande men i de övriga fallen var det en intervjuare och en respondent. Det skiljde 2 – 12 månader mellan hur länge sedan det var man avslutade sin gruppbehandling och till det att de intervjuades. I samband med intervjuerna fick alla respondenter göra om HADs-skattningen (Hospital Anxiety and Depression Scale) och alla skattade ytterligare förbättringar.

Databearbetning

För att analysera materialet användes EPP-metoden (Emperical Phenomenological Psychological Method) utformad av Karlsson (1995). Enligt metoden skall forskaren inte ha färdiga frågeställningar och kategorier utan kategorier skapas helt utifrån materialet. Intervjuerna skrevs ut ordagrant från ljudupptagningarna och enligt EPP-metoden granskades materialet sedan i följande 5 steg:

Steg 1. Varje enskild intervju lästes igenom upprepade gånger av båda författarna för att få en god överblick över materialet. Som Karlsson beskriver är det viktigt att få en överblick över materialet och att ta in texten med så liten förförståelse som möjligt (Karlsson, 1995). EPP-metoden utgår ifrån att så långt det är möjligt släppa egna hypoteser och teorier och låta materialet tala. Karlsson påtalar svårigheten med att vara helt utan förförståelse. I den aktuella studien handlade det också om olika förförståelse eftersom en av författarna varit ledare i grupperna.

Steg 2. Nästa steg i analysen var att dela in texten i ”meaning units” (MU:s) det vill säga meningsbärande enheter. Karlsson (1995) beskriver att en ny ”meaning unit” börjar där innehållet får en ny mening och det följer inga grammatiska regler. Den enskilda ”meaning unit” står alltid i förhållande till helheten och blir begripliga i sitt sammanhang. I analysen skapades 610 ”meaning units” (senare benämnda som MU:s) av hela materialet.

Steg 3. Nästa steg innefattar att transformera ”meaning units” rådata till ett mer abstrakt språk och att finna en underliggande psykologisk förståelse.

Steg 4. I nästa steg delades de transformerade ”meaning units” in i kategorier som belyser fenomenet ur olika synvinklar. De ”meaning units” som passar ihop läggs under samma kategori och under varje kategori görs en beskrivning av innehållet, en så kallad synopsis. I den här fasen går forskaren bort från den ursprungliga strukturen och skapar en för materialet ny och unik struktur som skall syfta till en ökad förståelse för fenomenet. I den aktuella studien resulterade det i 41 kategorier som sedan delades in i 9 indexkategorier, det vill säga ”överkategorier” som samlade ihop kategorier med likartat innehåll.

Steg 5. Det sista steget innebär att hitta teman i det analyserade materialet. Målet är att nå en mer abstrakt nivå, en ”metanivå”. I denna studie framkom 3 teman om vad som varit verksamt och bidragit till förändring i samband med KBT-behandling i grupp vid ångest. Dessa teman bidrog också till att det var möjligt att se en process som arbetet i gruppen genomgick.

Tillförlitlighet

Ett test utfördes, Norlander Credibility Test (NCT) (Norlander, Blom, & Archer, 2002), som här genomfördes genom att en kategori ur var och en av de 9 indexkategorierna slumpades fram och därefter slumpades ytterligare en kategori fram från de återstående kategorierna. Ur de sammanlagt 10 slumpade kategorierna drogs sedan fem transformerade ”meaning units” ur vardera kategorin. Materialet lämnades sedan över till tre av varandra oberoende bedömare och deras uppgift bestod i att fördela de 50 MU:na på de tio kategorierna. Resultatet av NCT-testet var att en av respondenterna fick 66 % samstämmighet, den andra 72 % samstämmighet och den tredje 76 % samstämmighet. Detta gav ett genomsnittligt NCT-värde på 71 vilket ligger i linje med tidigare publicerade resultat. (t.ex., Edebol, Bood, & Norlander, 2008; Edebol, Nordén, & Norlander, 2013; Niklasson, Niklasson, & Norlander, 2010; Nordén, Eriksson, Kjellgren, & Norlander, 2012).

Etiska överväganden

Cheferna för de två aktuella vårdcentralerna kontaktades och de godkände att patienter som deltagit i gruppbehandlingen tillfrågades för studien (se bilaga 1). De sju respondenterna fick innan intervjuerna information om att alla uppgifter som samlades in under studiens gång skulle

behandlas med sekretess och att ingen enskild person kunde bli identifierad i resultatet. Vidare fick de informationen att de kunde avbryta deltagande i studien när de ville och utan att behöva motivera sig. Respondenterna fick muntlig information vid intervjutillfället och gav i samband med det sitt skriftliga samtycke i ett formulär där även intervjuens syfte beskrevs (se bilaga 3). Helsingforsdeklarationens principer följdes i alla avseenden för att skydda individens anonymitet under arbetet gång och i material som sedan publiceras.

Resultat

De identifierade 610 MU:na delades in efter hur de passade ihop till 41 kategorier som sedan i sin tur kunde grupperas i 9 indexkategorier. Dessa blev: I. Ramen; II. Innan gruppen; III. Grupptiden; IV. Upplevelse av normalisering; V. Konkreta metoder – KBT metoder och strategier; VI. Interventioner för ångesthantering; VII. Bieffekter; VIII. Reflektioner kring gruppen samt IV. Effekter efter gruppbehandlingen.

I denna avdelning redovisas de 41 kategorierna under respektive indexkategori. Varje kategori inleds med en synopsis, en beskrivning av dess innehåll. Synopsen återföljs av exempel på rå-MU, d.v.s. respondenternas ordagranna ursprungliga formuleringar, som har bildat kategorin. Fördelningen i avseende på antal MU, kategorier och indexkategorier visas i Tabell 1.

Tabell 1 här

I. Ramen

1. Struktur och upplägg av grupperna (18 MU). Flera respondenter uttryckte att träffas en gång per vecka vid 6 tillfällen var lagom, någon uttryckte att den gärna hade träffats någon gång till. De flesta tyckte att 1,5 timmar var tillräckligt lång tid per gång. Det var viktigt att tiden var väl avvägd och att man hann med ett bra avslut med en avrundad diskussion. Det framfördes att det var krävande att arbeta med sig själv och att man inte orkade för lång tid. De allra flesta tyckte att det var bra med ett uppföljningstillfälle men om det skulle uppfylla kriterierna för att vara en booster-session kunde det varit bra med längre tid emellan. Sammanfattningsvis så tyckte alla det var bra att det var ett lite längre uppehåll till sista gången. Två har även konstaterat att det fanns teman vid varje tillfälle.

Exempel: "Ja, för jag tror inte att man hade orkat mer och jag tror inte att det skulle ha varit mindre heller för då hade det, ja en och en halvtimme kändes som det var lagom. För du var ganska trött när du gick härifrån."/"Sedan träffades vi ju sista gången och då var det liksom lite uppsamling, och utvärdering om man säger så, nej men det var nog rätt bra att ha den där så inte det kom måndagen därpå utan man fick tänka igenom en del som att allt fick sjunka in om man säger så. Det tror jag nog var bra faktiskt."/"...ja tanken va väl att man skulle ha lite tid och tänka och känna efter och så vidare antar jag och göra en liten utvärdering av det sista då. Ehh så nä det var väl inte så att jag, åsså. Det var väl en eller två veckors uppehåll och det hade väl inte hunnit hända så mycket på den tiden egentligen utan det var väl först senare då som jag började märka skillnad."/"För det var ju liksom lite olika teman för varje gång kan man säga."

2. Gruppstorlek (13 MU). De respondenter som varit med i grupper med 8 deltagare uttrycker att det har varit för stor grupp medan de som varit med i grupper om 4–6 deltagare uttrycker att det har känts mer lagom, att man kände sig trygg och att gruppen blev mer intim. Vid åtta deltagare kändes det otryggt, och det blev för många olika problem och svårt att få tiden att räcka till för alla. Detta bidrog till att man inte öppnade sig så mycket.

Exempel: " Nej, grupp har jag inte större emot, men jag tycker inte att det ska vara så många, åtta är för mycket, en mindre grupp tycker jag några stycken."/"Men jag kände mig, jag kände mig väldigt trygg. Vi var väl aldrig mer än fyra nån gång?"/"Och sen som vi sa där en lagom grupp med då. Det skulle vart 5, 6 stycken då. Nä det tyckte jag var bra allting faktiskt."

3. Målgrupp (5 MU). Alla uttryckte att det var positivt att det var blandade åldrar och kön. Oavsett ålder uppskattade respondenterna att det fanns någon med från en annan åldersgrupp än den man själv tillhörde. Viktigt att se att det var personer från olika målgrupper.

Exempel: "-...nä men det var väldigt, jag tycker den var ganska spridd, det var män och kvinnor, det var ganska olika åldrar, jag var väl bland dom yngre absolut, ja det var, man fick se det var väl vanliga personer med vanliga jobb som hade liknande problem också då."/"Nån som va 40- 50 och nån som va 60 kanske och så 20 års åldern och 30 så, det är liksom inte bara för att man är ung och osäker eller liksom eller vad det kan va. Så det va man ser att även vuxna människor om man säger så kan också ha dom här problemen så det var positivt att det va olika. Att det inte bara va en, vissa åldersgrupper eller så där..."/" och att vi var blandade åldrar tyckte jag också var väldigt bra."

4. Individuella samtal före, under, efter (17 MU). Ett individuellt samtal med en gruppleddare innan gruppstart menar flera kunde tydliggöra vad man ville få ut av gruppen och hade varit hjälpsamt för att kunna våga öppna sig mer. Ett par respondenter hade önskat individuella samtal medan behandlingen pågick då det hade kunnat balansera rollerna i gruppen och att alla hade fått lika mycket utrymme och bekräftelse och mer belysning på sitt specifika problem. En person uttryckte att det inte fanns något behov av individuellt samtal alls, medan en respondent uttryckte att den vill ha samtal individuellt efter gruppbehandlingens slut.

Exempel: "...det tror jag hade varit lite bra faktiskt. Man kanske skulle haft det i början ett möte själv och sedan i slutet ett möte själv för att se hur har det liksom fungerat"/"Jag saknade faktiskt att någon gång få en egen tid med er att bolla saker med er alltså kanske bara en gång för att få ytterligare mer bekräftelse och för att ytterligare mer fokus på mig och fokus på den panikångest som jag hade, det hade jag nog gärna önskat."/" Så vad man vill och vad man sådär... med gruppen och sådär-Så det hade varit bra att få... formulera det?"/"Men sen så är det väl så för vissa, det beror väl på hur allvarlig ångest man har så kanske det är viktigt att sitta ner med en terapeut själv då och verkligen bena ut var ifrån det kommer. För mig var det nog ganska så lätt, inte lätt men jag visste nog ungefär vad det kom, berodde på och lite sådär men. Men vissa som hade svårare typ av ångest så kanske man behöver gå in på djupet mer också mer och då kanske man behöver sitta ner själv med en terapeut."/" Nu fick vi ju fylla i det här papperet för att se var vi låg i våra, alltså depression och ångest och allt det här men det hade nog varit bra om man hade gjort det och sedan träffats en gång till och kanske då haft ett lite mer enskilt samtal. Så någon mer gång hade nog inte varit fel och då hade kanske räckt med en kortare tid om man hade lagt upp det så. En kortare uppföljning."

II. Innan påbörjad gruppbehandling

5. Inställning innan påbörjad gruppbehandling (14 MU). Samtliga respondenter uttryckte att man upplevde sig tveksam till gruppbehandling allra först. De uttryckte att de kände rädsla och osäkerhet över att öppna sig i en grupp. Flera hade svårt att föreställa sig hur det skulle vara och blev då skeptiska vilket alla uttrycker försvann efter första tillfället.

Exempel: "Jag var ju väldigt, jag tror att det var... det var x som ringde mig då våren innan jag skulle få komma på dom här mötena. Då var jag väldigt negativ till det här med grupp."/" Och kände liksom att ja men jag kände nog en rädsla tror jag, att, att liksom outa mig i

en, i en grupp."/ "Först tänkte man lite så här att "jag har inte lust att sitta och snacka med en massa främmande människor om mina problem"/" så där... men jag tycker nog att det gick bra...och liksom alla hade ju förståelse för varandra och så där."/ " ...när jag kom in i gruppen första gången så tänkte jag men guud vad är detta"

6. Reflektioner kring att få hjälp tidigare (9 MU). Här reflekterade personerna över hur det hade varit att få hjälp i ett tidigare skede. Flera säger att de är ganska säkra på att ett erbjudande om gruppbehandling/kurs vid ett tidigare tillfälle hade varit till hjälp. Några säger också att de tror att de sluppit utveckla värre symtom och ökad ångest om hjälpen kommit tidigare i sjukdomen. Några uttrycker funderingar kring om de hade haft svårare att ta till sig behandlingen om de hade mått sämre.

Exempel: "Ja, jag vet inte, jag kanske inte hade kommit till det stadiet med panikångest om jag hade fått hjälp tidigare."/ " .. det vet, det man ju inte så. Men...jag vet, jag vet liksom inte, nu har jag en fantastisk man som ändå hjälpte mig väldigt mycket, liksom höll mig ovanför ytan helt enkelt, men det är klart att det hade gjort skillnad. Jag hade kanske hade mått bättre snabbare om jag hade fått träffa en terapeut eller en grupp tidigare, sen vet man ju inte om man hade mått sämre så kanske man inte hade öppnat sig på samma sätt, man kanske inte hade tagit till sig det. Det vet jag ju inte. Men jag kan ju bara tänka mig att jag hade mått bättre snabbare eller vad man säger."/ "Om jag hade vetat att gruppen fanns och jag hade fått välja hade jag gärna gått den 4 månader tidigare. Då när jag mådde dåligt och var sjukskriven 100 %. Det var krävande att börja arbeta och gå gruppen."/ "Det är svårt att säga men jag tror att det hade varit till god hjälp om man är mottaglig så att säga."

7. Livssituation och mående vid gruppstart (27 MU). Intervjupersonerna beskrev sitt mående innan de påbörjat gruppbehandlingen och att de då hade svårt att kunna hantera stress och ångest. Detta fick som konsekvens att de upplevde att det var svårt att slappna av, hade katastroftankar, kände sig ledsna, oroliga och uppgivna. De beskriver att de inte hade verktyg att hantera sin ångest.

Exempel: "Jag hade ju en ryggsäck med mig då och mådde väldigt dåligt. Jag kände mig som den ensamaste i världen. Den hösten var väldigt jobbigt för mig."/ "Kände att ingen kunde ge mig tröst och att det inte fanns någon framtid för mig. Kände mig gammal fast jag inte var gammal."/ "Jag såg alltid de värsta scenarierna och så har jag gjort hela mitt liv. Men nu var allt kaos och otryggt."/ "Man har inte liksom inte kunnat hantera det, jag har inte vetat vart jag

skulle göra av mina känslor liksom, jag har bara stoppat undan dom."/"/Annars, innan har det ju bara varit att jag är inne i ångesten jag vet inte hur jag ska ta mig ut"/"/Förut om jag hade en ledig dag så kunde jag ligga kvar i sängen och lägga mig under täcket och sova hela dagen. Jag hade ingen lust att göra något och var trött ledsen och så där."

8. Förberedelse för gruppbehandling (8MU). Här framkommer att den behandlande läkarens rekommendation och beskrivning av erfarenhet av andra patienter som deltagit hade stor betydelse för att intervjupersonen skulle våga pröva deltagande i gruppbehandling/kurs.

Exempel: "Jag var nog nöjd med den tror jag, så sett, bra att jag hade gått på den. Jag var lite så där halvsketisk till en början, men blev rekommenderad det av min läkare då och så där och då tänkte jag att 'varför inte', så då testade jag det och det var bra."/"/"Det var ju rekommendation eller så av min läkare då. Jag hade ju vart på nåt läkarbesök och pratat om det och man hade la konstaterat det då att jag hade ångest. Så jag hade fått lite medicinering för det, ångestdämpande. Så läkaren tyckte även att jag skulle testa på sån grupp då. Han hade haft många patienter som hade upplevt det positivt. Å så tyckte han väl att jag skulle testa det också. Då gick jag väl på hans råd, kan man säga."/"/"Först sa ju hon den läkaren där upp på lasarettet att hon skulle rekommendera mig till detta, men då var det nog inte fråga om nån grupp eller nånting utan det var nog att prata med psykolog då. Jag tänkte BRA, dom kanske kan hjälpa mig med nyckeln och sen kom den nog gruppen."

III. Tiden under pågående gruppbehandling

9. Upplevelse under grupptiden (19 MU). Respondenterna tar upp att under grupptiden var det mycket känslor som kom upp till ytan och det var flera personer som ibland blev ledsna. Man lärde sig att förstå egna känslor men också att hantera då andras känslor kom fram. Trots att det var händelserikt och omtumlande med alla känslor så upplevdes grupptiden trygg och harmonisk. Flera beskriver att de var trötta efter varje tillfälle.

Exempel: "Det var så mycket känslor som kom upp det var mycket ångest. Jag var mycket, jätte ledsen, jätte stressad och vad säger man - sorgsen. Det var så mycket sorgsenhet inom mig. För jag har mått så dåligt i så många år"/"/"Ja, jag har haft väldigt stor användning av den och de här tillfällena, fast jag mådde skitdåligt under de här veckorna"/"/"Jag var så speedad jag var så fruktansvärt speedad."/"/"Det var tryggt och säkert."/"/"Man kände en frid och

harmoni under grupptiden."/ "Jag gick flera gånger från gruppen och var helt slut."/ "För det var ju väldigt, man, jag var jättetrött efteråt."/ "Flera gånger gick jag hem efteråt och sov."

10. Interaktion i gruppen (18 MU). Här beskriver respondenterna att det vid varje grupptillfälle fanns möjlighet att ta upp och berätta om det var något man ville diskutera. Detta bidrog till ett utbyte i gruppen och också till att öka insikt kring att ångest kan se ut på olika sätt och att känslor kan ge olika uttryck. Flera säger att det var berikande och att synen på till exempel samtal förändrades. Några tar upp att man i början kunde uppleva osäkerhet kring om man själv kunde bidra med något, men märkte efter hand att man faktiskt hade bidragit. Det som var bra var att man valde själv hur mycket man ville öppna sig, att det var accepterat att öppnas sig så mycket eller lite man ville men också att gruppen ibland kunde vara till hjälp för att våga öppna sig mer.

Exempel: "Det finns många olika sätt att se på saker och ting eller många olika sorters ångest, det finns många olika sätt att ge uttryck för sitt inre eller sina känslor liksom. Det berikade mig som sagt."/ "Jag själv har ju fått en helt annan syn på samtal."/ "Jag tror inte jag är nån sån som tar nån särskilt liten roll i övrigt, men just här kändes det som att, jag gick nog dit med inställningen att jag skulle se va det är och som jag sa att jag va lite skeptisk, att jag känner att det är bäst att lyssna och liksom ta in det alla andra säger så får man väl se själv vad man känner. Men jag känner att jag lärde mig nog mest av att få höra hur andra mår och hur andra har det liksom. Sen så klart att jag berättade om mig också, men kanske inte i samma utsträckning som vissa då."/ "Så gick dom väl lite varvet runt så där och kanske frågade om det var nåt sånt där speciellt."/ "Men alla var ganska öppna efter ett tag om sina problem och pratade om det och det tyckte jag var positivt för det var ingenting som var skämmigt. Nej, och det tyckte jag var väldigt skönt med den här gruppen."/ "Det vet jag inte men jag tyckte att när vi pratade öppet och när vi pratade om olika former då som jag som valt att göra; yoga och andra gjorde andra saker så tyckte jag ändå att man bidrog till vissa saker det tyckte jag att man gjorde."/ "Ja och samtidigt är man ju, om man säger så här människan får ju utgå från sina erfarenheter mycket i saker och ting och är man då fler så har man olika erfarenheter och det är i det som jag känner det blir en dynamik, jag har gått hos psykolog någon gång men det är så ensidigt."

11. Gruppen som rollmodell för att hantera sig själv och andra (8 MU). Här beskriver man att gruppen och gruppledarnas agerande vid olika tillfällen hjälpte till att förstå sig själv, hur

man kan agera på olika sätt och att man även efter gruppen kan gå tillbaka och tänka på hur man i gruppen gjorde i olika situationer. Att se hur gruppledarna och de andra i gruppen tog hand om andra på andra sätt än man själv haft erfarenhet av sedan tidigare. Exempel som tas upp är när andra blev ledsna, att det var ok att få vara det och visa känslor och man som gruppdeltagare inte behövde känna krav på sig att agera. Någon uttrycker att deltagarna i gruppen fungerade lite som terapeuter åt varandra.

Exempel: "Att se någon annan bli ledsen är ju fruktansvärt jobbigt tycker jag och att inte...men jag var inte orsaken till den personens känslor så för mig var det ändå, vad ska jag säga...befriande nej det är inte rätt ord, hur ska jag uttrycka det ... Ja men det var inte min skuld på något sätt. Alltså jag var helt utan skuld, jag kan ju bara vara där i samma rum som den här personen och vi pratade om saker som berörde mig och den personen blev väldigt berörd men då fanns ju alla där plus att gruppledarna var där och dom kunde liksom gå vidare och plocka upp den här personen och att det var okej att känna så här."/"Ja, för då blev det liksom vad ska jag säga fokus på någon annan, jag kunde släppa mina, mitt fokus på min känsla och lägga fokus på den personen en stund. Fast jag tog väldigt illa vid mig, jag menar inte att jag mådde dåligt så, det gjorde jag inte. Jag tyckte att det var jobbigt att se någon annan bli ledsen. Men det är lite grann det som följer mig också att jag har väldigt svårt för att ta när någon är arg jag har väldigt svårt att ta när någon är ledsen eller ... så det var nyttigt för mig också att det händer egentligen ingenting, man måste inte göra någonting, man måste inte reagera på någonting utan det är bara att, man bara är. Det var jättebra."/"Jag ser det så att vi egentligen alla var terapeuter på nått sätt även om vi inte var utbildade. Det blir ju så vem man än pratar med om man pratar med en kompis eller en familjemedlem så är ju den personen en terapeut som man lättar sitt hjärta för lite grann."/"(Gruppen är med)... liksom i mina tankar å ja, men i guppen så pratade vi om det här.."/ "Det är lite så att, jag känner inte dom, jag har inget gemensamt med dom, jag kommer förmodligen inte träffa dom annat än att stöta på dom där vi bor, men man va på en plats i livet och man kom till en annan, och vi va ju med om den resan tillsammans på nåt sätt. Även om det bara va för två månader."

12. Bekräftelse/ validering (22 MU). Det fanns i gruppen ett tillåtande klimat som gjorde att man kände att man kunde öppna sig och att de problem man tog upp togs på allvar. Problem ventilerades och gjordes klarare. Detta medförde att personer upplevde sig förstådda och bekräftade. Intervjupersonerna beskriver att man fick stöd av de andra deltagarna. Det blev

skillnad gentemot att prata med vänner eftersom man kunde känna igen sig i varandra, de gav då mer stöd och feedback till varandra.

Exempel: "Jag har i och med att jag har kunnat prata om, alltså säga det högt, inte bara till mig själv utan till några andra, fått liksom en bekräftelse på att ja men dom här känslorna är riktiga för mig. Ingen annan kan komma och säga såhär att 'Det stämmer ju inte' det är ju mina upplevelser."/ "Och inga tankar va fel... "/ "...och man får känna lite att man är där ensam i sina tankar och man får stöd av nån, nån som inte är terapeut ..." / "Ja men det är väl att jag fick nått form, nån form av stöttning tillbaks och nån form av feedback på va jag, va jag sa.."/ "Ja vad var det, svårt att sätta fingret på men det var väl också att de förstod problemet lite själva, jag kände mig förstådd i mitt problem."/ "Vad som var oerhört svårt annars, men det var väl för att jag har gått å försökt och fundera och hitta lösningar själv under dom här åren som har gått och tror mig att jag har hittat det egentligen och det verkar som att ni hängde ju på det också och vi uteslöt ju faktiskt – torgskräck. Vilket jag ju aldrig hade tänkt på innan och jag köpte det inte riktigt när jag hörde det heller, men ja ja säger läkarna så då är det väl så kanske tycker man då va. Så det var skönt att ni ändå var med mig att vända tillbaka det här egentligen."

13. Gruppledarna (14 MU). Respondenterna tar upp att gruppledarnas förhållningssätt var viktigt för att landa och ta till sig olika metoder och att hålla en struktur som var lugnande. Det som beskrivs som positivt och viktigt gällande förhållningssättet är att gruppledarna pratade lugnt, var närvarande, gav utrymme, fångade upp det som var viktigt, ställde frågor, poängterade acceptans och hade kunskap som kändes gedigen som de kunde förmedla.

Exempel: "Gruppledarna höll ju tiden och sa allt vi skulle göra och det var väldigt skönt det var bara att koppla av, koppla bort allting."/ "Gruppledarna var så lugna och harmoniska och nu efteråt när jag tittar tillbaka så var det helt fantastiskt för det tror jag var det jag behövde för att verkligen få landa."/ "Gruppledarna lyssnade och sedan benade upp det. Det var liksom inte oklarheter att vissa tyckte på ett sätt och andra på ett annat sätt och om vi inte riktigt klarat ut det så tog dom fram papper och penna och så visade på diagram eller stege och då blev det som en annan klarhet och då blev det en klarhet för oss allihopa. Så att alla faktiskt förstod och de var ju för att dom var så lugna och sansade och tog sig tid."/ "Jag tycker att gruppledarna var väldigt närvarande och mjuka på något sätt, så där förstående tycker jag."/ "Jag tycker ju att dom va fantastiskt bra bägge två måste, jag säga det är en jätte stor del i detta, att dom va som ni

va, det funkar ju liksom inte annars. Dom va precis lagom är det första ordet som poppar upp, kunniga, bra, behagliga röster, pratar, duktiga men framförallt var dom lagom.”

IV. Upplevelse av normalisering

14. Normalisering (15 MU). Flera av intervjupersonerna beskriver en upplevelse av normalisering. Intervjupersonen märkte att andra i gruppen också hade ångest och att de kände igen sig i liknande tankar och känslor. Detta medförde att man inte kände sig så avvikande och ensam längre.

Exempel: ”Det stärkte mig, jag blev starkare när jag förstod att ångest, oro och att vara ledsen tillhör vardagen för de flesta medborgare i samhället. Jag kände mig inte lika ensam längre”/”Nä, men det är väl lätt att tänka att man är ensam, att man har problem liksom, Att det är bara jag som känner så, men det är ju fler än man tror och det och även att man hör att det är fler än man tror. Man vet ju inte vilka dom är men när man fick träffa nån som verkligen berättar om det då, då fick man det på papper att då är det verkligen så att det är inte bara jag som känner dom här ångestkänslorna ibland och så här, det är flera.”/”Framförallt tycker jag att det var bra att höra lite andra, andra som pratade, man kunde känna igen sig i vissa så där känslor och grejor och liksom få höra att man inte var den enda som hade problem så sett, det är klart att det är vanligt liksom. Så det tycker jag nog var det bästa.”/”Att liksom...få veta att jag inte är ensam i dom här tankarna.”/”Jo, men det var ju det att få någon form av samhörighet.”/”Tyvärr så är ju ångest nånting som man inte pratar om. Så man känner sig fruktansvärt ensam, och man är den enda i hela världen som har dom här tankarna och känslorna.”

15. Min reaktion är normal (12 MU). Det var viktigt att få veta att de reaktioner man hade inte var onormala. Det gav bekräftelse på att man inte var konstig och ökad insikt att vem som helst kan få ångest och att reaktionen kan vara relevant.

Exempel: ”När jag kom i gruppen förstod jag och dom sa till mig att jag inte var onormal och det var inga onormala reaktioner.”/”...kunde förstå att jag inte var konstig och höll på att bli galen.”/”För att man måste inte ha varit med om nåt jättetraumatiskt, det har ju inte jag varit, men jag mår ändå så här.”/”...det här att men som jag tjar om; att man är inte ensam. Det finns andra som ...Det är liksom inget fel på mig för att jag känner så här eftersom andra känner så är det uppenbarligen en känsla man kan ha. Så före gruppen hade jag väldigt mycket problem med att det var ju, det var ju nåt fel på mig. Jag var ju trasig...”

16. Insikt i andras mående (20 MU). Att få prata och att höra andra berätta om sitt mående ökade insikten och förståelsen för de andra deltagarnas mående. Insikt i att andra mår dåligt och att det kan kännas i kroppen och att känslorna kan se ut på liknande sätt trots att man har olika situationer och problem.

Exempel: ”Ja det var ju lite beröringspunkter fram och tillbaka som man hade där och att se hur andra kan må och alltihopa. Jag tyckte det var bra, det gav mig mycket nycklar för vad jag hade för problem också”/”Ja, jag tyckte att jag fick ett bredare perspektiv om hur människor har det.”/”... det är ju skönt att höra att även äldre som kan verka trygga och så kan va lite oroliga och den biten också.”/”På ett sätt så, man låter ju helt crazy men på ett sätt så berikade det mig. För jag fick lite insikt i andras ska vi säga mående.”

17. Föreställningar om hur man ser ut när man mår dåligt (7 MU). Den här kategorin tar upp att gruppen bidrog till att öka insikten om att det inte går att se utanpå en person hur den mår, vilket flera hade en föreställning om gällande sig själva. Man såg att de andra i gruppen var vanliga personer, att andra i gruppen hade också ångest men såg snygga och fräscha ut trots svåra känslor och kunde förändra sättet att se på sig själva.

Exempel: ”Så För mig va det väldigt nyttigt, att se - men så du mår så men du ser ju inte sån ut kunde jag känna... För att... man ser ju inte på folk hur dom mår invärtes egentligen. Så det var jätte skönt för mig att få se att en vänlig kvinna som liksom, som ser helt okej ut va... mår du så dåligt, jaha det är inte bara jag som mår dåligt.”/”... jag tror att jag, bara för att jag ser en människa som ser glad ut och fräsch ut så tror ju jag att den personen ä sån och ser jag en smutsig neddekad människa så tror ju jag att den personen är sån och det kanske oftast stämmer överens men jag har ju väldigt svårt att fatta att folk kan faktiskt må dåligt och ändå så se bra ut liksom, ändå sköta sitt yttre och sköta sitt jobb. Så det var jätte nyttigt, jätte bra för mig att faktiskt få se att fräscha... ja det var ju en man där, ja alla var ju fräscha och snygga å trevliga på alla sätt liksom, men jaha dom mår inte så bra heller... så det, jag ska inte säga att det stärkte mig, det är fel ord men att ... jag vet inte hur jag ska förklara det... ”/”... och sen nånstans så... jag har väl lärt mig att förstå att det behöver inte va så perfekt”/”En sak som jag tänker på man kan inte se utanpå om en människa mår dåligt eller hur hon mår, det märktes tyckte jag.”

18. Möjligheter att genom gruppen få nya infallsvinklar, erfarenheter och eget bidrag (19 MU). Här beskriver respondenterna att det var positivt att höra andra berätta hur de kände och om deras situation, att andra beskriver och berättar om sina känslor hjälper att förstå

och känna igen sina egna känslor och förstå orsakerna till ångest. Trots olika erfarenheter blir det en igenkänning i känslor som också ökar den egna insikten om egen ångest.

Exempel: ” och det har ju fått mig på nåt sätt att börja bearbeta, eller jag jobbar nog med det mer omedvetet på nått sätt.”/”och sen då att man får, alla har så olika erfarenheter med så olika orsaker till att ha ångest och det ökar min förståelse också.”/”... ja fördelarna är ju då att man kanske får infallsvinklar från varandra.”/”... så hade jag det inte när jag var ung, eller jag hade ju också problem då jag hade också ångest i vissa lägen men jag hade aldrig så svåra saker att gå igenom.”/”Jag gick och funderade på vad folk hade sagt och, vad gruppledarna hade sagt. Inte så att jag liksom tyckte att nu så 'varför sa hon så' absolut inte utan mer att 'ja hon sa så, vad menade hon med det?' Hon sa så, han sa så det var ju ganska, ja det var ju klokt, det var ju bra tänkt. Så då fick ju jag ett bra avslut på dagen på nåt sätt.”

V. KBT metoder och strategier

19. Arbetet med formulär t.ex. Situationsanalys (18 MU)

Genom att arbeta strukturerat med formulär och modeller s.k. situationsanalys/ funktionell analys/ ABC (där man skriver ner konkreta situationer och har kolumner för de tankar, känslor, beteenden som finns och undersöker kort och långsiktiga konsekvenser av sina beteenden) gav det respondenterna en insikt om sambanden mellan sina beteenden och vad som vidmakthåller problemet eller får det att minska. Det ledde också till att flera av dem såg nya möjliga strategier att pröva och/eller gav en bekräftelse på att det man tidigare tänkt var rätt. Flera respondenter beskriver att det var konkret och tydligt och det blev hjälpsamt att se det på Whiteboard och att få använda en pappersmall och själv skriva ner. Det blev också enkelt att använda efter grupptidens slut för att analysera nya situationer som dyker upp.

Exempel: ”Nä men jag tyckte dom var väldigt bra för att det var väldigt enkla saker. Det var liksom inget jättes svårt. Du kunde ta vilken situation som helst och liksom bara sätta dig in i 'ja men, vad är det värsta som kan hända här?' Om du, om du säger så här eller om du gör så eller om du inte gör så. Vad är det värsta som kan hända? Och det kunde du ju i princip applicera på vad som helst”/”Om jag inte går och handlar nu vad händer då? Om jag inte säger nej till den här festen, vad händer då? Om jag säger ja, vem mår sämst då? Det var så enkla... just den övningen tyckte ja om väldigt mycket.”/”Det var när vi benade upp på anslagstavlan hur vi skulle hantera det och gruppledarna gjorde även som en trappstege eller något diagram det

tyckte jag var väldigt bra, det blev mer konkret."/"/"Ja för nu har man fått verktygen nu har man fått mer insikt i det på ett helt annat sätt än när man kom."/"/"Jag har också använt mig av pappret efteråt (PNT) inför beslut eller andra småsaker som händer."

20. Andningen (7 MU). Att lära sig tekniker för att lugna sin andning beskrevs som ett verksamt sätt att hjälpa sig själv både för att ångesten inte ska komma men också för att minska ångesten när den väl kommit. Det blev en ny lärdom att andningen var en del av att problemet förvärrades och att genom att lära sig andas på ett annat sätt så kunde respondenterna bli av med sin ångest. De kunde se att kroppen kunde ta hand om ångesten och sända lugnande signaler. Att lära sig andas skapade lugn och ro.

Exempel: "och andningen och det här som vi fick öva på också när vi var hela gruppen. Och sedan får jag inte den paniken när jag får ångesten så jag känner att jag inte får riktigt lika svårt med andningen när det bryter ut. Jag tyckte att det var jättebra."/"/"Ja och sedan yogan då och att man använder andningen och det gör jag ju, jag tänker till extra på den biten och går på mina yoga lektioner när jag väl är hemma."/"/"Och så var det det här med andningstekniken att få öva på det och tänka på hur man andas. Det har hjälpt mig i mina ångestattacker."

21. Mindfulness och avslappning (20 MU). Mindfulnesssträningen, som några också benämner som avslappningen, beskrevs av respondenterna som hjälpsamt både under gruppstunden för att skapa ett lugnt klimat och komma bort från att prestera, och efteråt som en metod att komma ner i varav och hantera sin ångest. Flera beskrev det som en hjälpsam strategi för att släppa kontroll och hantera sin rastlöshet. Det var också uppskattat för att det är konkret och enkelt och möjligt att tillämpa i sin vardag till exempel på bussen, på arbetet, eller hemma.

Exempel: "Alla kunde ju inte koppla av då givetvis men känslan var då att, men vi gör detta tillsammans. Det var så härligt, en härlig känsla... tycker ja Och sen att man bara kunde koppla bort allt."/"/"Det var så skönt att få nåt konkret "sätt er ner och håll käft " ungefär."/"/"Sån här meditation det är ju nått så suveränt egentligen och det är ju ingen prestation i det. Det är ju snarare tvärtom att hur ska jag klara av att sätt mig ner i 5 minuter utan att tänka på nånting."/"/"Jo det blir en slags prestation men jag ser inte det som att jag måste prestera nånting."/"/"Jag tycker att jag kommer ner, jag kommer ner i lugnet mycket, mycket snabbare" /"Kan sätta mig på en sten ute i skogen eller på en bänk nånstans. Nu ska jag bara va liksom. Det är jättehärligt, så det har jag verkligen fått till mig. Det var liksom ett verktyg som jag verkligen har, som jag

har använt mig av.”/”Kanske att jag tänker lite mer på att andas och lägga märke till mina tår, fötter och kroppen och, det har jag gjort många gånger innan men kanske att jag mer tänker på det och använder det när jag verkligen behöver det.”/”Det var ju också det här med avslappning. Det hade jag inte gjort tidigare. Det var och är fantastiskt. Jag laddade ner en app som jag använder fortfarande.”

22. Psykoedukation, kunskap och fakta (24 MU). Den här kategorin visar på att undervisningen som har getts under grupptiden har haft betydelse för att ge ökad kunskap och fakta där man tidigare saknat det och var utlämnad till sina känslor. Flera beskriver att ökad kunskap ger makt över sitt mående. Detta har lett till större förståelse för hur och vad som triggar igång ångestattacker, hur man kan undvika det och hur man kan minska topparna om ångesten ändå kommer. Någon beskriver fakta delen som avdramatiserande och att den gav ökad förståelse om samband – varför mår jag så här, vad händer i kroppen, vad kan jag göra åt det. Att det fanns fakta och förklaringar till respondenternas dåliga mående var en lättnad och gav också en tyngd till behandlingen som gjorde den seriös och trovärdig.

Exempel: ”Jag är glad att nä men det är nog det, kunskapen om KBT och om ångest. Det har jag tagit med mig tror jag.”/”jag fick så mycket kunskap om ångest och vad det var”/”Veta lite mer om vad som händer i kroppen och vad det beror på så där.”/”Nä men jag ... jag går ju igång på liksom ”ja men det här händer i kroppen då blir det så här” så det var ju mer lite fakta fick jag helt enkelt. Att liksom, sånt här händer .”/”jag har aldrig varit emot det på nå sätt men det har liksom varit en väldigt främmande värld för mig att om du sitter med en kompis på ett fik och berättar vad som har hänt och du öppnar dig. Då blir det ju egentligen bara att du liksom bara pratar ur dig, du tömmer dig men när du kommer i ett samtal med en terapeut eller en psykolog som blir det ju mer att, dom har ju ord på vad du känner och dom har ju mer verktyg och ord och liksom rent fysiologisk ’du känner så här för att det här händer i din kropp’ och det liksom, det har varit väldigt nyttigt för mig, att inte bara få prata av sig, att också få, få liksom stämpeln att ”det händer för att för att... det blir så...”/”Jag tyckte ju att det var himla intressant att få reda på hur kroppen och hjärnan fungerar, jag tycker det. Det var ju liksom bara ahaa ... jag kommer inte ihåg några detaljer på nåt sätt nu men, just det här att kroppen reagerar på ett sätt, hjärnan reagerar på ett annat sätt, hjärnan tänker ju och kroppen reagerar. Eller hur man ska säga, det tyckte jag va otroligt intressant. För man tror ju alltid att det är ett och samma och

det är det ju inte. Det är ju reptilhjärnan och allt detta liksom. Signalerar fara men då springer man liksom fast egentligen behöver man inte det för att man kan tänka rationellt. “

VI. Interventioner för ångesthantering

23. Acceptans (4 MU). Respondenterna beskriver att de erfor att genom att oroa sig mindre för sin ångest blev den mindre. Att istället för att fly den, välkomna den, det gör att den inte kommer så ofta. Oro föder oro medan lugn föder lugn.

Exempel: ”Och när man sedan kan sätta ord på det lite själv så är det ju lättare kan jag tycka då att man kanske kan hantera situationen då och framförallt att man kan acceptera den när du får dina ångestattacker “/ “Det jag märker, nu vet jag, jag kan förutse att jag kan få ångest”/”det var väl det att jag visste, att när det väl händer så vet jag väl hur jag ska hantera det och det blir väl att man slappnar av i det och då tänker man inte lika mycket på det heller.”

24. Egen omsorg (5 MU). Flera av respondenterna kunde efter behandlingen se att deras dåliga mående kunde kopplas ihop med att de tagit för dåligt hand om sig själva och haft svårt att lyssna på sina egna behov. En effekt av gruppen blev att respondenterna vågade erkänna och prioritera egna behov och göra saker av rätt skäl, för att man själv vill och inte för att någon annan förväntar sig något. Att få respekt för sina åsikter och få sitt utrymme i gruppen ledde också till att de började visa sig själva större respekt i vardagssituationer.

Exempel: ”händer det nånting så vänder jag liksom på det, vad får min familj ut av det här, vad får vi av det här samarbetet eller den här uppgiften eller vad, så att jag inte bara gör en massa saker för nån annans skull och betar mig på ett sätt för att främja vad andra tycker och tänker om mig och vad som händer. Utan att mer bara ... ja men lyssna på mig. Vad som är bäst för oss.”/ “Sedan behöver jag mer ta hand om mig själv men jag har svårt med det. Jag har inte så mycket tid över till mitt eget liv.”

25. Hemuppgifter under grupptid (12 MU). I intervjuerna blev det tydligt att respondenterna såg att hemuppgifternas uppgift var att visa på vikten av att ta eget ansvar för sitt mående. Det visade också på att det var viktigt att arbeta med sig själv och sina svårigheter mellan gångerna för att kunna reflektera, testa tankar och få mer förståelse för sitt problem. Då man delade med sig av sitt arbete med hemuppgifterna så hjälpte detta till att skapa både bredd och gemenskap i gruppen. Det blev också en möjlighet att både få och ge stöd åt varandra och att öka sin acceptans för sina och andras problem

Exempel: " vi fick dom här verktygen, nånstans skulle vi hem och öva på det och så skulle vi komma tillbaks och reflektera och då fick man ju också en input från andra. Som jag inte hade gjort, men som dom hade gjort och dom upplevde här och det funkade ju också."/"Ja, jag förstod att, vi fick ju ett papper att skriva på, då skrev jag bland annat mina tankar men jag kunde ju se att det stämde ju inte alltid, det fanns andra sätt att se på det som ni sa. Så jag kunde förstå att man kan ändra tankarna och må bättre."/"Man fick ju jobba med sig själv mycket mellan gångerna."/"Så det blev att man, ja man fick stöd också av varandra att vi gick olika vägar men nådde lite samma mål på nåt sätt"

26. Ökad kunskap om sig själv och sin egen ångesthantering (17 MU). I den här kategorin beskrivs att en ökad kunskap om sig själv, sina mönster och en förståelse för var ångesten kom ifrån har skapat en trygghet och en egen makt. Flera respondenter beskriver att när man vet vad som kan utlösa ångesten så kan man både hindra och hantera den bättre. Det var viktigt att det gick ner till ett individuellt plan så att varje deltagare fick en chans att hitta sina mönster, att se sin egen koppling mellan tankar - känslor - handlingar för att göra individen mer förberedd.

Exempel: "Det var mycket av det som ni förklarade egentligen att man stänger och det blir ett försvarsläge att det, det låter ju så jäkla logiskt när ni säger det egentligen, det är ju inget konstigt med det. Och då kan man ju tycka att varför sitter jag då och agerar som jag gjorde då innan. Jo jag blundande väl och tänkte att blundar jag så går det över, men vad man gjorde var ju bara att man hjälpte bara till egentligen kanske då va"/"att jag hittat när det bryter ut så jag kan hantera det, för det visste inte jag när jag kom till gruppen jag hade ingen aning om det men nu vet jag det."/"Hur man, hur man ska hantera det och så vidare det är det som är, det som är viktigast tror jag."

27. Förändrade tankestrategier (21 MU). De intervjuade beskriver att det viktigaste var att deras tankestrategier har förändrats under grupptiden. Förändringen består i att de utvecklat en förmåga att stanna upp, att möta tankar, vända på och bredda. Det blev tydligt att det går att tänka på ett annat sätt och att man kan hjälpa sig själv med andra typer av tankar än de oroliga som har varit problemet. Acceptans för det jobbiga i livet och att inte ta det lika hårt är olika förändrade tankestrategier som respondenterna nämner.

Exempel: " Det tänket fick jag nog med mig där, ja ja jag blev ju liksom även om det fortfarande var obehagligt att man fick dom här attackerna och dom kunde komma oförutsägbart

å och oftast visste jag ju när dom kom så där, men då, då kunde jag lättare hålla mig lugn liksom."/"Och sen försökte jag ju tänka positiva tankar att: "Men det är ju inget farligt det här, jag är ju här och jag är ju precis som alla andra och nä varför skulle det kunna hända nånting nu, det är ju totalt ofarligt runt omkring här" så att lite grann dom tankarna fick jag så där."/"Jag tror att det är att jag har lärt mig att tänka på ett annat sätt...."

28. Exponering/Att sluta undvika (25 MU). Att närma sig det som var obehagligt, istället för att fly från det, var ett sätt att tänka som var helt nytt för de flesta av respondenterna. De beskriver att det blev avgörande att förstå att om man slutar undvika situationerna man är rädd för så kommer oron för dem att klinga av. Under alla intervjuer framkom på olika sätt att det blev en ögonöppnare att det handlade om att göra tvärtom, att acceptera och stå ut och stanna i ångesten. För att våga göra det behövdes kunskap och hjälp med alternativa beteenden. Det var också viktigt att man under grupp-tiden fick pröva metoden och få en erfarenhet av att det fungerade och att det var något man själv klarade.

Exempel: "Vi fick ju en bra förklaring på många delar under kursen. Ni förklarade vad ångest var och vad som händer i kroppen så jag förstod att det var så ångest fungerade och att man kunde göra sådant man var rädd för. Ni sa bland annat att om man gör det man är rädd för och har ångest över och vill undvika. Om man ändå gör det så minskar ångesten. Jag vågade aldrig innan låsa en toalettdörr men nu har jag tränat mig så det går nu. Ni ritade och skrev och visade mycket, bland annat trappan, man förstod mer hur ångest fungerar och att man kan ha ångest för olika saker till exempel var jag även rädd att åka hiss."/ "R menar att få veta att man inte dör av ångest och att det finns verktyg att hantera ångest gjorde R stark som person. "/ "Nu kan jag liksom 'a ja men nu sätter vi oss här och så funderar vi lite å så'. Jag har också lärt mig i gruppen att lyfta ångesten, för det pratade vi mycket om att låt den komma. När jag var med i gruppen så hade jag... då var daglig ångesten nästan borta, men jag kunde få såna här panikångestattacker ibland. Det har jag inte haft en enda gång sen, sen samtalen Så det är ändå."

VII. Bieffekter

29. Sätta gränser (7 MU). Här tar respondenterna upp att de genom gruppbehandlingen har lärt sig att säga nej och att sätta gränser för att prioritera sitt eget mående.

Exempel: "Det hjälpte mig att inse att, att jag faktiskt kan släppa saker och ting, att jag inte måste finnas till hands jämt, att jag är värd att ta hand om mig själv"
"man ska inte ta... jag har lärt mig mer att säga nej,"

30. Ökad öppenhet (29 MU). Intervjupersonerna beskriver att de efter gruppbehandlingen har kunnat vara mer öppna med sitt mående och att de har ångest. I gruppbehandlingen fick de med sig strategier och en ökad medvetenhet kring hur man kan öppna sig. Öppenheten har fått flera positiva effekter som att man fått ökad förståelse av familj och arbetskamrater när man kunnat berätta. Att bli mer öppen med sitt mående har även inneburit en lättnad.

Exempel: "när jag mådde som sämst... det va ju våren 14 så är ju ett tag sen nu, så nu ha ju jag börjat prata om detta med mina närstående och då ploppar det ju upp både här och där. "/
"Det ÄR en skillnad. Jaa och jag kanske känner efter bättre. Hur jag verkligen mår och framför allt så pratar jag mer om det med andra, alltså inte bara anhöriga utan nära vänner och liksom de yttre ringarna, det är inte bara den innersta kretsen som vet vad som har hänt och inte hänt."/
"Nu har jag blivit mycket mer öppen."

31. Att ta stöd av anhörig (6 MU). Gruppbehandlingen underlättade att mer använda sig av stödet från sina närmaste. Att kunna involvera dem i nya strategier och verktyg som man fått med sig.

Exempel: "Jag har haft ett otroligt stöd av min man och hade inte han funnits där så jag faktiskt inte hur jag kunnat lösa det "/
"det var som han sa att det var så himla bra att jag ringde hem varje kväll för då fick också han bekräftelse på att jag lät som jag skulle och att jag lät bra."

32. Motion (10 MU). Kunskapen om att motion påverkar ångesten var något som gruppbehandlingen inte direkt tog upp men som några av respondenterna drog slutsatser kring när man övade sig på att hitta egna ångesthanteringsstrategier. Detta har inneburit att de har kunnat minska ångesten och fått lättare att hantera den.

Exempel: "men jag har tänkt så mycket på detta, när jag har haft som värst ångestattacker har jag bara tagit på mig kläder och bara gått ut. "/
"det var ett tillfälle då var jag helt uppe i upplösningstillstånd och sprang åt skogen och sprang jag var helt ifrån mig, jag visste inte vart jag skulle ta vägen, jag visste inte vad jag skulle göra med mina känslor och när jag kom hem och mådde bra och kunde sätta mig och vara trevlig, det gick liksom att vara glad igen och då började det (med regelbunden motion)"/
"jag kan inte nog poängtera detta med motion,

alltså man läser om det, man hör om det och det var ju inte så att ni bankade in det i huvudet på en på nått sätt men ni tog upp det och att det kan vara....”

VIII. Reflektioner kring gruppen

33. Tveksamhet till gruppbehandlingens effekt (14 MU). Hos några respondenter fanns en tveksamhet till om gruppbehandlingen var det som varit avgörande för deras förbättrade mående eller om det var andra aspekter/ förändringar som bidragit mer. Några uttryckte tankar kring att gruppen fyller en mindre funktion om man redan har ett starkt socialt nät, att man då redan har tillgodosett behovet av att prata om sitt mående. Någon tänker att den inte behövde vara med i en grupp utan kunde fått samma saker i en individuell behandling och att gruppbehandling inte hjälper för alla och mot alla problem.

Exempel: ” tja vad den har betytt? ja, det har nog inte betytt jättemycket för mig som, så där att just ta hand om min ångest.”/”nä, men då skulle jag nog säga, att om man har funderingar på att gå med i en sån grupp så tycker jag absolut att man ska göra det. Liksom inte, inget att förlora på det så sätt. Det är en bra erfarenhet och jag tror det kan hjälpa många. Sen vet man ju inte som sagt vem det hjälper och inte så, mot vilka problem men absolut så tror jag det kan hjälpa många.”/”Tja det skulle jag nog säga ändå tror jag. (att det har varit till hjälp med gruppen) Nu vet inte jag liksom vad skillnaden beror på så men jag mår ju bättre idag än vad jag gjorde för ett år sen tycker jag. Just med ångest och den här biten.”

34. Positiv inställning till deltagande i gruppbehandling (21 MU). Respondenterna uttrycker tacksamhet över att de fick erbjudandet att vara med i gruppbehandlingen. Att de blev överraskade över att de lärde sig så mycket och att det snabbt ledde till ett bättre mående. En av de intervjuade kunde se fördelen med att ha fått en behandling som blev ett individuellt arbete trots att det var i grupp och som respondenten aldrig hade kunnat bekosta individuellt. Alla de intervjuade kunde tänka sig att rekommendera gruppbehandlingen till någon annan.

Exempel: ” JA det skulle jag självklart rekommendera”/ “Jag är tacksam för att jag fick möjligheten att gå i gruppen.”/”Nej, jag är bara oerhört tacksam för att jag fick chansen att vara med det är något som jag unnar många fler, det är många som borde få gå igenom det här och kanske inte endast när man bara har mått dåligt väldigt länge, och mått väldigt dåligt utan kanske som en självhjälp på något sätt ett verktyg som man ganska tidigt kan få den hjälpen”

35. Svårigheter med gruppbehandling (20 MU). Den här kategorin beskriver de nackdelar och svårigheter som respondenterna upplevde med att få behandling i grupp. Det handlar om erfarenheter av att det fanns för lite tid och att de blev ojämnt i gruppen och att någon tog för mycket plats. Man beskriver också behovet av att både få ha integritet och en tillbakahållen roll samtidigt som det är gruppens syfte att respondenterna ska dela med sig. Det var viktigt med stor öppenhet och alla var positiva till de som vågade öppna sig. Några saknade hjälp med sitt specifika problem och att de kunde vara svårt att identifiera sig med de andras problem.

Exempel: "Som sagt jag har inte så ont av det för jag har liksom kommit förbi, men jag kan tänka mig om jag hade mått som sämst hade ja nog tyckt att det va jobbigt. Då hade det kanske blivit så att jag inte hade orkat gå till ICA för då hade jag varit rädd att jag hade träffat nån där och då hade ju dom fattat att jag är en knäppgök också... jag vet inte. Jag vet som sagt inte, men, men det var bara en liten tanke."/"Jag kände ju inte igen mig i många grejor, så här liksom prestationsångest som nån hade, det känner ju inte jag igen mig i på det sättet liksom att få det här, att få nån arbetsuppgift att hon blev liksom så här... där kände ju inte jag igen mig så där, det var ju svårt att relatera till det då. Det kan väl va den nackdelen som jag kan se i så fall med grupp, så men annars så för mig var det positiva även att få höra dom andra då även om det var olika typer av ångest och problem som tog upp så."/ "Nackdelen kan vara att man är lite återhållsam för man känner inte folk i gruppen och man kanske har lite svårt att både uttrycka sig ibland man blir lite osäker. Så kan jag uppleva då."

36. Jämförelse individuell kontakt kontra gruppbehandling (9 MU). Det gav något mer att man var fler än en patient och en terapeut, beskriver flera av respondenterna. Genom att dela andras erfarenheter fick man syn på fler delar av sig och sitt problem men också andra vinklar på problemet. De flesta som deltog i intervjuerna hade ingen erfarenhet av individuella samtal och kunde därför inte jämföra. De som hade det kunde se fördelarna med att summan är mer än delarna det vill säga att interaktionen och delande bidrar till en bredare insikt och förståelse.

Exempel: "för sitter man hos en terapeut så... då är det ju mina ord och mina känslor och då kan ni fråga 'hur känns det?' Jo, det känns så här, men får man då höra det från en annan i en grupp att 'för mig känns det så här', jaha känner du så men det gör ju inte jag. Då går ju jag igång 'det var ju intressant' jag tycker det är intressant att man kan känna på så olika sätt, eller

tänka på saker på så olika sätt. Jag kan inte förklara för jag kommer inte ihåg riktigt nu hur känslan, var det var för känsla som kom fram men. Jag minns att det jag tyckte att det var så intressant”/ “Jag skulle vilja ha båda två. Detta att det var fler än bara två ger något. Det är egentligen inte alls dumt.”/”och jag tycker nog att alltså sättet att det var i grupp upplevde jag nog väldigt bra. Jag tycker nog att det kändes bättre än å gå ensam då kanske”

IX. Effekter efter gruppbehandling

37. Integrering (21 MU). Den här kategorin beskriver vad respondenterna tagit med sig för metoder från grupptiden, hur de har förstått dem och kan koppla det till sitt eget liv i syfte att använda dem. Framförallt kommer tre huvudmetoder fram och det är bearbeta tankar, avslappning och andningstekniker. Flera av de intervjuade beskriver att de bär med sig gruppen i olika sammanhang i sina roller i vanliga livet och att det generella innehållet har kunnat omformas till något individuellt, att de har kunnat integrera metoderna och gjort dem till sina egna och som en naturlig del av sin beteendepertoar.

Exempel: ”Man hade självklart säker kunnat gå in mer på varför just jag mår som jag mår, men jag tycker att dom verktyg och dom övningar vi fick var rätt så anpassade, generaliserande men ändå , jag tror att dom flesta av oss kunde applicera det på oss själva liksom, man kunde ta sig till det och lära sig och anpassa det till sin situation”/”Liksom att få lite mer material, men kunna jobba själv med det eftersom, bättra på det då. Och liksom komma underfund med det att ... Ja... ska man säga. Som sagt mer kunna tackla dom här ångest-attackerna och känslorna så man vet hur man ska göra och att man ska ta det lugnt och så och att det inte är farligt.”/”Ja inget specifikt tror jag inte så där egentligen, men däremot så måste jag säga att, det kommer tillbaka oftare än vad jag trodde. Ni sa ju det att ni kommer att bära med er detta säkert ett halvår, flera månader bortåt, det stämmer faktiskt. Säkert ett par gånger i veckan som jag tänker tillbaka och det är inget specifikt jag tänker på här utan jag bara tänker tillbaka på det egentligen.”/ ”Koncentrationen både yogan och det här... vad som helst faktiskt. Nä jag tar nog med mig det mer än vad jag trodde faktiskt. Bara positivt”

38. Förändrade beteende (13 MU). Respondenterna beskriver att den största skillnaden är att de efter gruppbehandlingen kan stanna upp och reflektera, undersöka orsaker och hitta lösningar och låta fakta styra istället för känslor och kroppsliga sensationer.

Beteendeförändringen handlar om två delar, dels att stanna upp och dels att göra något annat än

de brukar. Flera har också blivit bättre på att se tidiga signaler som gör att de kan hantera ångesten i ett tidigare stadiet. Några beskriver också att de förändrat och sänkt sina krav på sig själva och att de bryr sig mindre om vad andra tänker. Känner större tillit till sin egen bedömning av sitt mående och förmågan att hantera det.

Exempel: "men då har jag liksom börjat resonera med mig själv. Varför känner jag så här, vad hände, vad var det som triggade gång detta. Det är inte alltid jag vet heller, men ... mmm börja nysta lite grann, men det, det är ganska jobbigt."/ "Jag kan liksom häva ångesten snabbare, med liksom tankar, alltså andra tankar, positiva tankar och mindfulness. Det är väl inte så att jag sätter mig ner och lyssnar på nåt och så men ... Men man blir lite liksom lugn på nåt sätt."/ "och försöker hantera den när den kommer på ett snabbare sätt, kanske än vad jag kunde innan då eftersom jag ändå på något vis vet att det kommer att dyka upp."

39. Egna inre förändringar (28 MU). Respondenterna beskrev att de kunde se inre förändringar på flera olika sätt efter gruppen. Mest tydligt var den förändrade synen på ångesten vilket i sig gav flera av dem svagare ångest och vid färre tillfällen. Det gav också en mindre rädsla för ångesten. Den andra typen av förändring som beskrivs är ökad trygghet i sig själv och inre styrka med bättre självförtroende och självkänsla som följd. Men, också att det finns ett större lugn och en bättre förmåga att vara närvarande i nuet. Dessa förändringar har resulterat i mindre rädsla och större nyfikenhet

Exempel: "Men det är ju allt mer sällan jag får såna där ordentliga eller så där, jag kan känna av det lite ibland det går ju väldigt mycket i perioder skulle jag säga. Nån vecka är det lite sämre och sen är det bättre så. Nu har jag väl inte lika stark ångest, inte såna där attacker om man säger så utan det kan vara mer liksom ah jag känner lite sån där oroskänsla i bröstet och det kan sitta i nån vecka eller några dagar och då vet jag ju vad det beror på oftast så jag försöker väl så gott det går att ignorera det liksom."/ "Det beror nog delvis på gruppen. Jag känner att jag har lite tjockare hud på något sätt. Alltså starkare mentalt."/ "Nä men det var nog mer att man dels. Det var nog mest att man tänkte. När man inte hade haft bekymren så mycket så kom man på det efter hand liksom att 'ja har ju vart bättre' liksom. Tänker man ju inte på då utan det är ju lite senare. Nån månad senare 'ja men det har ju vart bättre sista tiden, än det va då, innan där.' Så då kunde man jämföra det. Men, men så det var nog först ett tag senare som man uppfattade att det var bättre."

40. Upplevd skillnad efter gruppbehandling (9 MU). Flera av intervjupersonerna beskriver stora skillnader efter gruppbehandlingen som är märkbara för andra runt omkring. En person beskriver att skillnaderna är så stora att det känns som ett helt nytt liv. Andra berättar att de fått mer lust och energi, gör mer saker och någon att den har minskad läkarkontakt och avslutat medicinering.

Exempel: "Ja det är så underbart, så underbart ett helt nytt liv nästan måste jag säga. Och just att inte ha depression längre. Den kanske finns där det vet inte jag men inget som jag känner av så. Och så här långt in i november på hösten har det aldrig kommit innan jag har mått dåligt"/ "Att det har blivit så mycket bättre är tack vare gruppen. Jag hade inte varit där jag är idag om jag inte hade kommit in i den här gruppen och fått den här fantastiska hjälpen. Då vet jag inte var jag hade varit idag. Så det är ju också jätteviktigt."/ "Mycket jag gör saker på jobbet som jag aldrig har klarat innan. Jag tänkte alltid att det var ingen idé att ta på sig något eller att göra något mer, hade svårt för förändringar. Det är alltid mycket förändringar. Nu klarar jag jobbet bättre mycket på grund av medicin och att jag får sova. Jag har vågat mer på jobbet. Gått en handledarutbildning. Det är helt fantastiskt. Det hade jag aldrig vågat tidigare, min chef har frågat mig flera gånger men jag har sagt nej för jag ha inte vågat och tyckt att jag är för gammal. Så nu har jag gått den utbildningen och så har jag en elev nu som går med mig. "

41. Hinder för förbättring (5 MU). Det som har hindrat förbättringar och fortsatt integrering av det man arbetade med under grupptiden beskriver de intervjuade både som interna och externa hinder. De externa hindren handlar ex. om återgång till stressiga miljöer och tidsbrist medan de interna hindren handlar om ork, lust och mod att fortsätta ett på kort sikt jobbigt och motigt arbete för att få en långsiktig förbättring av sitt mående.

Exempel: "så det har tagit lite tid faktiskt och jag har släppt det helt ibland, i perioder."/ "jag tycker det var ganska bra. Det enda jag grämer mig över, och det är mitt eget fel och det är att jag fortfarande inte har gått på bio och det gav jag mig fan på att jag skulle gjort under jullovet där."

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka vilka komponenter och interventioner som bidragit till förändringar avseende ångest i samband med gruppbehandling med KBT-interventioner. Genom tillämpning av EPP-metoden (Karlsson 1995) resulterade studien i 41 kategorier som sedan kunde delas in i 9 mer övergripande indexkategorier som alla beskriver komponenter och interventioner som varit viktiga för att bidra till förbättrat mående avseende respondenternas ångest. Efter att i studien ha kopplat ihop dessa komponenter och interventioner framkom det att det som respondenterna beskrev som verksamt var skapandet av en trygghetsprocess som individen fick byggstenar till genom gruppbehandlingen och som de sedan kunde implementera i sig själva. Respondenterna beskrev att de innan gruppbehandlingen var oroliga och rädda i högre utsträckning än andra runt om kring sig. Ångesten beskrevs som rädsla för att de inte kunde tolka sin kropp, att de saknade kunskap om kopplingar mellan tankar och beteenden, avsaknad av metoder för att göra på något annat sätt och att känna sig ensamma och annorlunda. Respondenterna verkade beskriva ångesten som en trygghetsbrist och att de genom behandlingen ökade sin trygghet vilket ledde till ett bättre mående. Exempel: *”Jag hade ju en ryggsäck med mig då och mådde väldigt dåligt. Jag kände mig som den ensamaste i världen. Den hösten var väldigt jobbigt för mig. / ”Det stärkte mig, jag blev starkare när jag förstod att ångest, oro och att vara ledsen tillhör vardagen för de flesta medborgare i samhället. Jag kände mig inte lika ensam längre”*

Tre teman

Frågan blev då hur man genom gruppbehandling kan tillföra trygghet? Vad behöver man föra in utifrån för att skapa trygghet och hur blir det en process som gör att individen kan integrera tryggheten i sig själv? Ur materialet framkom tre teman som verkar nödvändiga att ha med i en gruppbehandling och som också blev viktiga komponenter att integrera för att skapa trygghet, nämligen (a) Att dela med andra, (b) Kunskap och (c) Strukturer. Samtliga respondenter berörde dessa tre komponenter och deras betydelse för förändringen, vilket gör att man i studien kan dra slutsatsen att det är viktigt att ha med alla tre delarna. För att betona att alla delar är lika viktiga beskrivs triaden som en triangel med likformade sidor, se Figur 1. För att förstå betydelsen av dessa tre övergripande komponenter måste man titta närmare på innebörden av var och en av dessa.

Figur 1 här

Att dela med andra. Respondenterna beskrev att det blev en avgörande skillnad att man mötte andra med samma problem. Det fyllde flera syften; att man började se annorlunda på sig själv och sin sjukdom, att man fick en gemenskap och att de bröt den isolering runt sitt mående som flera respondenter beskrev som en del av ångestproblematiken. Flera kunde också beskriva hur de tidigare varit dåliga på att sätta gränser, att ta hjälp av anhöriga eller andra och att våga visa sitt problem, vilket lett till att de inte kunnat få det stöd de hade behövt. Att dela med andra minskade känslorna av skam och skuld för respondenten men också för de anhöriga vilket ledde till mindre ensamhet och isolering och blev en tydlig del i den ökade acceptansen runt sig själv vilket ökade tryggheten. Exempel: *"Jag har i och med att jag har kunnat prata om, alltså säga det högt, inte bara till mig själv utan till några andra, fått liksom en bekräftelse på att ja men dom här känslorna är riktiga för mig. Ingen annan kan komma och säga såhär att 'Det stämmer ju inte' det är ju mina upplevelser."/ "...och man får känna lite att man är där ensam i sina tankar och man får stöd av nån, nån som inte är terapeut ..."* / *"Ja men det är väl att jag fick nått form, nån form av stöttning tillbaks och nån form av feedback på va jag sa."*

Kunskap. Kunskap som tillfördes respondenterna genom gruppbehandlingen ökade deras trygghet eftersom det ökade deras generella förståelse för ångest och gav insikt i deras egna orsakssamband. Var och en fick större kunskap om sina egna kopplingar mellan mående, livsstil, tankar, beteenden och den ångest de upplevde. Respondenterna beskrev att de hade saknat metoder för att förändra sin situation och att det var av stor vikt att få nya sådana, så som mindfulness, arbete med situationsanalys, andning och att lära sig vad som var verksamt med att möta sina svårigheter istället för att undvika dem. Det var viktigt att gruppledarna förmedlade fakta om ångest och att de var kunniga i den metod de lärde ut. Det blev tydligt att respondenterna tidigare hade upplevt maktlöshet men att de genom kunskap kunde ta makten över sina liv. Exempel: *"Ni förklarade vad ångest var och vad som händer i kroppen så jag förstod att det var så ångest fungerade och att man kunde göra sådant man var rädd för. Ni sa bland annat att om man gör det man är rädd för och har ångest över och vill undvika. Om man*

ändå gör det så minskar ångesten.” / ”att jag hittat när det bryter ut så jag kan hantera det, för det visste inte jag när jag kom till gruppen jag hade ingen aning om det men nu vet jag det.”

Strukturer. Genom att vara lagom många i gruppen och genom att det gavs utrymme för var och en efter dennes behov så skapades ett utrymme där gruppdeltagarna vågade ta plats som de tidigare haft svårt att ta. Gruppledarnas förhållningssätt och hur de hanterade var och ens behov blev också en rollmodell som gav strukturer som deltagarna kunde kopiera och praktisera i sina egna liv. Flera av respondenterna beskriver hur de tidigare haft svårt med sunt självhävdande och att gruppbehandlingen blev ett tillfälle att se hur ett sådant förhållningssätt kunde fungera i praktiken och att sedan få möjlighet att själv praktisera detta. Exempel: *Gruppledarna höll ju tiden och sa allt vi skulle göra och det var väldigt skönt det var bara att koppla av, koppla bort allting.” / ”Gruppledarna lyssnade och sedan benade upp det. Det var liksom inte oklarheter att vissa tyckte på ett sätt och andra på ett annat sätt och om vi inte riktigt klarat ut det så tog dom fram papper och penna och så visade på diagram eller stege och då blev det som en annan klarhet och då blev det en klarhet för oss allihopa. Så att alla faktiskt förstod och de var ju för att dom var så lugna och sansade och tog sig tid.”*

Trygghetsprocessen

I materialet kunde man vid gruppstart se en grundläggande upplevelse av otrygghet hos respondenterna. Genom behandlingen och genom ledarna skapades en sfär av trygghet i gruppen. Med hjälp av struktur, ökad kunskap och en ökad benägenhet av att dela med sig till andra ledde detta till en allt större insikt och förståelse kring respondentens egen förmåga. Ovanstående tre huvudkomponenter tillfördes utifrån. Genom praktiska demonstrationer och övningar, som utfördes återkommande både i gruppen och hemma, kunde deltagarna succesivt integrera ny kunskap och nya perspektiv. En trygghetsprocess etablerades där den upplevda tryggheten i gruppen, *”utanför individen”*, kunde flyttas till *”inuti individen”*, se Figur 2.

Figur 2 här

En avgörande framgångsfaktor för att starta processen var att respondenten accepterade behandling i grupp. På så sätt påbörjades det första steget, att dela med andra, och blev därmed en exponering i sig och en möjlighet att erfara större tillit. Ny kunskap behövdes för att bredda repertoaren både med tankar och med beteenden, det gav makt att förändra. Att sedan se hur andra gör i liknande situationer och att se gruppledarna göra på nya sätt gjorde att kunskapen kunde struktureras och bli en del av deltagaren och bidra till att lära något nytt om sig själva. När gruppdeltagarna sedan fick en möjlighet att tillsammans pröva i praktiken, att till exempel utöva mindfulness eller göra situationsanalyser tillsammans eller på egen hand mellan gruppstillfällena så förstärktes integreringen. Genom detta åstadkoms den förändring som bestod i att trygghet integrerades i personen själv. När gruppen är avslutad och de yttre strukturerna är borta så upplevde gruppdeltagarna att de integrerat komponenterna i sig själva och att de därmed fått en större inre trygghet som lett till betydligt minskad upplevd ångest.

Forskningsanknytning till den aktuella studien

Vid en genomgång av de studier som gjorts om CBTG (Cognitive Behavioral Group Therapy) och om deltagares egna upplevelser av terapi har vi kunnat se belägg för att de tre trygghetskomponenterna vi har identifierat i den här studien också har belysts av tidigare forskning (Bieling, McCabe & Antohny 2006; Carey et al., 2007; Sandahl, 2008 och Söchting, 2014). Man är överens om att gruppens styrka är att deltagarna delar erfarenheter och blir en del av ett sammanhang som bryter isoleringen. Söchting (2014) talar om deltagarnas erfarenhet av att inte vara ensamma om sina upplevelser och sitt mående, att gruppen bidrar till en känsla av att höra hemma och bryta social isolering. Precis som i den aktuella studien framkom att öppenhet, acceptans och hopp ersätter ångest och skam genom att gruppdeltagarna möts (Söchting 2014). Sandahl (2008) har ett vidare perspektiv som även inkluderar kunskapsutbytet och lärandet i gruppen och beskriver att de intervjuade pekar på vikten av utbyte av information och råd och att se likheter och olikheter som bidrar till varje individs lärande om sig själv. Sandahl (2008) menar också att deltagandet i det sociala systemet som en grupp utgör blir en del av den terapeutiska interventionen.

De studier som har analyserat deltagarnas egna upplevelser har tagit upp även de andra två trygghetskomponenter som i den här studien har kallats för kunskap och struktur. Ett antal deltagare identifierade lärande som en nödvändig del av förändringsarbetet. I Carey et al. (2007)

hänvisar deltagarna till att få ny kunskap genom olika verktyg och strategier som hjälpte till att åstadkomma förändringar. Dessa inkluderade avslappningstekniker, dagböcker, aktivitetsdiagram, information, hemuppgifter som faststälts av terapeuten och medicinering. Några kunde också beskriva att det var viktigt med ett lärande som var praktiskt och interaktivt, att man fick öva och uppleva i praktiken (Carey et al., 2007). Binder, Holgersen och Nielsen (2009) tar upp att det som blev skillnaden i en terapi var att någon stod för yttre strukturer och nya infallsvinklar. Viktigt var att motivationen fanns hos patienten och att patienten själv var aktiv medan terapeuten gav strukturen som möjliggjorde att ett konstruktivt arbete kunde ske. En annan viktig aspekt som bidrog till nöjdhet och förändring var att de hade skett en normalisering av problemet genom att terapeuten gett förklaringar till hur problemet uppstått. Tydliga målsättningar, övningar och exponering var också bidragande till effekten (Binder, Holgersen och Nielsen, 2009).

I den aktuella studien visade det sig att skapandet av en trygghetsprocess är en viktig aspekt som vi inte funnit behandlad i tidigare studier. Trygghet beskrivs i litteraturen som ”att vara trygg”. Där trygg likställs med att vara fri från oroande eller hotande inslag. (Norlander, Ernestad, Moradiani, & Nordén, 2014). I svenska akademins ordlista finns ingen klar beskrivning av trygg eller trygghet, där refereras till ord som skydd och att säkra (Svenska Akademiens Ordlista, 2006) Trygghet måste också betraktas inom ramen för olika kontexter, exempelvis i relation till brottslighet, hälsa, ekonomi och uppväxtförhållanden (Torstensson Levander 2007). I den aktuella studien betraktas trygghet i kontexten av hälsa. Segesten (1994) har skrivit om trygghet i en bok om patienters trygghet och otrygghet där trygghetskänslan beskrivs som värme, balans, lycka, glädje, harmoni, lugn, tillit, ro, vila och frigörelse av energi. Segesten (1994) menar att trygghet kan delas in i inre och yttre trygghet. Den inre tryggheten består av grundtrygghet och den yttre tryggheten kallar Segersten (1994) situationsrelaterad trygghet. Vidare menar Segesten (1994) att när någonting inträffar som innebär förlust av trygghet leder det till en känsla av hot. Hotet är något som påverkar människans livskvalitet och ger en känsla av otrygghet.

Respondenterna i den aktuella studien beskrev hur de före gruppbehandling upplevde rädsla, ångest och otrygghet, att det hotade och påverkade deras livskvalité men genom att införliva trygghetskomponenterna som byggstenar kunde de successivt öka tryggheten. Känslan av trygghet kunde införlivas som en inre trygghet när upplevelsen av hot minskade och

upplevelsen av livskvalité ökade, det som här benämns som trygghetsprocessen. När sökningar utförts på tidigare forskning gick det inte att finna referenser som direkt tar upp trygghetsprocessen. Det närmsta resultat som sökningarna ledde till var begreppet KASAM (Känsla av sammanhang). Detta begrepp myntades av Aaron Antonovsky (2005) i hans salutogenetiska modell. Begreppet KASAM omfattar tre delkomponenter. Dessa komponenter är; en grundläggande upplevelse av att de saker som sker i och utanför individen är förutsägbara, begripliga och strukturerade (begriplighet), att de resurser dessa skeenden kräver finns tillgängliga (hanterbarhet) samt att livets utmaningar är värda att investera engagemang i (meningsfullhet). Vid en jämförelse av KASAM och den trygghetsprocess som den aktuella studien har visat, så är trygghetskomponenterna; kunskap, att dela och struktur något som kan jämföras med två av Antonovskys delkomponenter; begriplighet och hanterbarhet. Trygghetskomponenter ger för respondenterna en begriplighet och grunden för att uppleva en hanterbarhet. Antonovskys tredje komponent, meningsfullhet, uppstår när respondenterna märker att de strategier de fått med sig fungerar och de implementerar trygghet i sig själva.

Även hos Binder, Holgersen och Nielsen (2009) i studien om förändringsprocessens beståndsdelar kan man se likheter till den trygghetsprocess som beskrivs i den aktuella studien. Binder, Holgersen och Nielsen (2009) beskriver de viktiga komponenterna i förändringsprocessen; att vara i relation med en klok varm och kompetent professionell terapeut, att vara i kontinuerliga relationer när man lider och har känslor av inre diskontinuitet, att få sina antaganden och föreställningar om sig själv och sina relationer och sin värld korrigerade och att skapa ny mening och nya mönster. Detta stämmer överens med de trygghetskomponenter som har identifierats i den aktuella studien.

Då behovet av kostnadseffektiva, kvalitativa och tillgängliga behandlingar växer lavinartat med en befolkning som mår allt sämre psykiskt så är också behovet om mer forskning och utveckling av behandling nödvändig. Det saknas forskning kring patienternas upplevelser av CBTG och behovet av ytterligare studier är därför stort. För CBTG är kombinationen av att arbeta med fakta och process relativt nytt och skulle genom mer erfarenhetsbaserad forskning kunna vidareutvecklas. Det vore också intressant att analysera hur tanken om trygghetsprocessen skulle kunna påverka behandlingarnas utformning. Ytterligare forskning skulle också kunna studera de patienter som ligger kvar på kliniska ångestnivåer trots genomförd behandling, för att

på så sätt få en fördjupad förståelse av problemen och för att försöka identifiera de kvarvarande hindren.

Referenser

- American Psychiatric Association(APA). (2006) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM (4th ed.)* Washington DC: Author
- American Psychiatric Association(APA)(2013) *.Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM (5th ed.)* Washington DC: Author
- Antonovsky, Aaron (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bennett-Levy,J. , Richards, D. & Farrand, P.(2010). Low intensity CBT interventions revolution in mental health care. *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*, 1-16.
- Bieling, P. J, McCabe, R. E., & Antony, M.M. (2006) *Kognitiv Beteendeterapi i grupp*. Stockholm: Liber.
- Binder, P. E., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. S. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counseling and Psychotherapy Research*, 9, 250-256.
- Carey, T. A., Carey, M., Stalker, K., Mullan, R. J., Murray, L. K., & Spratt, M. B. (2007). Psychological change from the inside looking out: A qualitative investigation. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7, 178-187.
- Chamberlain, L. D., & Norton, P. J. (2013). An evaluation of the effects of diagnostic composition on individual treatment outcome within transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(1), 56-63.
- Edebol, H., Bood, S.Å., & Norlander, T. (2008). Case studies on chronic whiplash associated disorders and their treatment using flotation-REST (Restricted Environmental Stimulation technique). *Qualitative Health Research*, 18, 480-488. doi. 10.1177/1049732308315109
- Edebol, H., Nordén, T., & Norlander, T. (2013). Behavior change and pain relief in chronic whiplash associated disorder Grade IV using flotation restricted environmental stimulation technique: A case report. *Psychology and Behavioral Sciences*, 2, 206-2016. doi. 10.11648/j.pbs.20130206.12
- Free, Michael L. (2007). *Cognitive Therapy in groups, Guidelines and resources for practice (2nd ed.)* School of Applied Psychology, Griffith University, Australia
- Försäkringskassan (2016:2) Korta analyser. Stockholm: Försäkringskassan.
- Gordon, N. S. (2000). Researching psychotherapy, the importance of the client's view: A methodological challenge. *The Qualitative Report*, 4(3), 1-20.
- Hinshelwood, R. D. (2007). Bion and Foulkes: The group-as-a-whole. *Group Analysis*, 40 (3),

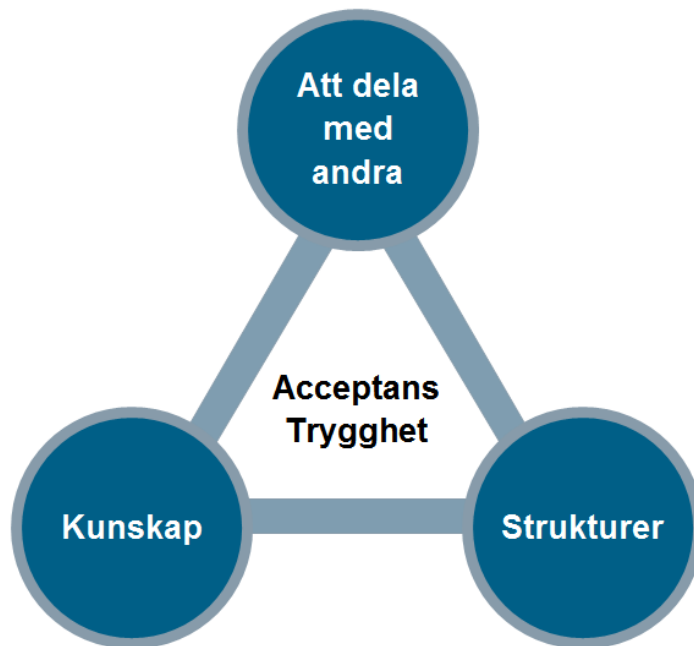
344–356.

- Karlsson, G. (1995) *Psychological Qualitative Research from a phenomenological perspective*. Stockholm: Alqvist & Wiksell International
- Mörch, M. M. & Rosenberg, N. K. (2006). *Kognitiv terapi – modeller och metoder*. Stockholm: Gleerups Utbildning AB
- Niklasson, M., Niklasson, I., & Norlander, T. (2010). Sensorimotor therapy: Physical and psychological regressions contribute to an improved kinaesthetic and vestibular capacity in children and youth with motor difficulties and problems of concentration. *Social Behavior and Personality*, 38, 327-346. doi. 10.2466/pms.108.3.643-669.
- Nordén, T., Eriksson, A., Kjellgren, A., & Norlander, T. (2012). Involving clients and their relatives and friends in the psychiatric care: Case managers' experiences of training in Resource group Assertive Community Treatment. *PsyCh Journal*, 1, 15-27. doi.10.1002/pchj.1
- Norlander, T., Blom, A., & Archer, T. (2002). Role of high school teachers in Swedish psychology education: A phenomenological study. *The Qualitative Report*, 7, 1-17.
- Norlander, T., Ernestad, E., Moradiani, Z., & Nordén, T. (2015). Perceived feeling of security: A candidate for assessing remission in borderline patients? *The Open Psychology Journal*, 8, 146-152.
- Sandahl, C. (2008). Gruppens terapeutiska potential. I B. Philips & R. Holmqvist (Red.). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber.
- Segesten, K. (1994). Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet. Göteborg: K & K Förlag AB.
- Shaffer, C. S., Shapiro J, Sank, L. I. & Coghlan, D. J. (1981). Positive changes in depression, anxiety and assertion following individual and group Cognitive Behavior Therapy Intervention. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 149–157
- Socialstyrelsen. (2013), *Nationell utvärdering – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*, Artikelnummer: 2013-6-27.
- Socialstyrelsen, (2010), *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – stöd för styrning och ledning* ISBN: 978-91-86301-94-1 Artikel nr: 2010-3-4.

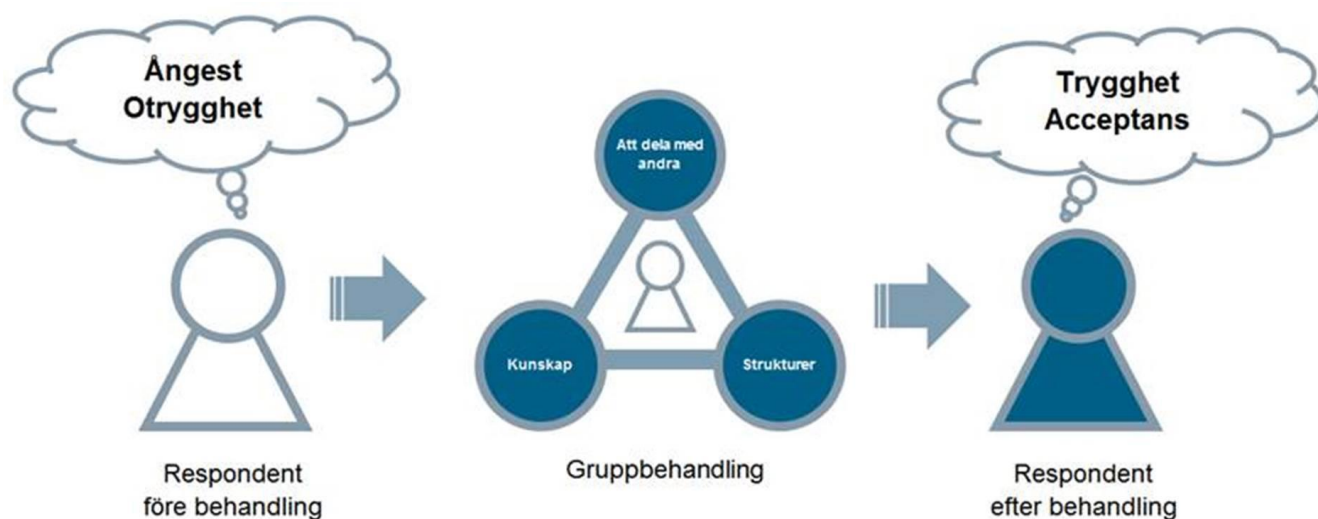
- Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2005) *Behandling av ångestsyndrom, volym 1. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2005. SBU-rapport nr 171/1. ISBN 91-87890-98-4.
- Svenska Akademiens Ordlista (SAOL), (2006).
- Söchting, I. (2014). *Cognitive behavioral group therapy: Challenges and opportunities*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Torstensson Levander, M. (2007). *Trygghet, säkerhet, oro eller risk?* Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Werbart, A., Lilliengren, P., & Philips, B. (2008). Patienters syn på vad som är verksamma faktorer. I B. Philips & R. Holmqvist (Red.), *Vad är verksamt i psykoterapi* (pp.160–179). Stockholm: Liber.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.
- Öst, L-G (red.) (2013) *KBT inom psykiatrin*. 13-35. Stockholm, Liber.

Tabell 1: Indelning i kategorier och indexkategorier

Index	MU	Index	MU
I Ramen		VI Interventioner för ångesthantering	
1. Struktur och upplägg av grupperna	18	23. Acceptans	4
2. Gruppstorlek	13	24. Egen omsorg	5
3. Målgrupp	5	25. Hemuppgifter under grupptid	12
4. Individuella samtal, före, under, efter	17	26. Ökad kunskap om sig själv och egen ångesthantering	17
		27. Förändrade tankestrategier	21
		28. Exponering / Att sluta undvika	25
II Innan påbörjad gruppbehandling		VII Bieffekter	
5. Inställning innan påbörjad gruppbehandling	14	29. Sätta gränser	7
6. Reflektioner kring att få hjälp tidigare	9	30. Ökad öppenhet	29
7. Livssituation och mående vid gruppstart	27	31. Att ta stöd av anhörig	6
8. Förberedelse för gruppbehandling	8	32. Motion	10
		VIII Reflektioner kring gruppen	
III Gruppstiden		33. Tveksamhet till gruppbehandlingens effekt	14
9. Upplevelse under grupptiden	19	34. Positiv inställning till deltagande i gruppbehandling	21
10. Interaktion i gruppen	18	35. Svårigheter med gruppbehandling	20
11. Gruppen som rollmodell för att hantera sig själv och andra	8	36. Jämförelse individuell kontakt kontra gruppbehandling	9
12. Bekräftelse/validering	22		
13. Gruppledarna	14	IX Effekter efter gruppbehandling	
		37. Integrering	21
IV Upplevelse av normalisering		38. Förändrade beteende	13
14. Normalisering	15	39. Egna inre förändringar	28
15. Min reaktion är normal	12	40. Upplevd skillnad efter gruppbehandlingen	9
16. Insikt i andras mående	20	41. Hinder för förbättring	5
17. Föreställningar om hur man ser ut när man mår dåligt	7		
18. Möjligheter att genom gruppen få nya infallsvinklar, erfarenheter och eget bidrag	19		
V KBT-metoder och strategier			
19. Arbetet med formulär t.ex. Situationsanalys	18		
20. Andningen	7		
21. Mindfulness och avslappning	20		
22. Psykoedukation – Kunskap och fakta	24		



Figur 1. Genom att tillföra struktur, kunskap och att dela med andra kan gruppdeltagaren utveckla trygghet och acceptans.



Figur 2. Trygghetsprocessen: Genom att utifrån tillföra trygghetskomponenterna; kunskap, struktur och att dela med andra, kan respondenten integrera dessa i sig själv och trygghet och acceptans uppstår. En trygghetsprocess etablerades där den upplevda tryggheten i gruppen, *"utanför individen"*, kan flyttas till *"inuti individen"*.

Bilaga 1**SAMTYCKE**

Som examensarbete på psykoterapeutprogrammet på Högskolan Evidens är vi två studenter som kommer att genomföra en studie av vad som varit verksamt vid gruppbehandling av ångest. Vi kommer att intervjua 4 patienter som deltagit i gruppbehandling hösten 2014 och våren 2015, hemmahörande på Herkules och Brämhults vårdcentraler. Patienternas deltagande är frivilligt och allt material kommer att aidentifieras i studien.

I egenskap av chef vid berörd vårdcentral samtycker jag till att aktuella patienter får intervjuas och det material som behövs får samlas in.

Borås _____

Namnunderskrift

Bilaga 2

Hej!

Vi är två studenter på psykoterapeutprogrammet på högskolan Evidens i Göteborg. Inom ramen för utbildningen kommer vi att skriva ett examensarbete på avancerad nivå.

Vi planerar att genomföra ett forskningsarbete där vi utvärderar stress och ångestbehandling i grupp. Vi är intresserade av vad som var hjälpsamt med gruppbehandling och om det var något delmoment som betydde mer eller som var extra användbart och om det är något som gjort skillnad efter gruppbehandlingens slut.

Du får det här brevet då du deltog i en KBT grupp för stress -och ångestbehandling via din vårdcentral under hösten 2014 eller våren 2015.

Vi skulle vilja intervjua dig under ca 1 timma någon gång under november - december 2015.

Intervjuerna kommer att ske på Borås Psykoterapiinstitut. Vi kommer att kontakta dig om ett par veckor för att fråga om vi kan boka tid med dig.

Deltagandet är frivilligt och allt insamlat material kommer att avidentifieras i studien.

Har du frågor och funderingar hör gärna av dig till Catharina Abrahamsson Borås psykoterapiinstitut tel. 0702-669831 eller Bodil Nordling, Nordling Terapi 0725-19 14 41

Vänliga hälsningar

Catharina Abrahamsson och Bodil Nordling

Bilaga 3**Kontrakt för deltagande i forskningsstudie om gruppbehandling vid stress och ångest**

Du kommer att delta i en studie vars syfte är att undersöka vad som har varit de verksamma delarna vid gruppbehandling för stress och ångest. Studien kommer att mynna ut i en uppsatts december 2016 vid Psykoterapeutprogrammet på Högskolan Evidens i Göteborg, där den kommer att publiceras på deras hemsida.

(www.evidens4u.se/bibliotek/studentuppsatser)

Du kommer att vara en av 6–8 deltagare som intervjuas under ca 1 timma om dina upplevelser av gruppbehandlingen.

Allt material kommer att aidentifieras vilket innebär att ingen enskild deltagare kommer att kunna identifieras.

De insamlade uppgifterna får endast användas till forskningsändamål.

Du har när som helst under studien rätt att avbryta din medverkan.

Jag lämnar härmed mitt godkännande till att delta i ovanstående utvärdering/studie:

Namnunderskrift

Datum och ort