

Josefin Andersson  
Annika Frick

# Otrygg och trygg anknytning

## KBT-patienter inom rehabiliteringsgarantin

Insecure and Secure Attachment  
CBT patients in rehabilitation guarantee

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet  
i kognitiv och beteendearikad terapi  
90 högskolepoäng

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

## Sammanfattning

Studien syftade till att studera effekter av KBT-behandling för patienter inom rehabiliteringsgarantin i avseende på depressiva besvär, ångest, upplevd nöjdhet, trygghet, välmående och självmedkänsla, samt i avseende på otrygga och trygga anknytningsmönster. Deltagare i studien var 35 individer varav 74 % identifierades med ett otryggt anknytningsmönster. Deltagarna rekryterades från primärvården efter att de sökt vård på grund av ångest, depression eller stressproblematik och därefter bedömts vara lämpliga för KBT-behandling inom ramarna för rehabiliteringsgarantin. Informationsinsamlingen bestod av före- och eftermätningar. Mätningarna gjordes med hjälp av en enkät för bakgrundsdata och ett formulär för att mäta upplevd trygghet (UT), upplevd nöjdhet (UN) och upplevt välmående (UV), liksom av testerna Attachment Style Questionnaire (ASQ), Becks depression Inventory (BDI-II), Becks Anxiety Inventory (BAI) samt self-compassion scale (SCS). Det framkom två huvudresultat: (a) signifikanta effekter för behandling på alla beroendevariabler bortsett från UT samt (b) signifikanta skillnader vad gäller UN och BDI mellan respondenter beroende på om deras anknytningsmönster var tryggt eller otryggt. De mer trygga skattade mer positivt. Sammanfattningsvis föreslår resultaten att anknytningsmönster borde vara av intresse. Anknytningsmönster tycks ha betydelse, inte för förmågan att svara på KBT-behandling, men på så sätt att ett otryggt anknytningsmönster är en sårbarhetsfaktor för att i första hand utveckla depressiva besvär, men även när så sker tycks besvären vara mer omfattande än hos de med tryggt anknytningsmönster och en korttidsterapi tycks inte räcka till för tillfrisknande. Resultaten diskuteras i relation till tidigare forskning och idéer om eventuell fortsatt forskning på området belyses.

**Nyckelord:** KBT, anknytningsmönster, depression, självmedkänsla, upplevd nöjdhet.

### **Abstract**

The present study aimed to investigate the effects of CBT treatment for patients in rehabilitation guarantee in regard to depressive symptoms, anxiety, perceived satisfaction, security, well-being, self-compassion, and in terms of insecure and secure attachment patterns. Participants in the study were 35 individuals of which 74 % were identified with insecure attachment patterns. Participants were recruited from primary care after they sought care because of anxiety, depression or stress problems and then were assessed as suitable for CBT treatment within the framework of the rehabilitation guarantee. Collected information consisted of the before and after treatment assessments. The measurements were made by questionnaires for background information and to measure Perceived Security (UT), Perceived Satisfaction (UN) and Perceived Wellbeing (UV), as well as the tests Attachment Style Questionnaire (ASQ), Beck Depression Inventory (BDI-II), Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Self-Compassion Scale (SCS). Results indicated two main results: (a) significant effects of treatment on all dependent variables apart from UT and (b) significant differences for UN and BDI between respondents according to whether their attachment patterns were secure or insecure. Those with a more secure attachment style estimated more positively. In summary, the results suggest that attachment patterns should be of interest. Attachment patterns seem to be relevant, not for the ability to respond to CBT treatment, but in such a way that an insecure attachment pattern is a vulnerability factor that primarily develops depressive disorders. But even when this happens, the symptoms seem to be more extensive as compared to those with secure attachment patterns and also short-term therapy does not appear to be sufficient for recovery. The results are discussed in relation to previous research and ideas on possible further research in this area are illuminated.

**Key words:** CBT, attachment, depression, self-compassion, sense of satisfaction.

## **Förord**

Diskussionen om hur liten psykologisk insats som ändå är fruktbar är en aktuell fråga inom dagens hälso- och sjukvård. Både vetenskapliga studier på området liksom egna erfarenheter pekar på att metoder som syftar till att främst ge många lite istället för att erbjuda ett fåtal mycket har effekt. Dock finns det undantag, de som inte svarar på de korta interventionerna. Således blir frågan intressant, om det på något sätt går att identifiera de med mer behov och istället för att kanske riskera att stärka negativa känslor, spara in de resurserna som ändå läggs på korta interventioner, och på så sätt erbjuda individanpassad kvalitetssäkrad terapeutisk behandling redan från början. Studiens syfte grundar sig i just dessa funderingar. Tack till handledare Torsten Norlander, professor i psykologi vid Karolinska Institutet och Högskolan Evidens för föredömlig handledning och uppmuntran längst vägen. Vi vill även uppmärksamma och tacka arbetsgivare och aktuella verksamhetschefer inom Legevisitten och Praktikertjänst, som från början uppmuntrat till och möjliggjort för fortsatta studier och således gjort studien möjlig.

## Inledning

Generellt sett utvecklas folkhälsan positivt i Sverige. I jämförelse med andra EU-länder har Sverige ett av Europas mest effektiva hälso- och sjukvårdssystem sett till förmågan att maximera resultat i relation till givna insatta resurser. Det föreligger dock hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper och den psykiska ohälsan. Trots en överlag positiv utveckling av folkhälsan i Sverige ökar sjuktalen. Det är framför allt de psykiska diagnoserna som dominerar den utvecklingen (Socialstyrelsen, 2016). I studien *Folkhälsan i Sverige* (Folkhälsomyndigheten, 2016) framkommer oroande siffror gällande skolbarns hälsovanor, man ser en fördubbling hos de som anger att de haft två besvär minst en gång i veckan (psykosomatiska besvär som ont i magen) under perioden 1985/86 då studien startade och fram till 2013/14. Över tid, i de äldre åldersgrupperna ses dock relativt oförändrade siffror även om kvinnor oftare anger besvär i jämförelse med män och detsamma gäller de med endast förgymnasial utbildningsnivå. Från åldersgrupperna 45 år och äldre ses till och med minskad angiven psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2016). Psykisk ohälsa är idag en högaktuell samhällslig utmaning och räknas nu som ett av de stora folkhälsoproblemen (Socialstyrelsen, 2016).

Psykiatri och psykisk ohälsa är av förklarliga skäl en av statens mest prioriterade frågor och har så varit under de senaste åren. För att öka tillgången till psykologisk behandling tecknade arbetsgivarorganisationen Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, 2008 en överenskommelse med Sveriges regering angående rehabiliteringsgarantin, RG (Sveriges Kommuner och Landsting, 2015). För att stimulera tillgång på psykologisk behandling fick Landstingen en prestationsbaserad ersättning. Uppdraget var att stödja personer i åldern 16-67 år, med måttliga till medelsvåra besvär av ångestsyndrom, depression och stress (garantin inbegrep även multimodalrehabilitering för smärtpatienter), genom att erbjuda KBT, kognitiv beteendeterapi, under ett begränsat antal sessioner. På så sätt skulle möjligheten att få psykologisk behandling öka, återgång i arbete underlättas och sjukskrivningar förebyggas. Senare, i Riksrevisionens granskningsrapport som kom 2015, utfärdades dock stark kritik mot rehabiliteringsgarantin (Riksrevisionen, 2015). Kritiken handlade om att RG inte uppfyllde målen och borde avslutas. I rapporten åsyftades bland annat att garantin styrde landstingen att satsa på behandlingsmetod framför individuella behov, alltså kvantitet framför kvalitet. Rapporten belyste även skillnader i kompetens mellan legitimerade psykologer och psykoterapeuter i jämförelse med enbart steg 1 utbildad personal (som endast har en grundläggande psykoterapiutbildning), och menade att

legitimerad personal gör mer kvalificerade bedömningar och kan individanpassa behandling efter aktuell patient istället för att enbart jobba med generella metoder som är mer allmänt riktade.

Rapporten pekade i tydlig riktning på vikten av rätt bedömning för att därefter kunna leverera rätt behandling. Det handlar alltså inte bara om att få behandling utan anpassad sådan.

Rehabiliteringsgarantin pågick fram till 2015 (Sveriges Kommuner och Landsting, 2015).

Frågan om kvantitet eller kvalitet, om teknik eller relation/allians, om vilken psykoterapi som är ”bäst” och vad i terapi som egentligen är verksamt fortgår. Diskussionen har varit aktuell under många år (Lindgren, Almqvist & Folkesson, 2009; Sandell, 2004). Intressanta fakta om verksamma mekanismer räknar Messer och Wampold (2002) upp och konkluderar till exempel att gemensamma faktorer, eller kontextuella modeller, visar på större effekt än mer specifika sådana. Terapeutens kompetens, liksom grad av allians och hur lojal terapeuten är gentemot den terapi denne bedriver (lojalitetsprincipen) tycks också vara faktorer som inverkar mer på terapins kvalitet än specifika tekniker. Enligt Messer och Wampold (2002) är det alltså mer intressant att hitta en kompetent terapeut som man trivs med än att leta efter en specifik terapeutisk inriktning om det är en lyckosam terapi som söks.

Hur många behandlingstillfällen eller hur långa terapisessioner som skall erbjudas är idag aktuellt och något som uppmärksammas bland annat i Värmlands läns landsting där implementering av BI, Brief Interventions (för fördjupning i BI se Strosahl, Robinson & Gustavsson, 2012) sker (Sveriges Kommuner och Landsting, 2015). Vidare kan även tilläggas de diagnosöverskridande psykologiska behandlingar som förekommer, så som UP, unified protocol, där behandling endast utgår från en uppsättning av terapeutiska principer. Anhängare till teorin hävdar att behandlingen på så sätt blir både enklare och mer effektiv (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione & Barlow, 2010) och skulle kunna jämföras med Messer och Wampolds (2002) resonemang ovan om de gemensamma faktorernas fruktsamma roll i en terapi.

Eftersom olika personer responderar olika på olika terapier (McEvoy, Burgess & Athan, 2013) blir det intressant att, om möjligt, före en behandlingsplanering identifiera prediktorer för hur terapin kommer utvecklas och på så sätt redan tidigt i kontakten anpassa efter individuella behov. Det forskas på, och har så gjorts under lång tid, att hitta prediktorer för att på förhand kunna förutse terapeutiska resultat och på så sätt underlätta för behandlingsplanering. Prediktorer som identifierats är kön, ångestnivå, livskvalitet och anställningsstatus (Huibers, Cohen, Lemmens, Arntz, Peeters, Cuijpers & DeRubeis, 2016). McBride, Atkinson, Quilty och Bagby

(2006) belyser också vikten av att ta hänsyn till anknytningsmönster vid val av terapeutisk metod. I deras studie fann de korrelationer mellan hur väl personen ifråga svarat på behandling, vilket anknytningsmönster denne haft och vilken terapeutisk metod som använts. KBT-behandling jämfört med IPT, interpersonell psykoterapi, visade på bättre behandlingsutfall. Utifrån resultat hävdar författarna att anknytning kan ses som en viktig moderator i sammanhanget. De menar att frågan om vilken terapi som är bäst inte är speciellt intressant utan att det handlar mer om vilken terapi som är mest lämpad för vilken patient. I Daniels (2006) översiktliga studie ses kongruenta resultat, att patientens faktiska beteende i terapin ibland hur följsam denne är, speglar dess anknytningsmönster. Studien fann även att de flesta som faktiskt söker vård mer ofta har otryggt anknytningsmönster än ett tryggt sådant. Daniels (2006) poängterar dock att de med otryggt anknytningsmönster trots allt klarar sig väl men att det otrygga mönstret utgör en sårbarhetsfaktor och således ökar det risken för att utveckla psykisk ohälsa över tid. Bernecker, Levy och Ellison (2014) rekommenderar även att ta hjälp av patienters anknytningsmönster för att kunna utveckla en gynnsam terapeutisk allians. En god allians skapar en bättre följsamhet hos patienter och med det en ökad sannolikhet att fullfölja själva behandlingen när det gäller individuell terapi (McEvoy et al., 2013). Evidensläget visar även att relationella mätningar har en förmåga att förutse både process och resultat i terapin. Interpersonella mönster tycks ha en ingående påverkan på hur processen fortlöper och terapins resultat som sådan (McEvoy et al., 2013; Wolfaardt & Joyce, 2005).

Personer med trygga anknytningsmönster tenderar att uppnå mer gynnsamma terapeutiska resultat (Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, Mattoon, Target & Gerbert, 1996; Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape, Egan, 2001). Personer med trygga anknytningsmönster tycks även utveckla en kraftigare och mer nära typ av allians (Eames & Roth, 2000) vilket även stämmer med Kafetsios och Nezelek (2002) resultat vilka har studerat hur anknytningsmönster inverkar på våra dagliga sociala interaktioner och finner där att tryggt anknutna personer, i jämförelse med de övriga otrygga anknytningsmönster, generellt tycks vara mer nöjda, är mer glada, upplever det sociala livet emotionellt sett mer positivt och skattar sina sociala interaktioner som just mer intima. I Kafetsios och Nezeleks (2002) studie upplevde de tryggt anknutna respondenterna även att andra var mer responsiva och tog hänsyn till deras behov. I jämförelse mellan trygg respektive otrygg anknytningsstil framstod störst skillnad mellan trygg och distanserad/undvikande. Mellan trygg och ängslig förelåg dock minimal skillnad varför författarna poängterar vikten av att skilja

mellan olika anknytningsmönster eftersom varje mönster i sig generellt inbegriper en huvudsaklig attityd gentemot andra och sig själv och alltså skiljer sig åt mellan de olika anknytningsstilarna. Författarna menar att detta har betydelse för hur sociala interaktioner upplevs liksom hur grad av tillfredsställelse skattas.

Alliansskapandet och vikten av en allians i en terapeutisk relation kan enligt Waters och Cummins (2000) jämföras med anknytningsteorin som beskriver det faktum att då en trygg bas etablerats kan barnet gradvis upptäcka sin omgivning och på så sätt tränas att utveckla tillit och självförtroende. Bowlby (1969/1997) konceptualiserade anknytningsteorin som en socio-emotionell utvecklingsteori. Anknytningssystemet anses reglera och organisera emotioner och beteenden genom livet. Systemet utvecklas i första hand genom interaktionen mellan barnet och dess omsorgsgivare, mellan barnets kognitiva utveckling och kapacitet i relation till dess omsorgsgivare liksom aktuellt kontextuellt sammanhang (Waters & Cummins, 2007). Bowlby (1988) menar att barnet har en biologisk drift att upprätthålla en nära relation till sin omsorgsgivare liksom att avstå från separationer. Anknytningssystemet aktiveras speciellt i närheten av hot i form av stressorer som hunger, trötthet och smärta. De tidiga erfarenheter som barnet gör i för anknytningssystemet relevanta situationer formar sedan barnets *inre arbetsmodeller* (Bowlby, 1994). Dessa inre arbetsmodeller inverkar sedan på framtida situationer på så sätt att de både fungerar som ett filter samt skapar förväntningar hos barnet (barnet som vuxen) baserade på just de attityder som utvecklats över tid, alltså attityd som barnet har gentemot sig själv, liksom huvudsaklig attityd gentemot andra (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006). Ainsworth, Blehar, Waters och Wall (1978) identifierade tidigt tre olika anknytningsstilar i sin forskning, nämligen trygg, otrygg-ängslig samt otrygg-distanserad. Idag finns teorier om den kollapsade beteendestrategin nämligen desorganiserad anknytning (Broberg, Risholm Mothander, Granqvist, Ivarsson, 2013) vilken liknar trygg, otrygg-ängslig eller otrygg- distanserad anknytningsstil. Karakteristiskt är avsaknad av ett mönster vilket ger motsägelsefulla beteenden som saknar mål och riktning, ett uttryck för otrygghet. Broberg med flera (2013) beskriver hur gruppen otrygga med undvikande anknytningsstrategi har en i huvudsak positiv uppfattning om jaget och en mer negativ attityd gentemot andra, de otrygga med ängslig anknytningsstrategi har en i huvudsak negativ attityd gentemot jaget och en mer positiv attityd gentemot andra, de med tryggas har en positiv attityd gentemot jaget och andra.



Bowlby (1988 sid.140) beskrev långt tidigare den kliniska relevansen av anknytning: ”In providing his patient with a secure base from which to explore and express his thought and feelings the therapist’s role is analogous to that of a mother who provides her child with a secure base from which to explore the world”. I och med begreppet ”trygg bas” kan tyckas att det också blir intressant med begreppet *trygghet* i sammanhanget med frågan om verksamma mekanismer. Norlander, Ernestad, Moradiani och Nordén (2015) har studerat upplevd trygghet hos patienter med borderline personlighetsstörning, som motsvarar instabil personlighetsstörning (IPS), i behandling. Deras resultat visar på två aspekter som tycks vara avgörande för hur personer upplever trygghet, nämligen upplevd psykisk hälsa liksom upplevd hälsa i vidare mening. Resultaten visade även att patienternas upplevelse av trygghet hade ökat efter behandling. Svårigheter till emotionell reglering, vilket är utmärkande för personer med IPS (American Psychiatric Association, 2013), kan enligt Broberg med flera (2006) indikera otrygg och bristande anknytning. I en översiktlig studie inbegripande 13 empiriska studier framkom också ett starkt samband mellan just IPS och otryggt anknytningsmönster (Agrawal, Gunderson, Holmes & Lyons-Ruth, 2004). Enligt Kilic, Calik och Kumandas (2014) påverkar föräldrarnas sätt att bete sig gentemot barnet dess emotionella hanteringsförmåga. Överbeskyddande attityd eller en auktoritär sådan tenderar att försämra och ge negativa effekter medan en demokratisk stil stärker emotionell hanteringsförmåga. Campos, Besser och Blatt (2010) belyser också den tidiga omsorgen av signifikanta andra som kritisk. I deras studie framkom tydliga samband mellan perceptionen av hur den tidiga relationen till modern uppfattats och självkritik samt depressiva besvär. Tidig dysfunktionell omvårdnad korrelerade starkt med höga värden av självkritik, som i sin tur fungerar som en psykologisk sårbarhet för att utveckla depressiva symtom. Självkritikiska tankar är också ett av flera utmärkande karaktäristika för en egentlig depressionsepisod (American Psychiatric Association, 2013). Självkritik tycks även kunna fungera prediktoriskt för hur deprimerade individer svarar på behandling. Grad av självkritik, genomförd terapeutisk behandlingsmetod och behandlingsresultat tycks korrelera med varandra. Resultaten från Marshall, Zuroff, McBride och Bagbys (2008) studie indikerade nämligen att patienter med depressiva symtom och med mycket självkritik svarade mindre väl på IPT än i jämförelse med KBT. Akin (2008) belyser, intressant nog i sammanhanget, i sin studie korrelation mellan self-compassion (självmedkänsla) och målorientering. KBT är också en målinriktad terapi (Kåver,

2006) vilket kan tänkas vara en del i varför KBT tycks vara mer lämpad för patienter med hög grad av självkritik.

Utifrån incitament att självkritik funktionellt sett verkar både förstärkande och vidmakthållande av just depressiva besvär och ångestproblematik (Blatt, Quinland, Chevron, McDonald & Zuroff, 1982) kan hög grad av självmedkänsla gissningsvis ha motsatt effekt. Self-compassion, eller just medkänsla med sig själv, kan i mångt och mycket anses vara motsatsen till självkritik (Akin, 2008; Andersson, 2016; Neff, 2003). En av grundkomponenterna i självmedkänsla är bland annat att just stärka förmågan att vara snäll mot sig själv istället för att ha en sträng, fördömande självkritisk attityd (Neff, 2003). Självmedkänsla innebär även en ökad förmåga till emotionell reglering och korrelerar med psykiskt välmående (Neff, 2003). Vidare om det är så som t.ex. Kafetsios och Nezlek (2002) menar, vilka studerade hur anknytningsmönster inverkar på våra dagliga sociala interaktioner, kan tyckas att grad av nöjdhet möjligen också kan komma att påverka hur väl en terapi fortskrider liksom hur väl den faller ut. Frågan om relation mellan nöjdhet, anknytning och terapeutiska resultat är svår att finna i litteraturen. Det föreligger studier inom det mer arbetsrelaterade området i vilka mer generaliserbara samband identifierats mellan de anställdas nöjdhet och engagemang med respektive företags framgång i värden avseende nöjda kunder, produktivitet, avkastning och omsättning (Harter, Schmidt & Hayes, 2002). Liknande studier med nöjdhet i relation till terapeutiska resultat och/eller anknytning tycks vara få eller inga. Flera studier går dock att finna som examinerat nöjdhet eller tillfredsställelse i relation till den psykoterapeutiska tjänst som erbjudits. Studierna visar dock på diskrepanta resultat. Å ena sidan korrelerar klienttillfredsställelse eller nöjdhet och kliniska resultat med varandra, om än blygsamt (Wise, 2003). Å andra sidan konstateras det motsatta där klienttillfredsställelse visat sig vara oberoende av symtomförändring. Således kan tyckas att det blir mindre intressant att efterfråga hur nöjd patienten känner sig efter en behandling eftersom det inte tycks spegla de faktiska kliniska resultaten (Lunnen, Ogles & Pappas, 2008).

Sett utifrån ovanstående litteraturgenomgång kan det tyckas vara intressant att med en undersökande explorativ ansats studera eventuell samvariation mellan fenomen som just upplevd trygghet, nöjdhet, välmående, självmedkänsla liksom grad av ångest och depressiva besvär i relation till anknytningsmönster och terapeutiska behandlingsutfall. Med Riksrevisionens rapport (Riksrevisionen, 2015) i åtanke och att psykisk ohälsa/hälsa fortsatt är ett prioriterat område (Sveriges Kommuner och Landsting, 2016) kan tyckas att studiens syfte även ligger väl i tiden.

Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, som projektet Uppdrag psykisk hälsa, (Sveriges Kommuner och Landsting, 2016) har som målsättning att befolkningen ska erbjudas individ- och behovsanpassade samt effektiva insatser av god kvalitet (när det gäller området psykisk hälsa) och syftar till, för området hälso- och sjukvård, att bidra till utvecklingen av vård som utgår från patientens behov, är tillgänglig, säker och av god kvalitet. Med denna utveckling tydliggörs alltså vikten av kvalitet och med det följer även frågan om lämplighet. För att veta om något är lämpligt behöver vi sannolikt först studera och förstå fenomenet ifråga, vilket just denna studie fördjupat sig i.

Patienters upplevda trygghet är en aspekt relevant att ta hänsyn till, exempelvis under en KBT-behandlings gång, då grad av trygghet kan ha betydelse för behandlingsutfall och styra behov och lämpligt förhållningssätt. Begreppet trygghet hänger samman med psykisk ohälsa i stort. Trygghetsbegreppet är mångfasetterat och bör definieras. I Svenska Akademiens Ordbok (2016) förklaras ordet trygghet vara synonym till *säker* och *pålitlig*. Trygghet associeras vidare till något som innebär, erbjuder eller medför säkerhet eller beskydd, således säger det också något om förhållanden och egenskaper att vara någon trogen, tillförlitlig och/eller pålitlig. Vid en översättning av trygg eller säker till engelska språket finns synonymer som *safe*, *secure* och *proof* (Petti & Rende, 2007). Föreliggande studie har använt samma definition av trygghet som Norlander med flera (2015) utgått från: ”*a perceived feeling of being free of worrisome or threatening phenomena*” (sid. 147) med svensk översättning, - ”*att uppleva sig fri från oroande eller hotande inslag*”.

Den grad av nöjdhet som patienter uttrycker kan samvariera med trygghet, anknytning samt upplevt mående och kan användas som ett mått på patienters grad av tillfredsställelse. Den egna inställningen till eller om upplevd nöjdhet påverkas av till exempel en KBT- behandling kan mätas utifrån nöjdhet. Grad av nöjdhet, i relation till KBT-behandling, säger mindre om behandlingsutfallet. Begreppet nöjd kan definieras som att vara *belåten* eller *tillfreds*, förknippas med glädje och kan sägas vara både ett substantiv och ett adjektiv (SAOB, 2016). Vid en översättning av *nöjd* till engelska språket framkommer synonymer som *pleased*, *satisfied*, *content* och *contented* (stigande intensitet) (Petti & Rende, 2007), i den aktuella studien definieras nöjdhet utifrån detta som: ”*att uppleva tillfredsställelse och belåtenhet avseende egna önskningsar samt upplevelse av att de egna behoven tillfredsställts tillräckligt bra*”.

## Syfte

Studien syftade till att studera effekter av KBT-behandling för patienter inom rehabiliteringsgarantin i avseende på depressiva besvär, ångest, upplevd nöjdhet, trygghet, välmående och självmedkänsla, samt i avseende på otrygga och trygga anknytningsmönster.

## Metod

### Deltagare

Deltagare i studien var 35 individer (8 män och 27 kvinnor) med en genomsnittlig ålder på 37.26 år ( $SD = 11.26$ ). De hade rekryterats från två vårdcentraler i Värmland och de sökte kontakt med de aktuella vårdcentralerna för upplevd ångest, depression eller stressproblem. Av deltagarna uppgav 63 % att de var gifta eller sambon med de övriga definierade sig som särbon, singlar eller skilda. Vidare hade 68 % arbete och resten var studerande eller arbetsökande. Av deltagarna uppgav 19 att de medicinerade för sina besvär medan 13 inte tog någon medicin kopplat till besvären. Ungefär hälften av deltagarna hade tidigare erfarenhet av psykologisk behandling. För att få en fördjupad förståelse för eventuell betydelse av anknytningsmönster analyserades patienterna på basis av Attachment Style Questionnaire i två grupper, de med Otrygg anknytning (6 män och 20 kvinnor) och de med Trygg anknytning (2 män och 7 kvinnor).

### Design

Den erbjudna KBT-behandlingen bestod av individuella sessioner à 45minuter långa en gång i veckan, dock vid behov två veckor emellan. Sessionerna har följt sedvanlig struktur inom KBT-behandling (Kåver, 2006). Där förekommer inslag som återkoppling till föregående session och veckan som varit, agendasättande med genomgång av hemuppgift, överenskommelse över dagens tema för att sedan gemensamt formulera relevant ny hemuppgift och sammanfatta sessionen som sådan med hjälp en fråga; *"vad tar du med dig från dagens session?"*.

### Instrument

**Bakgrundsdata.** Bakgrundsdata bestod av frågor om kön, ålder, civilstånd, om de har barn och om de i så fall har barn boende i hemmet, utbildningsnivå, arbete/sysselsättning, bedömning av egen ekonomi, kontaktorsak, om de tidigare haft kontakt med

kurator/psykolog/psykoterapeut för deras psykiska hälsa samt om de eventuellt har pågående medicinering för deras psykiska hälsa.

**Becks Anxiety Inventory (BAI)** är konstruerat för att mäta grad av ångestsymtom med minimal överlappning med depressiva besvär. Formuläret består av 21 frågor där svårighetsgraden skattas på en fyrgradig skala. Formuläret vänder sig till både ungdomar och vuxna. Maxpoäng på skalan är 63 med gränsvärden 8-15 mild ångest, 16-25 måttlig och 26-63 indikerar svår ångestproblematik (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988).

**Becks Depression Inventory (BDI-II)** mäter grad av depressivitet och vänder sig till både ungdomar och vuxna. Formuläret består av 21 frågor där svårighetsgraden skattas på en fyrgradig skala. Exempel på symtom och attityder som mäts är pessimism, skuld och sömnlöshet. Maxpoäng på skalan är 63 med gränsvärden på 14-19, som indikerar lindriga besvär, 20-28 som indikerar måttliga besvär och 29-63 svåra besvär (Beck, Steer, & Brown, 1996).

**Self-compassion scale (SCS).** För att undersöka deltagarnas självmedkänsla användes en svensk version av SCS, self-compassion scale (Neff, C. 2003). Formuläret består av 26 frågor som skattas på en fem-gradig skala, från stämmer inte alls (1) till stämmer mycket bra (5). Formuläret inbegriper sex delskalor, självvänlighet, självfördömande, medmänsklighet, isolering, sinnesnärvaro samt överidentifikation. Originalskalan är både validerad och reliabilitetstestad. Gränsvärdena på skalan är 1.0-2.5, indikerar låg självmedkänsla (low in self compassion), 2.5-3.5 moderat och 3.5-5.0 hög (high in self compassion).

**Upplevd Trygghet (UT).** En VAS-skala (Norlander et al., 2015) med formuleringen ”Hur trygg känner du dig i din miljö?” där svaren anges med ett kryss på en 10 cm lång linje med ändpunkterna ”inte alls trygg” (0) och ”mycket trygg” (100). Skalan bedöms ha acceptabla psykometriska värden (Norlander et al., 2015).

**Upplevd Nöjdhet (UN).** Instrumentet härstammar från en enkät (Norlander et al., 2015) med 11 VAS-skalor med motsvarande konstruktion som för UT och var formulerade som t.ex. ”Är du nöjd med ditt liv”, ”Hur nöjd är du med din psykiska hälsa?” och ”Hur nöjd är du med dina sociala relationer?” Ändpunkterna var ”inte alls nöjd” (0) och ”Mycket nöjd” (100). Eftersom ett homogenitetstest (Cronbach’s alfa) gav ett värde på 0.86 kunde de 11 frågorna om nöjdhet sammanföras till ett index 0 – 100.

**Upplevt välmående (UV).** Instrumentet härstammar från Norlanders (et. al.2015) enkät med motsvarande konstruktion som för UT och UN.

**Attachment Style Questionnaire (ASQ).** Är ett psykometriskt instrument i form av ett självskattningsformulär, avsett att mäta anknytningsmönster och kan användas på både ungdomar och vuxna (Feeney, Noller & Hanrahan, 1994). Formuläret är bearbetat och finns översatt till svenska (Tengström & Håkanson, 1997). Formuläret består av 40 frågor. Den teoretiska grunden för ASQ utgörs av anknytningsteori (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1994; Broberg et al., 2006). ASQ mäter anknytning utifrån fem olika aspekter av anknytning där två aspekter, *distans* och *sakorientering* i huvudsak mäter attityd gentemot andra människor och representerar en undvikande karaktär, medan aspekten *tillit* främst mäter attityd både gentemot jaget och andra människor och representerar en trygg karaktär. De två sista aspekterna, *bifallsbehov* och *relationsfixering* mäter i huvudsak attityd gentemot jaget och representerar en ambivalent karaktär. ASQ instrumentet användes för att skapa studiens oberoende variabel.

### **Genomförande**

Patienter inom primärvården remitterade till KBT-behandling, kognitivbeteendeterapi tillfrågades att delta i studien. Deltagarna fick övergripande information om studiens syfte. De patienter vilka tackade ja informerades enligt informerat samtycke (Patel & Davidson, 2011). Deltagarna i studien fyllde i ovan nämnda enkät och skattningsformulär vid uppstart av den terapeutiska kontakten (session ett eller två exklusive ett bedömningsamtal) samt återigen vid avslut eller senast vid nionde sessionen alternativt om terapin drog ut på tiden, senast efter tre månader. Således innebär det att deltagare i studien vilka ombokat, uteblivit eller lämnat återbud flertalet gånger generellt sett erbjudits färre antal sessioner än de deltagare som varit följsamma och ändå fyllt i de avslutande formulären.

Den behandling som erbjudits studiens deltagare, patienter aktuella inom primärvården på grund av stress, ångest och/eller depressiva besvär i åldern 16-67år, var kognitiva beteendeterapeutiska interventioner/metoder anpassade efter varje specifikt fall (se Flink & Linton, 2010; Kåver, 2006) utifrån gjord tillämpad beteendeanalys (Eikeseth & Svartdal, 2007).

### **Bortfall**

Av de tillfrågade, totalt 48 stycken, tackade alla ja till att delta i studien. Av dessa besvarade dock endast 35 stycken även avslutande mätning vilket innebär ett bortfall på 13

personer. Åtgärder för att minska bortfallet vidtogs genom både muntlig och skriftlig påminnelse vid högst två tillfällen.

### **Databearbetning**

För att analysera svaren av skalorna användes tillhörande manual till ASQ-formuläret (Tengström & Håkanson, 1997). Enligt manualens rekommendationer delades respondenterna in utefter givna svar i trygg anknytning, otrygg distanserad anknytning respektive otrygg ängslig anknytning. Enligt manualen kan man även urskönja extremt otrygga anknytningsmönster med hjälp av första frågan i tillitsskalan varför även de markerades. Eftersom deltagarantalet var få, fördes alla otrygga mönstren samman till en grupp. All insamlad data bearbetades med dataprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) för statistisk analys (Brace, Kemp & Snelgar, 2016).

### **Etiska ställningstaganden**

I enlighet med Patel & Davidson (2011) inhämtades inför studien skriftligt samtycke från verksamhetschef på respektive vårdcentral (se bilaga 1). Då studien utfördes inom ramen för en psykoterapeututbildning förekom ingen granskning av etisk kommitté. Varje deltagare tog del av och undertecknade ett informerat samtycke där frivillighet betonades (se bilaga 2). Sekretessen har tillgodosetts genom hela studien på så sätt att endast behandlande terapeut haft tillgång till materialet. All data har sedan numrerats varför ingen kan komma att veta vem som äger resultaten och på så sätt har även kravet om konfidentialitet uppnåtts. Vidare har även hänsyn tagits till kravet om nyttjande, vilket innebär att all data endast används till avsett ändamål, i det här fallet att data endast används till aktuell studie.

## **Resultat**

### **Korrelationer**

Korrelationer genomfördes mellan studiens beroendevariabler med mätningar som genomfördes före behandling. Se Tabell 1.

---

Infoga Tabell 1 ungefär här

---

## Behandling och anknytning

En Pillai's tvåvägs mixed MANOVA genomfördes med Anknytning (Otrygg, Trygg) som Between Subject Factor och med Behandling (Före, Efter) som Within Subject Factor, samt med BAI, BDI, SCS, UT, UN och UV som beroende variabler. Analysen visade signifikanta effekter för Behandling ( $p = 0.013$ ,  $Eta^2 = 0.60$ ,  $power = 0.87$ ), och för Anknytning ( $p = 0.049$ ,  $Eta^2 = 0.51$ ,  $power = 0.71$ ), men inte för interaktion Behandling x Anknytning ( $p = 0.81$ ,  $Eta^2 = 0.15$ ,  $power = 0.19$ ).

Univariata F-tester visade signifikanta behandlingseffekter för följande beroendevariabler: BAI [ $F(1, 21) = 22.04$ ,  $p < 0.001$ ], BDI [ $F(1, 21) = 11.96$ ,  $p = 0.002$ ], SCS [ $F(1, 21) = 7.81$ ,  $p = 0.003$ ], UN [ $F(1, 21) = 4.45$ ,  $p = 0.047$ ] och UV [ $F(1, 21) = 17.29$ ,  $p < 0.001$ ] Däremot förelåg ingen signifikant skillnad i avseende på UT ( $p > 0.05$ ).

Vad gäller Anknytning visade analysen signifikanta effekter för BDI [ $F(1, 21) = 16.84$ ,  $p = 0.001$ ], och UN [ $F(1, 21) = 5.18$ ,  $p < 0.033$ ] där de med otrygg anknytning hade högre värden på depression (BDI) samt lägre värden på upplevd nöjdhet (UN). För BAI, SCS, UT och UV förelåg inga signifikanta effekter ( $ps > 0.05$ ) i avseende på anknytning. För medelvärden och standardavvikelser se Tabell 2.

---

Infoga Tabell 2 ungefär här

---

## Diskussion

Studien hade två huvudresultat, nämligen: (a) Signifikanta effekter för behandling på alla beroendevariabler (UN, UV, SCS, BDI, BAI) bortsett från UT oavsett anknytningsmönster. (b) Resultaten visade på signifikanta skillnader vad gäller UN och BDI mellan studiens deltagare beroende på om deras anknytningsmönster var otryggt eller tryggt. De mer trygga skattade mer positivt och var således mer nöjda och mindre deprimerade.

Studiens deltagare kände sig således mer nöjda, mer välmående och hade högre grad av självmedkänsla liksom skattade lägre på BDI och BAI efter KBT-behandlingen. Sett utifrån att



gruppen i sin helhet har svarat väl på KBT behandlingen, så pass väl att signifikant mått uppnåtts (bortsett från variabeln UT) kan slutsatsen dras att KBT tycks vara en väl lämplig terapi att erbjuda till personer med lindriga till måttliga besvär. Således validerar studien det avtal från år 2008, rehabiliteringsgarantin/RG, som tecknades mellan SKL och regeringen (Sveriges Kommuner och Landsting, 2015). Syftet med RG var att stimulera till psykologisk behandling och stödja personer med just måttliga till medelsvåra besvär av ångestsyndrom, depression och stress. I och med RG erbjöds kognitiv beteendeterapi under ett begränsat antal sessioner och på så sätt skulle också möjligheten att få psykologisk behandling öka, återgång i arbete underlättas och sjukskrivningar förebyggas. Studien bekräftar att inom ramarna för RG kan signifikanta behandlingsutfall uppnås oberoende av anknytningsmönster.

Graden av upplevd trygghet gav inte signifikanta effekter för behandling vilket motsäger tidigare återopad studie (Norlander et al., 2015). Studierna skiljer sig främst åt avseende patientgrupp samt längden på aktuell KBT-behandling. Ytterligare faktorer kan vara att resultatet som visade att trygghet inte gav signifikant effekt efter KBT-behandling speglar i vilken utsträckning behandlingen anpassats till patientens behov eller att dessa kan ha kvarvarande problem med psykisk ohälsa efter behandling. Norlander med flera (2015) påvisade att upplevd trygghet ökat signifikant hos extremt otrygga personer efter individanpassad behandling. Resultatet i Norlanders studie stämmer väl överens med vad Riksrevisionen (2015) föreslår i sin granskningsrapport och som Sveriges Kommuner och Landsting (2016) förespråkar, att en individanpassad behandling främjar ett gott behandlingsutfall. Det är sannolikt att det krävs mer än en korttids KBT-behandling enligt rehabiliteringsgarantin för att patienters grad av upplevd trygghet ska öka och därför dras slutsatsen att med effektivare och mer individanpassade interventioner inom vissa patientgrupper kan graden av trygghet öka.

För att få en fördjupad förståelse för eventuell betydelse av anknytningsmönster analyserades deltagarna i studien på basis av Attachment Style Questionnaire (Tengström & Håkansson, 1997) genom att de delades in i två grupper, de med otrygg anknytning och de med trygg anknytning. Variansanalysen visade signifikanta skillnader mellan de två olika anknytningsmönstren. Personer med otryggt anknytningsmönster hade högre värden på BDI samt lägre värden på UN. För de övriga beroendevariablerna (BAI, SCS, UT och UV) förelåg inga signifikanta effekter i avseende på anknytning. Intressant i sammanhanget, i jämförelse mellan otrygg och trygg anknytning är att de med otryggt anknytningsmönster hade högre medelvärden

på BDI (= sämre resultat) och lägre medelvärden på UN (= sämre resultat) både före och efter KBT-behandlingen jämfört med de med tryggt anknytningsmönster. Resultaten, i relation till gränsvärdena för BDI, betyder således att när de med otryggt anknytningsmönster gjorde sina avslutande mätningar skattade de fortfarande måttliga depressiva besvär (gränsvärdet för BDI måttliga besvär = 20-28) och att startmätningarna hos de med tryggt anknytningsmönster visade på lindriga depressiva besvär (gränsvärdet för BDI lindriga besvär = 14-19).

Olika anknytningsmönster i samband med KBT-behandling uppvisade inga interaktioner. Patienterna, oavsett anknytningsmönster, fick förbättringar av behandlingen. Däremot kräver patienter med otryggt anknytningsmönster med svårare depression vid start mer insatser för att bli friska. Kvarvarande depressiva besvär samt minskad nöjdhet i kombination med ett otryggt anknytningsmönster kan påverka patienters motivation till att ta itu med psykisk ohälsa på ett konstruktivt sätt, vilket kan ge försämrade psykisk ohälsa. Resultatet väcker frågan om den offentliga vården är rättvis för idag tycks en stor del av patienterna med depression endast få en ”halv behandling” så de blir mindre sjuka, medan de med tryggare anknytningsmönster behandlas så att de tillfrisknar. Sådana frågor bör kunna lyftas i samband med att fördelning av resurser diskuteras. Nu kan två spår i primärvården skönjas, en med mer individanpassad vård och en med kortare interventioner. En variant av ”stepped-care” där generella KBT-interventioner, så kallade brief interventions/BI, erbjuds som en första behandlande insats implementeras redan idag på primärvårdsnivå (för fördjupning se Strosahl, 2012). Det kan konstateras att hantering av psykisk ohälsa kräver olika strategier på kort och lång sikt, och på primärvårdsnivå och bland terapeuter är sista ordet inte än sagt. Patienter med otryggt anknytningsmönster fick enligt den aktuella studien inte vad tillståndet krävde till skillnad för de mer omfattande insatserna i Norlander med fleras studie (2015). Det kan vara så att det är svårt att förstärka upplevelse av trygghet vid kortare KBT -interventioner. Ett behandlingsmål skulle därför kunna vara att behandla patienter tills de upplever högre grad av trygghet.

Effektmått behöver ställas i relation till behandlingsmål som till exempel BDI:s gränsvärden. En sådan diskussion berör frågor om kvantitet eller kvalitet, om teknik eller relation/allians, om vilken psykoterapi som är ”bäst” och vad i terapi som egentligen är verksamt (Lindgren et al., 2009; Sandell, 2004) eller hur många och långa terapiesessioner skall det vara (SKL, 2015). Messer och Wampold (2002) belyser att gemensamma faktorer, eller kontextuella modeller, visar på större effekt än mer specifika sådana. De menar att terapeutens kompetens,

liksom grad av allians och hur lojal terapeuten är gentemot den terapi denne bedriver (lojalitetsprincipen) är faktorer vilka inverkar mer på terapins kvalitet än specifika tekniker. Frågan huruvida det är KBT tekniker i sig eller de mer gemensamma komponenterna som varit verksamma i studien kan inte avgöras, troligtvis handlar det om kombinationer. Det som resultaten bekräftar är dock att hälsotillståndet hos deltagarna i den aktuella studien förbättrats men alla har inte tillfrisknat. Resultaten visade att anknytningsmönster kan ha betydelse vid depressioner och hur nöjda patienterna är i sin tillvaro. Oavsett anknytningsmönster kunde patienterna tillgodogöra sig terapi, men på så sätt att de med otryggt anknytningsmönster ofta börjar från ett sämre utgångsläge.

Möjligen är det så att på bred front är det fritt fram att jobba med mer generella metoder och mindre individanpassade interventioner där man inte tar hänsyn till anknytningsmönster. Likhetstecken kan således dras i relation till diagnosöverskridande psykologiska behandlingar så som till exempel UP, unified protocol, som anses fruktbara eftersom sådan behandling endast utgår från en uppsättning av terapeutiska principer. Anhängare till teorin hävdar att behandlingen på så sätt blir både enklare och mer effektiv (Ellard et al, 2010) och skulle även kunna jämföras med Messer och Wampolds (2002) resonemang ovan om just de gemensamma faktorernas fruktsamma roll i en terapi. Men på sikt, behöver uppenbarligen ytterligare insatser erbjudas till många med otryggt anknytningsmönster på grund av kvarstående besvär i form av till exempel depressiva symtom.

McBride med fleras (2006) teori om att anknytningsmönster fungerar som en slags moderator tycks således få ett visst stöd. Många forskare betonar anknytningsmönstrets betydelse för att kunna utveckla en gynnsam allians (Bernecker et al., 2013) och på så sätt skapa en bättre följsamhet hos patienter med ökad sannolikhet att patienten fullföljer behandlingen (McEvoy et al., 2013). Personer med trygga anknytningsmönster tenderar att uppnå mer gynnsamma terapeutiska resultat (Fonagy et al, 1996; Meyer et al., 2001) och evidensläget visar att relationella mätningar har en förmåga att förutse både process och resultat i terapin. Att interpersonella mönster tycks ha en ingående påverkan på hur processen fortlöper och terapins resultat som sådan (McEvoy et al., 2013; Wolfaardt & Joyce, 2005) styrks ej av föreliggande studies resultat eftersom deltagarna, oberoende av anknytningsmönster, svarat positivt på behandlingen.

Flera forskningsstudier (t.ex. Campos et al., 2010; Kilic et al., 2014) belyser den tidiga omsorgen av närstående personer som kritisk då den tycks inverka både på emotionell hanteringsförmåga, självkritik samt depressiva besvär. Resultaten från Marshall med fleras (2008) studie indikerar även att självkritik kan predicera hur deprimerade individer svarar på behandling. Utifrån incitament att självkritik funktionellt sett verkar både förstärkande och vidmakthållande av just depressiva besvär och ångestproblematik (Blatt et al., 1982) kan hög grad av självmedkänsla gissningsvis ha motsatt effekt. Det bekräftar föreliggande studies resultat som påvisar negativ korrelation mellan just SCS och BDI vilket innebär att desto lägre värden på BDI (= bättre resultat), desto högre värden på SCS (= bättre resultat). Resultaten påvisade också signifikanta negativa korrelationer mellan BDI och upplevd nöjdhet (UN), upplevd trygghet (UT) och upplevd välmående (UV). Det fanns dock inga skillnader mellan otrygg och trygg anknytning i avseende på SCS vilket möjligen kan sättas i relation till ett av flera utmärkande karaktäristika för en egentlig depressionsepisod (American Psychiatric Association, 2013) eftersom självmedkänsla i mångt och mycket kan anses vara motsatsen till självkritik (se Akin, 2008; Andersson, 2016; Neff, 2003). Självmedkänsla innebär även en ökad förmåga till emotionell reglering och korrelerar med psykiskt välmående (Neff, 2003) varför det kan antas verka som en friskfaktor precis som hög grad av självkritik funktionellt sett kan fungera som en sårbarhetsfaktor. Belysas kan även iakttagelsen (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985) att normalpopulationen är fördelad som så att 53 % tycks ha ett tryggt anknytningsmönster, 25 % ängsligt undvikande mönster, och 19 % ängsligt ambivalent mönster, alltså 44 % är att anse som otrygga. I den aktuella studien visade resultaten att 74 % av deltagarna innehade ett otryggt anknytningsmönster. Således tydliggörs att det främst är de med otryggt mönster som söker vård vilket ligger i linje med tidigare studier (Daniels, 2006) och teorin om att ett otryggt anknytningsmönster är att se som en sårbarhetsfaktor för att utveckla psykisk ohälsa.

Vidare kan antas att självmedkänsla, självkritik, upplevt välmående liksom anknytningsmönster och framförallt depressiva besvär inverkar på varandra på ett eller annat sätt. Denna studie lyckas dock inte riktigt bena isär exakt men signifikanta korrelationer föreligger dock mellan BDI och SCS, mellan otryggt anknytningsmönster och BDI, liksom mellan anknytningsmönster och UN. Forskare hävdar också att de med tryggt anknytningsmönster generellt sett är mer nöjda och glada (Kafetsios & Nezlek, 2002) vilket kan anses speglas av denna studies resultat som visar på just skillnader mellan otrygg respektive trygg anknytning i

avseende på UN. Viktigt i sammanhanget är det faktum att i Kafetsios och Nezleks (2002) skiljde på de otrygga anknytningsstilarna. I jämförelse mellan trygg respektive otrygg anknytningsstil framstod störst skillnad mellan just trygg och distanserad/undvikande. Mellan trygg och ängslig förelåg minimal skillnad varför författarna poängterade vikten av att skilja mellan olika anknytningsmönster eftersom varje mönster i sig generellt inbegriper en för sig specifik huvudsaklig attityd gentemot andra människor liksom inför jaget och alltså skiljer sig åt mellan de olika anknytningsstilarna.

Intressant i sammanhanget är även att resultaten visar på genomgående högre spridningsmått (se tabell 2) i den otrygga gruppens mätningar (bortsett från SCS), vilket möjligen kan tolkas som en antydning till att den otrygga gruppen med fördel kan, och till och med kanske borde delas upp i ängslig resp. distanserad precis som Kafetsios och Nezlek (2002) menar. Manualen för ASQ uppger dock att det går att dela upp utefter endast två mönster så som trygg respektive otrygg vilket gjorts i denna studie, men frågan blir alltså hur fruktbart det egentligen är? Att nämnas kan att de som identifierats som extremt otrygga i det insamlade materialet, var ingen av dem färdigbehandlad vid avslutande mätningar och fortsatt visade på besvär. Men eftersom gruppen var så pass liten kan inga egentliga utsagor förmedlas och således ej aktuellt att egentligen diskuteras. Men än dock en intressant tråd att eventuellt följa upp i framtida studier. Ytterligare intressant framtida forskning, utöver behovet att dela upp den otrygga gruppen skulle kunna vara att försöka finna individanpassade terapeutiska metoder för de med otryggt anknytningsmönster, alltså inte bara försöka förstå fenomenen som sådana som denna studie eftersträvat, utan även att kunna förändra. Behovet är tydligt, 74 % av deltagarna i denna studie visade på otryggt anknytningsmönster och bekräftas även av litteraturen varför det helt klart är en grupp att ta hänsyn till. Kanske att redan på ett tidigare stadium söka efter metoder att hjälpa genom att stärka friskfaktorer så som självmedkänsla och motverka sårbarhetsfaktorer så som självkritik och interpersonella mönster liksom attityder gentemot både jaget och andra människor?

Deltagare i studien var som sagt 35 individer varför samplet får anses vara i minsta laget varför också dess generaliserbarhet bör hanteras varsamt. Trots litet deltagarantal var del av resultaten ändå så pass starka att signifikanta värden uppnåts. Den genomförda variansanalysen visade signifikanta effekter för behandling, med bra värden på tillhörande kvalitetsmått (effektstorlek och power), samt signifikant effekt för anknytning med godtagbara värden på

kvalitetsmåten. Utöver kvalitetsmåten kan även nämnas att fördelningen av deltagarna var jämnt fördelat på så sätt att den otrygga gruppen bestod av 23 % män (6 av totalt 26) och i den trygga gruppen 22% män (2 av totalt 9). Detta stärker studien som sådan liksom det faktum att datainsamlandet skett under lång tid vilket kan tyckas tala emot att det till exempel skulle vara årstidsrelaterade förbättringar.

Det är anmärkningsvärt att av 48 tillfrågade tackade samtliga ja till att delta i den aktuella studien och det skulle kunna spegla det oundvikliga beroendeförhållandet mellan terapeut och patient. Etiska överväganden gjordes avseende frivillighet, 13 personer lämnade inte in avslutande mätningar, varför antalet påminnelser begränsades till högst två tillfällen. Svarefrekvensen får dock anses ligga på en relativt normal nivå. Vidare kan lämplighet ifrågasättas utifrån hur materialet samlades in då den i behandlingen aktuella terapeuten ansvarade för insamlingen vilket skulle kunna ha inverkat på hur deltagarna svarat. Ett annat förfarande kunde utifrån etisk synpunkt varit mer lämpligt. Detta sågs emellertid som den bästa lösningen utifrån tidspress samt att mätningarna gjordes vid två tillfällen. Viss betänksamhet bör utifrån detta iakttas kopplat till resultatens tillförlitlighet.

Sammanfattningsvis föreslår resultaten att anknytningsmönster är av intresse. Studien bekräftar att det främst tycks vara personer med ett otryggt anknytningsmönster som remitteras till KBT-behandling, vilket är kongruent med litteraturen. Således kan det möjligen antas att anknytningsmönster har betydelse, inte för förmågan att svara på KBT-behandling, men på så sätt att ett otryggt anknytningsmönster är en sårbarhetsfaktor för att i första hand utveckla depressiva besvär.

### Referenser

- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: a review. *Harvard Review of Psychiatry, 12*, 94-104.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Akin, A. (2008). Self-compassion and achievement goals: A structural equation modeling approach. *Journal of Educational Research, 31*, 1-15.
- American Psychiatric Association (2013). *Mini-D 5. Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Pilgrim Press AB. Stockholm.
- Andersson, C. (2016). *Compassioneffekten- att utveckla självförtroende och inre trygghet*. Stockholm: Natur och kultur.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck Depression Inventory: manual*. Second Edition. Boston: Harcourt Brace.
- Bernecker, S. L., Levy, K. N., & Ellison, W. D. (2014) A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Journal of Psychotherapyresearch, 24*, 12-24.
- Blatt, S. J., Quinlan, D.M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 113-124.
- Bowlby, J. (1969/1997): *Attachment and Loss Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973): *Attachment and Loss Vol.2. Separation. Anxiety and Anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988): *A secure base*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1994). *En trygg bas. Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Stockholm: Natur och kultur.
- Brace, N., Kemp, R., & Snelgar, R. (2016). *SPSS for Psychologists (and everybody else)*. 6th. edition. Palgrave Macmillan.

- Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P., Ivarsson, T., (2013). *Anknytning i praktiken- tillämpningar i anknytningsteorin*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori- betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Campos, R.C., Besser, A., & Blatt, S. (2010). The mediation role of self-criticism and dependency in the association between perceptions of maternal caring and depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 1-9. Wiley- Liss, inc. Open access article, hämtad 2016-10-01 från [file:///C:/Users/asus1/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/UM9GYFFN/Campos\\_Besser\\_Blatt.pdf](file:///C:/Users/asus1/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/UM9GYFFN/Campos_Besser_Blatt.pdf)
- Daniel, S. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*. 26, 968-984.
- Eames, V. & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10, 421-34
- Eikeseth, S. & Svartdal, F. (2007). *Tillämpad beteendeanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C.L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 88-101.
- Feenley, J., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. I M. Sperling & W. Berman. (Eds), *Attachment in adults*, (sid. 128-151). New York: Guilford Press.
- Flink, I. & Linton, S. (2010). *12 verktyg i KBT*. Stockholm: Natur och kultur.
- Folkhälsomyndigheten (2016, 31 mars). Folkhälsan i Sverige. Årlig rapportering. Hämtad 2016-10-12 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/>.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerbert, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Harter, J., Schmidt, F., & Hayes, T. (2002). Business-Unit-Level Relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87, 268-279.



- Huibers, M., Cohen, Z., Lemmens, L., Arntz, A., Peeters, F., Cuijpers, P., & DeRubeis, R. (2016). Predicting optimal outcomes in cognitive therapy or interpersonal psychotherapy for depressed individuals using the personalized advantage index approach. *Dryad Digital Repository*. Hämtad 2016-10-12 från <http://www.journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0140771>
- Kafetsios, K. & Nezlek, J. (2002). Attachment styles in everyday social interaction. *European Journal of Social Psychology, 32*, 719-735.
- Kilic, S., Calik, E., & Kumandas, H. (2014). Effect of parental attitudes on skills of emotional management in young adults. *Procedia- Social and Behavioral Science, 191*, 930-934. Hämtad 2016-10-09 från open access article, DOI: 10.1016/j.sbspro.2015.04.276.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling. En introduktion till Kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Lindgren, O., Almqvist, K., & Folkesson, P. (2009). Psykoterapins g-faktor?. Sammanfattning av aktuell forskning. *Läkartidningen, 106*, 2285-2289.
- Lunnen, K. M., Ogles, B M., & Pappas, L. N. (2008). A multiperspective comparison of satisfaction, symptomatic change, perceived change and end-point functioning. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*, 145-152.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to a level of representation. In Tengström, A. & Håkansson, A. (1997). *ASQ. Attachmentstyle questionnaire. Manual till den svenska versionen (2)*. Umeå: Institutionen för tillämpad psykologi, Umeå universitet.
- Marshall M. B., Zuroff, D. C., McBride, C., & Bagby, R. M. (2008). Self-criticism predicts differential response to treatment for major depression. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 231.
- McBride, C., Atkinson, L., Quilty, L. C., & Bagby, R. M. (2006). Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: A randomized control trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1041-1054.
- McEvoy, P., Burgess, M., & Athan, P (2013). The relationship between interpersonal problems, therapeutic alliance, and outcomes following group and individual cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders, 157*, 25-32.

- Messer, S. B. & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 21-25.
- Meyer, B., Pilkonis, P.A., Proietti, J. M., Heape, C. L., & Egan, M. (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorders*, 15, 371-389.
- Neff, C. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- 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.
- Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Petti V., Rende, C.G., (2007). *Norstedts engelska synonymordbok, andra upplagan*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.
- Riksrevisionen. (2015). Rehabiliteringsgarantin fungerar inte. Tänk om eller lägg ner. Stockholm. Hämtad 2016-10-12 från <https://www.data.riksdagen.se/fil/F3263720-B197-43E3-B644-07A3808CB2F3>.
- SAOB (Svenska Akademiens Ordbok). (2016). Hämtad 2016-10-12 från <http://www.saob.se/>
- Sandell, R. (2004). Teknik eller relation. Kritiska faktorer i psykoterapi. *Läkartidningen*, 101, 1418-1422.
- Socialstyrelsen (2016). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Lägesrapport 2016*. Hämtad 2016-10-12 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20105/2016-3-16.pdf>
- Strosahl, K., Robinson, P. & Gustavsson, T. (2012). *Brief Interventions for radical change. Principles & practice of focused acceptance & commitment therapy*. New Harbinger Publications, Inc. Oakland.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2015). *Rehabiliteringsgarantin 2014. Erfarenheter och utveckling*. Stockholm. Hämtad 2016-10-12 från: [https://www.skl.se/download/18.ae0ffc214e1f7a71e329a23/1435156064520/SKL\\_Rehabiliteringsgarantin\\_2014.pdf](https://www.skl.se/download/18.ae0ffc214e1f7a71e329a23/1435156064520/SKL_Rehabiliteringsgarantin_2014.pdf)

- Sveriges Kommuner och Landsting. (2016). Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Stockholm. Hämtad 2016-10-12 från [https://skl.se/download/18.e79aa5215143dd034b82376/1450686340497/St%C3%B6d+till+riktade+insatser+inom+omr%C3%A5det+psykisk+h%C3%A4lsa+2016\\_1.pdf](https://skl.se/download/18.e79aa5215143dd034b82376/1450686340497/St%C3%B6d+till+riktade+insatser+inom+omr%C3%A5det+psykisk+h%C3%A4lsa+2016_1.pdf).
- Tengström, A. & Håkansson, A. (1997). *ASQ. Attachmentstyle questionnaire. Manual till den svenska versionen* (2). Institutionen för tillämpad psykologi. Umeå Universitet.
- Waters, E. & Cummins, E.M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, 71, 164-172.
- Wise, E.A. (2003). Psychotherapy outcome and satisfaction methods applied to intensive outpatient programming in a private practice setting. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 203-214.
- Wolfaardt, U. B., & Joyce, A. S. (2005). The Quality of objects relations (QOR) scale, the reciprocal attachment questionnaire (RAQ), and psychotherapy outcome. *Health Sciences Journal*, 2, 14-19.

Tabell 1. Korrelationssamband mellan föremättningsvärden på skattningsinstrument (beroende variabel).

	BAI	BDI	SCS	UT	UN	UV
BAI	1					
BDI	0.50*	1				
SCS	0.11	-0.38*	1			
UT	-0.31	-0.57**	0.28	1		
UN	-0.20	-0.53**	0.14	0.50**	1	
UV	-0.26	-0.47**	0.16	0.56**	0.66**	1

Notera: korrelation på 0.05 nivå anges med \* och korrelation på 0.01 nivå anges med \*\*

Tabell 2. Medelvärden ( $M$ ) och standardavvikelser ( $SD$ ) i avseende på beroendevariablerna före (1) respektive efter (2) behandling fördelat på Anknnytning (Otrygg, Trygg) samt för alla deltagare (Alla).

	Otrygg ( $n = 26$ )		Trygg ( $n = 9$ )		Alla ( $N = 35$ )	
	$M$	$SD$	$M$	$SD$	$M$	$SD$
BAI 1	25.38	12.34	23.22	10.21	24.83	11.72
BAI 2	17.08	11.22	8.22	5.80	14.80	10.77
BDI 1	30.77	9.00	18.33	3.04	27.57	9.60
BDI 2	23.04	14.17	6.83	4.97	18.87	14.32
SCS 1	2.29	0.40	2.65	0.70	2.38	0.51
SCS 2	2.59	0.67	3.00	0.48	2.70	0.65
UT 1	58.15	27.80	79.56	20.42	63.66	27.50
UT 2	66.54	26.83	84.89	13.92	71.26	25.32
UN 1	40.19	16.92	55.82	10.51	43.32	16.91
UN 2	44.93	20.46	65.38	9.58	49.37	20.37
UV 1	33.62	20.28	46.00	19.69	36.80	20.58
UV 2	47.58	22.39	70.56	16.54	53.49	23.17

**BILAGOR***Bilaga 1***INTYG**

150918

Härmed intygas att Josefin Andersson/Annika Frick får samla in data via patientärenden på vårdcentralen xxx, inom ramarna för sitt examensarbete på psykoterapeutprogrammet i kognitiv och beteendearbetad terapi 90 högskolepoäng vid högskolan Evidens. Aktuella patienter, vilka deltar frivilligt, kommer informeras skriftligen om konfidentialitet liksom att data kan komma att användas i vetenskaplig forskning och publicering, det kommer således upprättas ett informerat samtycke.

---

Verksamhetschef

## *Bilaga 2*

### **Informerat samtycke**

Till dig som påbörjar KBT-behandling på vårdcentralen. Härmed följer information om datainsamling för examensarbete på psykoterapeutprogrammet i kognitiv och beteendearbetsinriktad terapi vid Högskolan Evidens år 2014-2016.

Som en del av examensarbetet kommer data att samlas in med syfte att om möjligt finna lämpliga metoder att mer effektivt bedöma typbehov av psykoterapi. På sikt är förhoppningarna att kunna utveckla metoder för att på ett tidigt stadium mer effektivt kunna bedöma, anpassa och erbjuda lämplig psykoterapi till aktuella patientärenden.

Deltagandet innebär att du vid tillfällena kommer att få fylla i formulär, vid start och avslut av terapin. Dina svar kommer att journalföras enligt sedvanliga rutiner. All information som sedan används till forskningsändamål kommer aidentifieras och bearbetas statistiskt. Inga personuppgifter kommer lämnas ut till tredje man. Resultaten kommer presenteras i gruppform så som t.ex. medelvärden samt diagram vilket innebär att publicerad data ej kan härledas tillbaka till enskild individ. Inga risker eller något form av obehag kan förväntas i och med deltagande.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande och ändra ditt samtycke utan att det påverkar din fortsatta behandling. Vänd dig till din terapeut om du önskar ändra tidigare givet samtycke, alternativt till den andre nedanstående kontaktpersonen. Kompensation till deltagare för till exempel förlorad arbetsinkomst är tyvärr inte ekonomiskt möjligt. KBT behandlingen debiteras enligt sedvanlig behandling inom primärvården. Ansvariga för projektet är högskolan Evidens med Torsten Norlander, professor i psykologi, som handledare, samt studenterna Annika Frick, annika.frick@legevisitten.se och Josefin Andersson, josefin.andersson@ptj.se.

Vid frågor eller synpunkter var vänlig ta kontakt med nedanstående.

Annika Frick  
Kurator, KBT-terapeut, Vålbergs vc  
Student på psykoterapeutprogrammet  
vid Högskolan Evidens

Tfn. 054-7708842

Josefin Andersson  
Kurator, KBT-terapeut,  
Töcksforspraktiken  
Student på psykoterapeutprogrammet  
vid Högskolan Evidens

Tfn. 0573-14969

Härmed bekräftar jag att jag har tagit del av information om projektet som syftar till att finna lämpliga metoder för att mer effektivt bedöma typbehov av psykoterapi som kommer genomföras av Annika Frick och Josefin Andersson som ett examensarbete.

-----  
Signatur

-----  
Namnförtydligande

Kontaktpersoner:

-----  
Signatur

-----  
Namnförtydligande

-----  
Signatur

-----  
Namnförtydligande