

Anna Boström

- ”Som att man har varit färgblind och sedan plötsligt ser all färg, alltså värsta paletten!”

-

En kvalitativ studie av patienters upplevelse av att delta i ERGT (Emotion Regulation Group Therapy)

- “As if you have been color blind and suddenly all the colors look like the finest palette!”

-

A qualitative study of patients' experience of participating in ERGT (Emotion Regulation Group Therapy)

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet
i kognitiv och beteendeinriktad terapi
90 högskolepoäng

2018-05-02/Termin 6

Handledare: Anders Hammarberg

Examinator: Anna Söderpalm Gordh

Sammanfattning

I takt med att kunskapen om självskadande handlingar och beteenden vid psykisk ohälsa successivt ökat, har det under senare år satsats på att utveckla behandlingsalternativ som kan vara till hjälp för att minska självskadebeteende. En behandlingsmodell som rönt intresse och visat goda resultat i kvantitativa utvärderingsstudier är ERGT (Emotion Regulation Group Therapy). ERGT är en manualbaserad psykologisk behandling med rötter i bl.a. ACT och DBT, specifikt utformad för att behandla självskadebeteende och utveckla förmågan till känsloreglering. Även om behandlingen visat lovande resultat finns få studier som belyser hur behandlingen upplevs av patienterna.

Denna studie syftade till att undersöka och försöka nå en djupare förståelse för patienters upplevelse av att delta i ERGT. Studien gjordes utifrån kvalitativ ansats och baseras på intervjuer med fem personer som fullföljt ERGT-behandling under 2017. Deltagarna var mellan 25-44 år och samtliga hade en bakgrund av långvarigt psykiskt illabefinnande med ångest, nedstämdhet och olika typer av självdestruktiva handlingar. När intervjumaterialet analyserades och kodades med hjälp av meningskoncentrering framkom sju övergripande kategorier. Dessa kategorier handlade om bland annat förväntningar på behandlingen, erfarenheter av olika behandlingsaspekter, samt tankar om hur behandlingen kan förbättras i framtiden. Den övergripande bilden var att deltagarna upplevt behandlingen som givande och hjälpsam på många sätt, samtidigt som de också vittnade om olika aspekter som varit svåra, framför allt känslomässigt. Även om deltagarnas upplevelser i vissa avseenden skiljde sig från varandra framkom en relativt samstämmig bild av vad som upplevts positivt respektive negativt. Mest centralt i deras berättelser var upplevelsen att de genom arbetet i gruppen blivit bättre på att känna igen, tolka, förstå och hantera egna känslomässiga reaktioner. Dessa resultat är naturligtvis både intressanta och glädjande ur ett kliniskt perspektiv, då ERGT är specifikt utformad för att utveckla konstruktiva och accepterande sätt att möta svåra känslor hos deltagarna.

Nyckelord: Emotion Regulation Group Therapy, självskadebeteende, patienters upplevelse av psykoterapi

Abstract

As the knowledge of non-suicidal self-injury has gradually increased over the last years, efforts have been made to develop treatments that may help reduce self-harm. A treatment model that has demonstrated good results in quantitative outcomes studies is ERGT (Emotion Regulation Group Therapy). ERGT is a manual-based psychological treatment with roots in ACT and DBT, specifically designed to treat self-harm and teach emotion regulation skills. Although the treatment has shown promising results, there are few studies that investigate how the treatment is experienced by the patients.

This qualitative study aimed at investigating and trying to gain a deeper understanding of the patient's experience of participating in ERGT. The study was based on interviews with five individuals who completed ERGT treatment in 2017. The participants were 25-44 years old and of them had suffered from long-term mental health problems, e.g. anxiety, depression and various types of non-suicidal self-injury. In the qualitative content analysis of the interview data, seven comprehensive categories emerged. These categories included the participants' expectations of treatment, their experience of different treatment aspects as well as their thoughts on how ERGT can be improved in the future. The overall picture was that the participants experienced the treatment as rewarding and helpful in many ways, while also describing certain aspects that were difficult and emotionally painful. Although the participants' experiences differed to a degree from each other, a relatively consistent picture of what was perceived positively and negatively in the treatment was also found. Everyone shared the experience that the treatment had helped them adopt strategies to cope with their own emotional responses better. These results are interesting, as ERGT is specifically designed to develop constructive and accepting ways to meet difficult emotions.

Key words: Emotion Regulation Group Therapy, non-suicidal self-injury, patients' experience of psychotherapy

Förord

Jag vill här rikta ett varmt tack till de personer som på olika sätt bidragit till att denna uppsats kunnat skrivas. Först och främst stort tack till informanterna som ställt upp på intervju och så generöst delat med er av era berättelser, er tid och ert engagemang!

Tack också till er terapeutkollegor som varit behjälpliga i samband med deltagarrekrutering.

Anders Hammarberg, som handlett mitt arbete, har varit ett fantastiskt stöd under processen.

Innerligt tack till dig för kloka synpunkter, uppmuntran och vägledning!

Sist men inte minst, mitt varmaste tack till mina nära och kära som stått vid sidan av och hejat på – och haft tålamod med mig under arbetets gång.

Inledning

Självd destruktivitet kan ta sig många uttryck. Alltifrån subtila beteenden, som att man inte tar hand om sig själv ordentligt och/eller utsätter sig för risker av olika slag, till den yttersta självskadehandlingen - att ta sitt eget liv. Någonstans där emellan hamnar det man oftast menar med begreppet självskadebeteenden, det vill säga att människor tillfogar sig själva fysiska skador.

Självska debeteende har, i såväl media som vetenskaplig litteratur, beskrivits som ett växande problem under senare årtionden, framför allt hos ungdomar, och har då även kopplats till rapporter om ökande psykisk ohälsa (Aftonbladet, 2016; Calling m.fl., 2017; Dagens Nyheter, 2013; Socialstyrelsen, 2017). Problemet har av många beskrivits som komplext och svårbehandlat (Bjärehed, 2012; Lundh m.fl., 2012), vilket var en bidragande orsak till att det i Sverige 2012 togs initiativ till ett nationellt handlingsprogram för att utveckla kunskapen om och vården av unga med självskadebeteende (Socialdepartementet, 2012). Som en del i detta initierades det s.k. Nationella Självskadeprojektet, där medarbetare inom alla Sveriges landsting och regioner tillsammans med forskare och personer med egen erfarenhet arbetar för att personer med självskadebeteende ska få ett gott bemötande, adekvat vård och rätt insatser oavsett var man söker vård. Inom ramen för Nationella Självskadeprojektet har flera nya behandlingsalternativ utvärderats, däribland ERGT - Emotion Regulation Group Therapy.

ERGT är en manualbaserad psykologisk behandling specifikt utformad för att behandla självskadebeteende och utveckla deltagarnas förmåga att reglera känslor. Behandlingen har utvärderats i ett antal amerikanska studier (Gratz & Gunderson, 2006; Gratz & Tull, 2011; Gratz, Tull & Levy, 2014) och resultaten från hittills genomförda studier är lovande. Även en första utvärdering i Sverige visar på goda resultat (Sahlin m.fl., 2017). Det finns dock få studier som belyser hur behandlingen upplevs av patienterna (personlig kommunikation med Hanna Sahlin-Berg och Johan Bjureberg, styrgrupp ERGT, Nationella självskadeprojektet, februari 2017). I en färsk psykologexamensuppsats, där effekten av ERGT för sex patienter utvärderats både kvantitativt och kvalitativt, identifierar Dahlberg och Wetterberg (2016) flera teman som patienterna upplevt som värdefullt i behandlingen. Här nämns bl.a. ”att få ökad förståelse för sig själv och sina känslor” samt ”att få dela och känna samhörighet med andra i liknande situation” (ibid). Materialet är dock litet och författarna identifierar behov av mer forskning på området – inte minst för att skapa ökad kunskap kring vilka patienter som skulle ha störst nytta av behandlingen.

Denna psykoterapeutexamensuppsats syftar till att undersöka, belysa och försöka nå en djupare förståelse för patienters upplevelse av att delta i ERGT. I samband med att det under 2016-2017 satsats stort på implementering av ERGT inom Västra Götalandsregionen öppnade sig ett gyllene tillfälle att titta närmare på just denna aspekt.

Definition av självskadebeteende

Att entydigt definiera självskadebeteende har visat sig förenat med svårigheter, vilket avspeglas i litteraturen där definitionerna skiljer sig lite åt beroende på tradition (se t.ex. Bjärehed, 2012 och Lundh, 2013 samt 2014 för översikt). I Sverige har vi traditionellt använt begreppen ”självskadebeteende” och ”självd destruktivitet” för att beskriva olika handlingar som syftar till att skada den egna kroppen, utan att vidare specificera beteendets avsikt eller funktion (Sternier, 2012). Traditionellt har fokus legat på självskadebeteende som innebär en direkt skada på den egna kroppen, medan mer indirekta former som till exempel missbruk eller att försumma sina fysiska behov av mat och sjukvård i självskadande syfte, inte uppmärksammas på samma sätt. I internationell forskning går det att urskilja två huvudspår, där den största skillnaden ligger i huruvida man särskiljer självskada i suicidalt syfte från icke-suicidalt självskadebeteende (Lundh, 2014). I europeisk och australiensisk forskning används ofta termen ”*deliberate self-harm*”, som rakt översatt till svenska blir ”avsiktlig självskada”. Enligt denna tradition görs ingen skillnad på om självskadebeteendet har suicidsyfte eller inte. I detta begrepp ingår beteenden som att överdosera läkemedel i självmordssyfte och beteenden utan självmordsavsikt som att riva eller rispa huden (Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002; Plener, Libal, Keller, Fergert & Muehlenkamp, 2009). I USA är begreppet ”*non-suicidal self-injury*” (NSSI) det mest använda. Som NSSI definieras att skada tillfogas direkt på kroppens yta utan självmordsavsikt. Beteenden som inkluderas är till exempel att skära, bränna, bita eller gnugga huden tills den skadas (se till exempel Gratz, 2001).

En delvis annorlunda uppdelning återfinns hos Nock (2010), som föreslår en terminologi med utgångspunkt i paraplybegreppet ”självd destruktiva beteenden”. Dessa självd destruktiva beteenden kan sedan delas in i ”indirekt självskadliga handlingar” (där skadan är en oavsiktlig konsekvens av handlingen) och ”direkt självskadliga handlingar” (där skadan är den avsedda konsekvensen av handlingen).

Lars Gunnar Lundh (2014) argumenterar för att det finns flera skäl att skilja mellan icke-suicidalt självskadebeteende och suicidförsök. Förutom att det icke-suicidala självskadebeteendena sällan är livshotande, har de också ett annat syfte och en annan funktion. Beteendena syftar inte till att dö utan bör snarare ses som ett sätt att försöka bemästra svårhanterliga känslor, men syftet kan också vara att kommunicera till andra hur dåligt man mår eller att finna gemenskap med andra som skadar sig själva. Samtidigt står det klart att det också finns likheter och samband mellan suicidalt som icke-suicidalt självskadebeteende. Studier påvisar att båda dessa former av självdestruktivitet visat sig vara en viktig riskfaktor för framtida självmordsförsök (Lundh, 2014; Tsirigotis, Gruszczynski & Lewik-Tsirigotis, 2013).

Under arbetet med den amerikanska psykiatriklassifikationen DSM-5 förslags att "non-suicidal self-injury" (NSSI) skulle föras in som ny diagnos (Lundh, 2014). Processen mynnade dock ut i att diagnosen placerades i sektion 3 av DSM-5, som ett av flera tillstånd som kräver mer forskning innan de kan bli officiella diagnoser. I de föreslagna diagnoskriterierna nämns bl.a. att individen under minst fem dagar under det senaste året ska ha tillfogat den egna kroppsytan skada utan suicidal avsikt, men ändå av sedan allvarlighetsgrad att det orsakat kliniskt signifikant lidande eller nedsatt funktion på viktiga livsområden (ibid).

Bland kliniskt verksamma behandlare förespråkas ofta en bredare definition av självskadebeteende, som här illustreras av den svenska psykoterapeuten Therese Sterner (2012, s 9):

"... alla självskadande och andra riskfyllda beteenden som fyller funktionen av att reglera sitt psykiska mående till det bättre, dvs. att reducera olika former av psykologisk stress samt att kommunicera till omgivningen om hur man mår är ett självskadebeteende, oavsett om de innebär risk för allvarlig skada och/eller död."

I denna definition ligger alltså fokus huvudsakligen på beteendets funktion och syfte, snarare än på vilken typ av skada beteendet medför. Detta område, självskadebeteendets funktion, diskuteras mer ingående under egen rubrik nedan.

Prevalens

Eftersom olika studier utgår från olika definitioner av begreppet självskada är det svårt få någon entydig bild av hur vanligt förekommande självskadebeteende är. Dessutom är

mörkertalet stort eftersom många som skadar sig själva strävar efter att dölja det (Sterner, 2006). I litteraturen beskrivs att självskadebeteende oftast debuterar i yngre tonåren, att incidensen ökar fram till ung vuxen ålder för att sedan avta (Bjärehed, 2012). Självskadebeteenden tycks ovanligare bland vuxna i allmänhet, men här saknas statistiskt belagda data.

I en stor svensk undersökning rapporterar drygt 35% av de tillfrågade ungdomarna i åldern 15-17 år att de någon gång under det senaste året tillfogat sig själva skada med avsikt (Zetterqvist m.fl., 2013). Av dessa bedöms totalt 6% uppfylla de föreslagna diagnoskriterierna för icke-suicidalt självskadebeteende enligt DSM-5. Internationellt uppskattas förekomsten av självskadehandlingar (utan självmordsavsikt) hos ungdomar till 13–28 procent (Muehlenkamp, m.fl., 2012). Bland personer med psykiatriska diagnoser är förekomsten högre, både bland ungdomar och vuxna (Bjärehed, 2012). I en svensk undersökning av patienter inom den specialiserade psykiatrin framkom att drygt 47 procent av de svarande patienterna hade skadat sig vid något tillfälle under de senaste sex månaderna (Odelius & Ramklint, 2014). Darche (1990) pekar på att 40-61% av de ungdomar som har kontakt med psykiatrin skadar sig själva genom att skära och/eller rispa sig. Longitudinell uppföljning av ungdomar som skadat sig visar att de har en ökad risk för psykisk sjukdom, fortsatt självskadebeteende och missbruk (Mars m.fl., 2014). Som tidigare nämnts finns också tydliga samband mellan självskadebeteende och fullbordade suicid. Mellan 30-47% av de personer som tar sitt liv har en historik av självskadande beteenden (Welch, 2001).

Flera studier av ungdomar visar att fler flickor än pojkar har självskadebeteende, även om självskadebeteende är vanligare hos pojkar än man tidigare trott (Bresin & Schoenleber, 2015; Muehlenkamp, m.fl., 2009; You m.fl., 2011; Zetterqvist et al., 2013). Litteraturen ger visst stöd för att pojkar och flickor skadar sig på olika sätt. Som ett exempel kan nämnas att flickor är överrepresenterade vad gäller att skära sig och ta tabletter, medan pojkar exempelvis oftare avsiktligt bränner eller slår sig för att skada sig (Claes m.fl., 2007; Lundh m.fl., 2007; You m.fl., 2011). Samtidigt finns anledning till viss försiktighet när data tolkas utifrån könsskillnader. Prevalensen av självskadebeteende mäts oftast genom checklistor som efterfrågar ett antal specifika beteenden. Det är möjligt att självskadebeteenden som saknas i dessa checklistor oftare används av pojkar (Bjärehed m.fl., 2012; Lundh m.fl., 2007).

I flera studier påvisas stark överlappning mellan självskadebeteende och en/flera psykiatriska diagnoser. Nitkowski och Petermann (2011) fann i en metaanalys att

komorbiditeten är mest framträdande när det gäller depressionssjukdomar, ångestsyndrom, missbruk samt emotionellt instabil personlighetsstörning. I en annan studie (Nock m.fl., 2006) konstaterades att mer än hälften av de intervjuade ungdomarna i åldrarna 12-17 år med självskadebeteende uppfyllde kriterier för minst en axel-I-diagnos I DSM-IV. Vanligast bland dessa var substansmissbruk, egentlig depression, trotsyndrom och PTSD. I samma studie bedömdes att två tredjedelar av deltagarna även uppfyllde kriterier för någon axel II-diagnos. Här var emotionellt instabil personlighetsstörning vanligast, följt av undvikande respektive paranoid personlighetsstörning (ibid).

Orsaker och sårbarhetsfaktorer

St Germain och Hooley (2012) fann i en studie att personer som använder direkta respektive indirekta former av självskadebeteende har gemensamma sårbarhetsfaktorer som inte skiljer sig signifikant åt. Sårbarhetsfaktorerna utgjordes framför allt av låg självkänsla, svaga problemlösningsfärdigheter, svårigheter att kommunicera om egna problem, nedstämdhet, bristande impuls kontroll, dissociation och vissa symtom på emotionellt instabilt personlighetssyndrom. I litteraturen beskrivs också att många personer som någon gång utvecklar självskadebeteende bär på svåra traumatiska upplevelser under barndom och uppväxtår, och trauma kan således antas vara en viktig sårbarhetsfaktor (se t.ex. Sterner, 2006). Ofta går det också att identifiera en akut stressfylld händelse som utlöser första episoden av självskada. Det kan t.ex. röra sig om en konflikt med någon närstående eller att personen helt enkelt inte står ut med sin situation längre och genom självskadan försöker kommunicera till omgivningen att han/hon inte mår bra. Vissa personer beskriver att deras självskadebeteende utvecklades efter att de sett eller hört talas om det hos andra. Gruppträck, imitation eller s.k. ”social smitta” beskrivs också som en betydelsefull orsaksfaktor (Sterner, 2006; Bjärehed, 2012). Både kliniska erfarenheter och forskning talar för att självskadebeteenden hos en individ kan uppstå, utlösas eller förvärras av andra individers självskadebeteende (ibid).

Självskadebeteendets funktion (formatera som underrubrik)

Självskadande beteenden kan fylla flera olika funktioner (se t.ex. Sterner, 2006; Bjärehed, 2012). Många patienter beskriver att det handlar om ett sätt att försöka ta bort/minska svåra och smärtsamma känslor, tankar och/eller minnen. Självskadandet fungerar då som ett sätt att ”flytta fokus”, och många beskriver också en påtaglig upplevelse av lättnad efter att de skadat sig. Självskadebeteende kan också vara ett sätt att ge uttryck för känslomässigt lidande och ett

försök att kommunicera med omgivningen; att försöka visa för andra hur dåligt man mår på insidan.

Flera forskare, bl.a. Kim Gratz (2003) argumenterar för att självskadebeteende bör ses som en strategi för känsloreglering, dvs. ett sätt att försöka hantera känslor som ofta upplevs som överväldigande, skrämmande och hotfulla.

Ett försök att sammanfatta de olika funktionerna hos självskadebeteenden i fyra separata kategorier – som belyser såväl intrapsykiska som interpersonella aspekter - har gjorts av Nock och Prinstein (2004; i Sterner, 2006):

1. *Automatisk negativ förstärkning*: Självskadebeteendet minskar (kortsiktigt) spänning och negativa känslotillstånd (interpersonellt/intrapsykiskt).
2. *Automatisk positiv förstärkning*: Självskadan skapar en (kortsiktig) positiv upplevelse av avslappning, lugn och lättnad.
3. *Social negativ förstärkning*: Självskadebeteendet medför att personen kan ”fly” eller slippa något som han/hon upplever som jobbigt i en interpersonell/social kontext.
4. *Social positiv förstärkning*: Självskadebeteendet utförs för att det ger önskad uppmärksamhet från omgivningen; att ”få en reaktion” från andra blir en slags bekräftelse på att någon uppfattat hur dåligt man mår, även om denna reaktion inte nödvändigtvis alltid är positiv/stöttande utan snarare negativ.

Behandlingsalternativ vid självskadeproblematik

I en omfattande behandlingsöversikt beskriver Lars-Gunnar Lundh (2013) att merparten av hittills genomförda behandlingsstudier på området berör patienter med emotionellt instabil (eller ”borderline”) personlighetsstörning, medan ett mindre antal studier handlar om ungdomar med självskadebeteende utan att begränsas av diagnos. När det gäller patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning finns evidens för att vissa typer av långtidsterapi (främst MBT och DBT) har god effekt på självskadebeteende, även om man hittills inte kunnat identifiera specifika behandlingskomponenter som står för dessa effekter (Lundh, 2013). Korttidsbehandlingen ERGT är specifikt fokuserad på självskadebeteende, oavsett andra diagnoser. ERGT har visat god effekt som tilläggsbehandling för patienter som har någon form av parallell individuell samtalskontakt (Lundh, 2013; Gratz m.fl, 2006, Gratz m.fl 2011; Sahlin m.fl., 2017).

En jämförelse av de olika terapiformer som gett effekt visar att de skiljer sig mycket åt i teori och metod, men att de har vissa gemensamma drag (Lundh, 2013). Här följer en kortfattad redogörelse för de tre terapiformer där man hittills funnit starkast evidens, dvs DBT, MBT och ERGT, samt en kort genomgång av gemensamma faktorer som identifierats i de olika behandlingsupplägg som ger bäst effekt vid självskadebeteende.

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en form av kognitiv beteendeterapi som utvecklats av Marsha Linehan (1993), specifikt för suicidnära kvinnor med diagnosen emotionellt instabil personlighetsstörning. Terapin innehåller en kombination av individuell terapi en gång i veckan, färdighetsträning en gång i veckan, och möjlighet till telefonkontakt i krissituationer mellan sessionerna. I DBT används av alla de traditionella beteendeterapeutiska och kognitiva metoderna: beteendeanalys (framför allt s.k. kedjeanalys av självskadeepisoder), problemlösning, färdighetsträning (färdighetsträningen sker i grupp och innehåller fyra moduler, med fokus på mindfulness, emotionsreglering, interpersonella relationer, och ”distress tolerance”), exponering och kognitiva tekniker. DBT har i flera studier visat goda resultat vid behandlingen av patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning, och den betraktas ofta som ett genombrott i behandlingen av denna patientgrupp (Lundh, 2013). Det är dock oklart i vilken utsträckning dessa resultat beror på faktorer som är specifika för just DBT-modellen, eller om de snarare kan kopplas till mer generella faktorer som finns även i andra psykoterapiformer. Utifrån hittills genomförda studier är det också svårt att dra några säkra slutsatser om DBT-behandlingens effekt på självskadebeteenden. (ibid).

Mentaliseringsbaserad terapi (MBT) har sin grund i psykodynamisk tradition, men skiljer sig från traditionell psykodynamisk terapi. Terapiformen har utvecklats av Bateman och Fonagy (2004; 2010), och beskrivs ha sina rötter i anknytningsteori och kognitiv teori. I fokus för behandlingen står att försöka förbättra patientens mentaliseringsförmåga, dvs att öva upp och stabilisera förmågan att föreställa sig sitt eget och andras inre. I de tre RCT-studier som nämns i Lundhs (2013) metaanalytiska behandlingsöversikt uppvisar MBT lovande resultat med avseende på självskadebeteende. Intressant att notera här är också att de goda resultaten står sig bra vid långtidsuppföljning (ibid).

ERGT (Emotion Regulation Group Therapy) är en manualbaserad psykologisk behandling specifikt utformad för att behandla självskadebeteende och utveckla deltagarnas förmåga att reglera känslor (Gratz, & Gunderson, 2006; Gratz & Tull, 2011; Gratz,

Tull & Levy R, 2014; Bjureberg & Sahlin, 2015). Behandlingen ges i grupp och är tänkt som tillägg till individualterapi. Metoden kan sorteras in under KBT-paraplyet och har hämtat inspiration från DBT, ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*, se t.ex. Hayes m.fl., 1999) och emotionsfokuserad terapi (se t.ex. Greenberg, 2015). ERGT utgår från teorin att självskadebeteende fyller en känsloreglerande funktion och syftet med behandlingen är att lära individen mer konstruktiva och accepterande sätt att möta svåra känslor. Behandlingen handlar inte om att försöka förändra eller ”kontrollera” individens emotionella upplevelser, utan snarare att förändra hans/hennes relation till de emotionella upplevelserna (Bjureberg & Sahlin, 2015). Genom hela behandlingen betonas främjande av emotionell acceptans samtidigt som strategier för beteendemässig kontroll (dvs. kontroll av beteenden snarare än känslor) lärs ut och tränas. Till skillnad från exempelvis DBT är behandlingsmodellen diagnosöverskridande och riktar sig till alla individer med självskadebeteende, oavsett samsjuklighet. Det faktum att ERGT är en korttidsbehandling (1 gruppssession/vecka under totalt 14-16 veckor) gör den naturligtvis också attraktiv inom såväl psykiatri som andra verksamheter. Behandlingen har utvärderats i ett antal amerikanska studier (Gratz & Gunderson, 2006; Gratz & Tull, 2011; Gratz, Tull & Levy, 2014) och resultaten från hittills genomförda studier är lovande. Även en första utvärdering i Sverige visar på goda resultat (Sahlin m.fl., 2017).

Trots att de behandlingsformer som studerats - och som alla uppvisar goda resultat när det gäller behandling av patienter med självskadebeteende - sinsemellan skiljer sig åt i många avseenden, tycks också finnas en del gemensamma nämnare. I den kunskapssammanställning om behandlingsalternativ som gjorts inom ramen för Nationella självskadeprojektet (Lundh m.fl., 2012) identifieras bl.a. följande metodövergripande faktorer som tycks vara väsentliga vid behandling av denna patientgrupp:

1. En tydlig behandlingsstruktur som skapar förutsägbarhet och kontinuitet för patienten.
2. Ett empatiskt-validerande och lyssnande-undersökande terapeutiskt förhållningssätt.
3. Ett metodmässigt fokus på ökad emotionell medvetenhet och förbättrad emotionsreglering.

Kvalitativ psykoterapiforskning och patienters upplevelse av psykoterapi

Under senare år har diskussionen om olika psykologiska behandlingsmodellens effektivitet aktualiserats alltmer i olika sammanhang. En betydande del av den forskning som syftar till att utvärdera och bedöma effekter av psykoterapeutisk behandling görs utifrån

renodlat kvantitativ ansats och här ställs ofta strikta metodologiska krav. Behandlingseffekter utvärderas här exempelvis med hjälp av symtomskattningar i olika undersökningsgrupper, där resultaten är möjliga att analysera statistiskt. Behandlingsformer som i upprepade kontrollerade studier kunnat uppvisa goda resultat anses som effektiva, och det är också denna typ av studier som ligger till grund för aktuella behandlingsrekommendationer för exempelvis ångest- och depressionssjukdomar (se t.ex. Socialstyrelsen, 2016).

Bland kliniskt verksamma psykoterapeuter finns ofta ett intresse för en annan aspekt av psykologisk behandling och dess effekter, nämligen hur en viss behandlingsform upplevs av de patienter som genomgår behandling. Inom den kvalitativa psykoterapiforskningen finns en strävan efter att belysa just denna aspekt, för att på så sätt bidra till kunskapsutvecklingen när det gäller vilka behandlingsmodeller som lämpar sig bäst för vilka patienter (se t.ex. McLeod, 2013). Kvalitativa behandlingsstudier ses dock av många som svårvärderade, främst kopplat till metodologiska dilemman. Till skillnad från kvantitativ forskning, där det finns tydliga kriterier för validitet och reliabilitet, är dessa områden ofta mer ”flytande” inom den kvalitativa forskningen, vilket väcker frågor om resultatens generaliserbarhet. Trots dessa svårigheter kan konstateras att kvalitativ forskning bidrar till ökad förståelse för vilka faktorer som kan påverka utgången av en psykoterapeutisk process (ibid).

I en elegant metaanalys av ett antal kvalitativa studier, där fokus legat på att identifiera faktorer som patienter upplevt som hjälpsamma i olika typer av psykoterapeutisk behandling (både individuellt och i gruppformat), utvecklas nio övergripande kategorier (Timulak, 2007). Dessa beskrivs kortfattat här:

1. *Medvetenhet/Insikt/Förståelse*. Patienterna beskriver att terapin bidragit till en ökad förståelse för den egna livssituationen och svårigheterna, vilket ses som en hjälpsam komponent.
2. *Beteendeförändring/Problemlösning*. Här beskrivs en upplevelse av att terapin varit hjälpsam när det gällt att utveckla nya strategier för att nå önskade mål.
3. *”Empowerment”*. Här avses en upplevelse av ökad självtillit och tilltro till den egna förmågan att hantera sin situation, som av många patienter beskrivs som hjälpsamt.
4. *Lättnad/Lugn*. Patienterna beskriver att en upplevelse av ökat lugn, kopplat till en trygghet i den terapeutiska relationen, varit hjälpsam för dem.
5. *Undersökande av känslor/Känslomässigt upplevande*. Här beskrivs en upplevelse av att, inom ramen för terapin, uppleva känslor på ett nytt – mer adaptivt – sätt. För många patienter är detta en hjälpsam faktor.

6. *Känna sig förstådd.* För många patienter är upplevelsen av att känna sig förstådd på ett djupare plan i terapin mycket hjälpsam.
7. *Egen delaktighet.* Här avses patientens upplevelse av att själv göras delaktig i den psykoterapeutiska processen, vilket många beskriver som en hjälpsam ingrediens i terapin.
8. *Stöd/trygghet.* Patienterna beskriver att stöd från såväl terapeut som, i gruppterapisammanhang, andra gruppdeltagare varit värdefullt för dem i den terapeutiska processen.
9. *Personlig kontakt.* Många patienter beskriver att den varma och personliga kontakten med terapeuten spelat en viktig roll för dem och bidragit till en positiv upplevelse av terapin.

Några av dessa teman, som t.ex. ”att få ökad förståelse för sig själv och sina känslor” samt ”att få dela och känna samhörighet med andra i liknande situation”, lyfts också fram i Dahlbergs och Wetterbergs (2016) kvalitativa utvärdering av ERGT-deltagares upplevelser av behandlingen. Som redan nämnts har ERGT uppvisat goda behandlingseffekter i hittills genomförda kvantitativa studier. Kunskapen om hur denna behandlingsform upplevs av patienterna – och vad de själva upplever som hjälpsamt i behandlingen – är dock ytterst begränsad, då få kvalitativa studier gjorts på området.

Syfte

Studien syftar till att undersöka och belysa patienters upplevelse av att delta i ERGT. Den huvudsakliga, breda, frågeställningen kan således formuleras: Hur upplever patienter sitt deltagande i ERGT?

Metod

Design

Studien har genomförts utifrån en renodlat kvalitativ ansats. All datainsamling har skett genom enskilda djupintervjuer som sedan analyserats med utgångspunkt i fenomenologisk vetenskapstradition.

Deltagare

Urvalet bestod av fem personer, fördelat på fyra kvinnor och en man, som samtliga hade deltagit i ERGT-behandling vid någon psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Västra

Götalandsregionen under 2016-2017. Informanterna var i olika åldrar, mellan 25-44 år. En av dem var vid tidpunkten för intervjun fullt sysselsatt i arbete, övriga var helt eller delvis sjukskrivna. Tre av informanterna levde tillsammans med partner och ett/flera barn, medan två var ensamboende och singlar. Samtliga deltagare beskrev långvarigt psykiskt illabefinnande med ångest, nedstämdhet och olika typer av självdestruktiva handlingar. Samtliga hade också haft mångårig kontakt med både primärvård och specialistpsykiatri, och provat såväl läkemedel som olika typer av psykologisk behandling, innan de erbjöds ERGT. Fyra av de fem deltagarna hade individuell samtalskontakt parallellt med ERGT-behandlingen, vilket också är en generell rekommendation för ERGT.

Urvalet av deltagare gjordes utifrån principer som i metodlitteraturen brukar kallas ”bekvämlighetsurval” (se t.ex. Robson, 1993). Ett sådant urvalsförfarande bygger på vad som är passande för forskaren och vilka objekt som ligger närmast till hands att välja. För småskaliga forskningsprojekt med begränsad budget för såväl tid som kostnad ses många fördelar med denna typ av urvalsförfarande.

Inledningsvis kontaktades psykologer vid tre öppenvårdsmottagningar där man genomfört ERGT-grupper under våren 2017. Psykologerna, som själva lett ERGT-grupper, ombads att kontakta tidigare gruppdeltagare med information om studien samt förfrågan om deltagande. Ett skriftligt informationsblad erbjöds som komplement till muntlig information (se appendix 1). Av de totalt tolv tidigare gruppdeltagare som fick information om studien anmälde sex personer intresse för att delta. Dessa kontaktades per telefon av författaren, som gav mer information om undersökningens mål och syfte. En av de personer som kontaktades avböjde att medverka, främst av praktiska skäl då hon flyttat till annan ort och hade svårt att hitta tidsmässigt utrymme för intervju. De övriga fem som kontaktades var mycket positiva till att medverka. Av dessa fem personer hade tre deltagit i samma ERGT-grupp medan de två övriga deltagit i grupper vid andra mottagningar.

Tillvägagångssätt

De tidigare gruppdeltagare som anmält intresse för att medverka i studien fick information om att deltagandet var helt frivilligt samt att de när som helst kunde välja att avbryta sin medverkan. De informerades också om att studien gjordes helt utan koppling till pågående vårdkontakter samt att deras deltagande i studien inte på något vis skulle påverka deras fortsatta vård och behandling. Därefter bokades intervjuer in med de tidigare gruppdeltagarna. Informanterna fick själva välja tid och plats för intervju. Intervjuerna, som varade 45-60

minuter, genomfördes antingen hemma hos informanten eller i samtalsrum på den öppenvårdsmottagning där respektive ERGT-behandling ägt rum. Intervjuerna hade formen av ett informellt samtal, där informanternas egen upplevelse av att delta i ERGT-behandling stod i fokus. Som utgångspunkt för samtalen användes en intervjuguide med ett antal frågeområden som utvecklats för att belysa såväl helhetsupplevelse av behandlingen som upplevelsen av specifika behandlingsinslag (se appendix 2). Utrymme gavs dock också för att beröra andra områden om det visade sig bli aktuellt. Ljudupptagning av intervjuerna gjordes med hjälp av mobiltelefon samt diktafon.

Databearbetning – analys

Som ett första steg i bearbetningen av data transkriberades intervjuerna. Därefter följde upprepade genomläsningar av intervjuutskriften, i syfte att ”få grepp” om innehållet. Det arbetssätt som sedan användes i den fortsatta analysen av data, kan närmast liknas vid det som i metodlitteraturen kallas ”meningskoncentrering” (Kvale, 2014). Denna metod, som kunskapsteoretiskt har sin grund i fenomenologin, går ut på att försöka få fram ”essensen” i det som intervjupersonen sagt. Långa uttalanden pressas samman i kortare utsagor, i vilka den väsentliga innebörden i det som sagts omformuleras med några få ord. Målet med detta arbetssätt är att nå en djupare förståelse av vilken innebörd ett visst fenomen – i detta fall att delta i ERGT-behandling – har för intervjupersonen.

Resultat

Under analysarbetet och kodningen växte sju huvudteman eller kategorier fram. Dessa huvudteman belyser centrala aspekter av informanternas upplevelser av att delta i ERGT-behandling. Samtliga huvudteman innehåller också underkategorier. Samtliga kategorier redovisas här först översiktligt och därefter mer detaljerat.

Kategorier

1. Förväntningar inför behandling

1.1. Farhågor

1.2. Förhoppningar

2. Upplevelser av att delta i behandlingen som helhet

2.1. Känslomässigt överväldigande, intensivt och bitvis stressigt

2.2. Roligt

- 2.3. Alltför komprimerat
- 2.4. Viktigt med individuell samtalskontakt parallellt med gruppen

3. Upplevda effekter av behandlingen

- 3.1. Ökad kunskap om och förståelse för känslomässiga reaktioner
- 3.2. Lättare att förstå andra
- 3.3. Nya verktyg – nya beteenden
- 3.4. Ökad känslomässig stabilitet

4. Upplevelser av att ingå i en behandlingsgrupp

- 4.1. Gemenskap och samhörighet
- 4.2. Att förstå – och känna sig förstådd
- 4.3. Att påverkas av andras upplevelser
- 4.4. Att lära om sig själv genom andra
- 4.5. När olikheter försvårar - risk för utanförskap och klickbildning
- 4.6. Ojämn fördelning av tid och utrymme i gruppen

5. Upplevelser av ledarnas betydelse

- 5.1. Hjälpa att förstå
- 5.2. Smittande engagemang
- 5.3. Känsla av jämlikhet
- 5.4. Ledarna som rollmodeller
- 5.5. Ledarnas ansvar för stämningen i gruppen

6. Upplevelser av arbetsmaterialet

- 6.1. Hjälpsamt och användbart...
- 6.2. ...men också krångligt och svårt

7. Utvecklingsförslag och idéer för framtiden

- 7.1. Gör ERGT mer lättillgängligt
- 7.2. Fler sessioner över längre tid och bättre uppföljning
- 7.3. Var noga med grupp sammansättningen

1. Förväntningar inför behandling

Samtliga intervjupersoner gav uttryck för att de känt sig tveksamma när de först fått förfrågan/erbjudande om att delta i ERGT, även om de också känt förhoppningar om att behandlingen skulle kunna hjälpa dem utifrån den information de fått på förhand. En av dem sammanfattade det såhär:

”Alltså, jag var ju rätt desperat i det läget Då hade jag provat så mycket och jag kände att nu måste jag verkligen få hjälp! Jag var väldigt tveksam, för jag tyckte att det kändes så läskigt att behöva gå i gruppterapi... Men sen kände jag att det får bära eller brista, jag måste testa det här innan jag kan förkasta det!”

Under analysarbetet framkom två tydliga underkategorier, som fått rubrikerna ”farhågor” respektive ”förhoppningar”.

1.1.Farhågor

Samtliga beskrev ett initialt motstånd mot att gå en gruppbehandling, av lite olika skäl. En deltagare hade negativa erfarenheter av tidigare gruppterapi, och var därför tveksam till att prova igen:

Ja, alltså, jag kände mig ju lite negativ först eftersom jag hade gått den där andra kursen som jag inte alls var nöjd med... Så jag började stressa upp mig och fick massa ångest: 'Tänk om det här kommer att leda till samma sak, att jag bara kommer att gråta för att det inte hjälper!'...”

Ett par av de intervjuade beskrev att de känt sig nervösa att träffa någon de kände i gruppen, då de föreställde sig att detta skulle bli pinsamt och jobbigt. Flera av informanterna uttryckte också att de haft farhågor om att de skulle möta medpatienter som var i sämre psykiskt skick än de själva:

”Jag vet inte... men jag föreställde mig nog att det skulle vara riktigt sjuka och typ söndermedicinerade människor... Men så var det ju inte, det var ju helt vanliga människor [skratt]...”

En deltagare berättade att hon känt en oro för att behöva hjälpa andra med deras svårigheter:

”Jag var ju lite rädd först att man skulle hålla på och vara psykolog till varandra hela tiden För jag kände att det orkar jag inte med!”

1.2. Förhoppningar

Merparten av de intervjuade uttryckte alltså också positiva förväntningar och förhoppningar inför behandlingen. Flera av dem beskrev att de initialt fått intrycket att behandlingsinnehållet verkade stämma väl överens med det som de själva kämpade med, och att de hoppades på att kunna få hjälp att lära sig hantera jobbiga känslor. En av dem uttryckte det såhär:

”Det kändes ju verkligen som någonting som jag skulle kunna ha nytta av, för jag hade ju just väldigt mycket känslomässiga problem som jag kämpade med på daglig basis...”

En deltagare reflekterade över att hon tänkt att det faktum att hon erbjöds plats i en ERGT-grupp – i en tid då många vittnar om svårigheter att få hjälp inom sjukvården - sannolikt berodde på att det gjorts en professionell bedömning av att det skulle kunna vara hjälpsamt för henne, och att detta bidrog till att hon själv kände sig hoppfull:

”Jag vet att jag tänkte att... jo, alltså en sån tid som vi har i Sverige nu, med belastad vård och så... så tänkte jag att om de tycker att jag uppfyller kriterierna för det här, så är det säkert befogat och bra för mig...”

2. Upplevelser av att delta i behandlingen som helhet

När intervjupersonerna, med utgångspunkt i en bred och öppen fråga, ombads beskriva hur de upplevt sitt deltagande i ERGT berättade samtliga spontant om såväl positiva som negativa upplevelser och erfarenheter av behandlingen. Flera av dem använde uttryck i stil med ”jättebra och samtidigt jättejobbigt” för att sammanfatta det hela, som här:

”Det har varit lite av en berg- och dalbana tycker jag... Det är ju liksom ingen lätt resa man gör, när man ska lära sig att hantera sina känslor...”

De teman som framkommit i deltagarnas beskrivningar av sina upplevelser av behandlingen har grupperats i fyra underkategorier, som redovisas här nedan.

2.1. Känslomässigt överväldigande, intensivt och bitvis stressigt

Alla informanter i studien gav uttryck för upplevelsen att behandlingen bitvis varit väldigt intensiv, och att de emellanåt känt sig helt överväldigade av intryck och information, framför allt i början när allt var helt nytt. För flera av dem var de första två-tre behandlingstillfällena mycket jobbiga för att materialet väckte starka känslor som var svåra att hantera. Några av deltagarna beskrev också att de stundtals känt sig förvirrade och haft svårt att ta in och ”smälta” det som togs upp vid gruppträffarna, vilket bl.a. uttrycktes såhär:

”Jag var väldigt förvirrad de första gångerna, kanske de första tre gångerna... Jag vet att jag tänkte att jag inte riktigt förstod vad det var vi gjorde där egentligen....”

För några av intervjupersonerna upplevdes behandlingen som stressande, främst kopplat till egna krav på att förstå och ”presteras” samtidigt som de kände sig så överväldigade. En av dem beskrev:

”Det var ju helt kaotiskt i början! Jag kunde inte hantera intrycken från behandlingen och blev skitstressad för att jag inte fattade nåenting!”

2.2. Roligt

Merparten av deltagarna beskrev att de på det stora hela upplevt deltagandet i ERGT som roligt och stimulerande, trots allt det som känts jobbigt, överväldigande och svårt. En av dem förmedlade:

”Jag kände mig ofta väldigt glad, mitt i allt... Det var roligt att gå den där behandlingen, även om det förstas var väldigt tufft också...”

2.3. Alltför komprimerat

I samtliga intervjuer framkom att deltagarna upplevt behandlingen som alltför kort och att de gärna skulle ha velat ha fler gruppsessioner utsträckt över en längre tidsperiod, för att hinna smälta intryck och pröva nya strategier i sin vardag. Som en av dem uttryckte det:

”Men jag tycker att den [behandlingen] var lite för kort... Och då menar jag inte längden på själva gruppträffarna, det kändes lagom som det var nu... Men det skulle ha varit bra med fler tillfällen... Och kanske att det borde ha pågått längre tid, eller åtminstone med mer uppföljning efter några månader... För att när man ska lära sig någonting så behöver man ju träna på det... Och sedan behöver man få komma tillbaka och få lite mer... ja, feedback, eller vad man nu ska säga...”

2.4. Viktigt med individuell samtalskontakt parallellt med gruppen

Tre av de fem informanterna som ingick i studien hade haft en egen, individuell, samtalskontakt under tiden som de deltog i ERGT, vilket också är en uttalad behandlingsrekommendation i ERGT-manualen. Dessa tre uttryckte att den individuella kontakten varit mycket betydelsefull för dem, då den gav utrymme både för att gå igenom sådant som inte rymdes på gruppsessionerna och sådant som deltagarna inte ville ta upp med övriga gruppdeltagare. En av informanterna tog också upp att hon reagerat på att vissa deltagare

i hennes grupp inte haft någon individuell behandlingskontakt, och att hon stundtals upplevt detta som störande på gruppssessionerna:

”...För hon [annan gruppdeltagare] hade ingen egen psykolog att gå och prata med heller... Och ibland kunde jag tänka att hon tog upp sådant som liksom inte hörde hemma i gruppen utan som var sånt som man borde ta mer avskilt, i en egen kontakt...”

3. Upplevda effekter av behandlingen

Genomgående i samtliga intervjuer var att deltagarna upplevde att behandlingen varit hjälpsam och att den bidragit till olika typer av positiva förändringar i deras vardagsliv och mående. En av dem sammanfattade det såhär:

”Jag har verkligen haft nytta av ERGT:n. Absolut, med massa utropstecken! Det påverkar mig i vardagen, hela tiden ju... Det påverkar mitt sätt att se på mig själv och ta hand om mig själv... och hur jag är med andra... Jaa... Så det har varit väldigt hjälpsamt...”

I deltagarnas upplevelser av behandlingseffekter framkom olika teman, som här grupperats i fyra underkategorier.

3.1. Ökad kunskap om och förståelse för känslomässiga reaktioner

Majoriteten av deltagarna uttryckte att de genom behandlingen tillägnat sig nya kunskaper och utvecklat sin förmåga att kunna identifiera, känna igen, förstå och hantera känslor, vilket de också beskrev som ett område de tidigare haft mycket stora svårigheter med. En av dem reflekterade kring det ironiska i att tidigare ofta ha fått höra att man är känslig, samtidigt som man själv inte vet vad man känner. Hon upplevde att behandlingen bidragit till att hon nu, i betydligt större utsträckning än tidigare, kunde tolka egna känslomässiga reaktioner:

”Jag vet inte... men det var ju liksom så tydligt att alla vi som gick i gruppen alltid har fått den där stämpeln i pannan att vi är väldigt känsliga... Och så hade vi ingen aning om vad vi egentligen kände! Det blir ju nästan komiskt när man tänker på det, men det var ju också väldigt jobbigt... [...] ...Nu förstår jag mer vad det handlar om när jag känner saker... [...] Det är som att jag ser ett helt annat färgspektrum, som att man varit färgblind och plötsligt ser all färg! Alltså värsta paletten!”

Flera av informanterna beskrev att de lärt sig mer om hur tankar, känslor och kroppsliga reaktioner samverkar, och hur detta bidragit till att de kunde förstå sig själva bättre. En av dem liknade detta lärande vid en slags utvecklingsresa:

”Ja, en väldigt häftig resa, att få lära sig att man har tankar och känslor och att de faktiskt hänger ihop! Det hade jag ju ingen aning om förut, det där att kropp och huvud liksom hänger ihop, det hade jag ju aldrig fattat liksom...”

En annan deltagare beskrev att arbetet i gruppen, där man hjälptes åt att sortera och analysera olika aspekter av känslomässiga reaktioner, hade bidragit till att det blivit enklare både att förstå och att kunna sätta ord på de egna känslorna:

”I början var det svårt att sätta ord på saker, i och med att jag inte riktigt har haft koll på känslorna. Typ ’Jag har ont i magen!’, men då visst jag ju inte om jag hade det för att jag var hungrig eller behövde gå på toaletten eller för att jag var ledsen. Alltså, jag hade ju ingen aning! Men när vi jobbade i gruppen blev det ju väldigt mycket tydligare och mer utsorterat, så att man kunde se vad man kände och förstå mer varför...”

Några av informanterna reflekterade över att det inte enbart varit positivt för dem att lära mer om sig själva, utan att det periodvis varit också varit mycket smärtsamt att förstå mer av sina egna reaktioner. En av dem uttryckte det såhär:

”Det har varit – och är fortfarande - både smärtsamt och ledsamt... framför allt smärtsamt... Det känns ibland som att det finns blinda fläckar, som jag har börjat titta på och blivit tvungen att... liksom se vad de handlar om... Några gånger har jag blivit helt knäckt av det!”

3.2. Lättare att förstå andra

Flera av intervjupersonerna nämnde att de upplevt att ERGT-behandlingen bidragit till att de blivit bättre på att förstå känslomässiga reaktioner hos andra människor, samt att skilja andras reaktioner från sina egna:

”Jag kan lättare se och förstå andras beteenden nu, och ser faktiskt oftare att allt inte bara är mitt fel jämt... För det har jag ju har trott; att det bara är jag som är jobbig och så, för det har jag ju fått höra hela livet...”

Majoriteten av deltagarna uttryckte också en upplevelse av att deras sätt att relatera till och interagera med andra – främst närstående – hade förändrats på ett positivt sätt under behandlingens gång, som en följd av att de blivit bättre på att förstå andras reaktioner:

”Och det är massa saker som jag tycker har ’trillat ner’... Våldigt mycket om relationer också, och hur jag beter mig, gentemot mot mina barn och så... .. Ja, det har hänt jättemycket för mig, på alla plan verkligen... Hur man ser på andra och hur man bemöter andra.”

En av de intervjuade reflekterade kring att hon numera vågade beskriva sina känslor för andra i större utsträckning än tidigare, och att hon upplevde att detta bidragit till att ”lugna ner” kommunikationen i vissa relationer:

”Det har blivit stor skillnad, speciellt med min son... Han är ju tonåring nu och det har varit jättejobbigt ibland när vi bråkar. Men det har blivit bättre, när jag kan stanna upp och inte gå till attack direkt så som jag gjorde tidigare när han liksom var på mig om något... Nu försöker jag förklara för honom vad jag känner istället, och då är det som att han också stannar upp och det blir liksom en helt annan grej! Och såna små steg blir ju i slutändan stora steg...”

Några av deltagarna beskrev också hur de ibland försökte dela med sig av sina nyvunna kunskaper till personer i sin omgivning, för att på så sätt hjälpa dem att hantera jobbiga känslor. Flera använde uttrycket ”att ERGT:a andra”:

”Vi pratade om det, jag och XX [annan deltagare i samma behandlingsgrupp]; att vi märkte att vi använde det som vi jobbat med i gruppen på andra... Att man liksom hjälper någon annan att förstå sina känslor... Så vi sa att vi ’ERGT:ade’ någon! [skratt] ...”

3.3. Nya verktyg – nya beteenden

Samtliga informanter uttryckte att de under tiden i ERGT, och även efter avslutad behandling, märkt att de blivit bättre på att stanna upp, hejda sig och försöka tolka och förstå sina känslomässiga reaktioner i samband med vardagliga situationer. En av dem beskrev det såhär:

”Att man kan stanna upp och tänka där [i situationen], och försöka förstå sig själv och försöka förstå att ’det är bara tankar’... och liksom gå in i sig själv och verkligen känna hur det känns. Jag har haft jättemycket hjälp med det, att man kan stanna upp...”

En annan deltagare reflekterade över hur hon successivt blivit bättre på att tyda kroppsliga signaler:

”Jag kan liksom lugna mig själv... att jag stannar upp i vardagen... Att jag får klart för mig hur det känns i kroppen och vad jag är orolig för, alltså vilken tanke som förknippas med oron.”

Att på detta sätt stanna upp, bromsa sig själv och använda den egna reaktionen som ”vägvisare” snarare än att reagera reflexmässigt och impulsivt för att bli av med den jobbiga känslan beskrevs av flertalet intervjupersoner som en mycket stor beteendeförändring jämfört med hur det varit för dem tidigare. En av dem uttryckte det såhär:

”Jag känner verkligen att jag har fått verktyg, det är ju det här som hjälper mig. Jag låter väl kanske nästan lite frälst nu...[skratt]... Men det är ju som den där gamla klassikern: 'Om det du gör inte fungerar, gör något annorlunda!'... Det ju så många gånger som jag har tänkt 'Varför blir jag såhär och varför händer det här?'. Gång på gång! Och det slutar alltid med att jag är värdelös och dålig och borde dö... Och nu känner jag faktiskt att jag kan hantera det! Det finns fler alternativ!”

Flera av informanterna beskrev hur de under behandlingens gång blivit allt bättre på att bromsa olika typer impulsiva handlingar – inklusive olika typer av självskadebeteenden - genom att de lärt sig känna igen och förstå mer av vad de egentligen känner. En av dem uttryckte det såhär:

”Nu kan jag liksom fånga upp mig själv... för jag har lärt mig att se mönster... Jag ser mer vad som ligger bakom att jag blir 'överladdad' och vill dra iväg och göra massa saker... [...]Nu kan jag liksom: 'Men hallå, backa här nu! [...] Så jag kan ju liksom jobba med mig själv nu... Det är ju en stor skillnad, det är det verkligen...”

3.4. Ökad känslomässig stabilitet

Flera av intervjupersonerna beskrev också en generell upplevelse av ökad känslomässig stabilitet efter avslutad behandling, som här:

”Alltså... ERGT:n har gjort att jag nu har längre perioder när jag mår bra. Innan var ju de perioderna väldigt korta, det svängde ju hela tiden och jag fick dippar. Nu kan det gå en längre period mellan dipparna... Jag kan ju liksom jobba mer med mig själv nu, och liksom förebygga de där svängarna.”

4. Upplevelser av att ingå i en behandlingsgrupp

ERGT är utformat som gruppbehandling och i intervjuerna framkom såväl positiva som negativa upplevelser kopplade till själva gruppformatet. I det följande redovisas dessa olika aspekter i de sex underkategorier som växte fram under analysen.

4.1. Gemenskap och samhörighet

Genomgående i samtliga intervjuer var att informanterna beskrev att de upplevt mycket gemenskap och samhörighetskänsla i sina respektive ERGT-grupper. En av dem sammanfattade såhär, kort och gott:

”Sammanhållningen... Alltså, det var det bästa med gruppen...”

En annan utvecklade resonemanget:

”Alla gav så himla mycket av sig själva... Det spelade egentligen ingen roll att vi var lite olika gamla och hade olika bakgrund och livssituation... Alltså, vi var ju ingen homogen grupp alls, även om vi ju hade vissa saker gemensamt... Och just därför tycker jag att det kändes så himla fint, liksom att vi hittade sådan gemenskap...”

Flera deltagare återkom till att det snabbt skapades en mycket trygg atmosfär i gruppen, och att detta bidrog till öppenhet och en känsla av närhet till varandra som de inte upplevde i andra sociala sammanhang.

”Man var ju så trygg; vi kände oss trygga tillsammans liksom... Alla var så öppna i gruppen, så man kunde berätta sådant som man inte berättat om för någon annan...”

Majoriteten av de intervjuade uttryckte också glädje över att ha fått nya vänner genom behandlingsgruppen. Flera berättade att de hade träffat någon/några av de andra gruppmedlemmarna även utanför behandlingen och några hade hållit kontakten många månader efter att själva behandlingen avslutats.

”Jag har ju kontakt med en av de andra i gruppen och vi försöker träffas en eller två gånger i månaden. Vi pratar fortfarande väldigt mycket om ERGT:n, men vi pratar om annat också... [skratt]...”

4.2. Att förstå – och känna sig förstådd

Samtliga informanter reflekterade över att de upplevt det som mycket värdefullt att få dela sina tankar, känslor och minnen med andra som bär på liknade livserfarenheter. Många uttryckte också att den gemenskap som uppstod i gruppen blev så stark just eftersom man visste att alla visste vad det innebär att må psykiskt dåligt. En deltagare uttryckte det såhär:

”För det viktigaste för mig man mår dåligt, det är att man aldrig ska känna sig ensam... Att man ska veta att det finns andra människor också som mår dåligt och som kan förstå en. [...] ... Här kände jag liksom att detta var 'mitt folk' ... Jag har ju annars alltid känt mig ensam.”

Flera beskrev att det kändes lättare att öppna sig för medlemmarna i gruppen än för andra människor, just eftersom man upplevde en slags intuitiv förståelse för varandra:

”Alltså, en psykolog eller terapeut kan ju lyssna, men det är liksom inte detsamma som nån som varit där och som varit med [om liknande situationer] Att man förstår att den personen fattar vad det är, det tycker jag är väldigt viktigt...”

En deltagare uttryckte också att samvaron i gruppen samt att få ta del av andras erfarenheter hade bidragit till att hon successivt kunnat se med lite andra ögon på sig själv och sin bakgrund. Hon beskrev att detta bidragit till att hon kände sig mindre annorlunda:

”Jo, jag upplever ju att jag liksom har normaliserat mig själv lite mer, eller hur man nu ska säga... Innan har jag ju tänkt att jag kommer från en problematisk bakgrund... [...] och det har nog gjort att jag liksom har ställt mig själv utanför samhället lite... Att komma till gruppen och träffa personer som har en helt annan bakgrund än jag, men som ändå brottas med samma saker som jag gör... Det var väldigt skönt för mig faktiskt.”

4.3. Att påverkas av andras upplevelser

Några av informanterna tog upp en mindre positiv aspekt av detta med att få ta del av andras svårigheter. De beskrev att de vid några tillfällen blivit illa berörda av det som andra berättat om, kanske delvis eftersom berättelserna väckte obehagliga minnen och tankar i dem själva. En av dem berättade om en särskilt tuff period i behandlingen, då hon upplevde att deltagarna liksom drog med varandra i det svåra:

”Sen hade vi ju en dipp också, i mitten av behandlingen... Det blev liksom för mycket för alla och det kändes som att ingen ville leva, liksom... Det blev väldigt tufft... Och en [deltagare] berättade lite hemska saker, och då blev det väldigt väldigt jobbigt... Alltså, det där att prata med andra öppnade ju upp så mycket, vi gick igenom så himla mycket...”

En annan deltagare beskrev att hon ibland känt sig lite tveksam kring vad som egentligen var ”tillåtet” att prata om i gruppen, just för att hon var mån om att inte påverka andras mående negativt. Hon beskrev att de i hennes grupp gått igenom regler i början av behandlingen och att det då uttryckts att vissa ämnen [t.ex. beskrivningar av tillvägagångssätt vid självskada, författarens kommentar] skulle undvikas. Ändå upplevde hon att det fanns en otydlighet i detta:

”Ibland var det svårt att veta gränsen för vad man fick lov att ta upp och inte, alltså för att det inte skulle vara triggande för någon annan... För det var ju så att man inte skulle säga vad man hade gjort för att skada sig... Och jag då, som skadar mig genom [X], jag hade ju liksom väldigt svårt att berätta något alls då, eftersom jag inte visste var gränsen gick... Det hade nog varit bra om vi i gruppen hade kunnat prata mer om det i början, alltså inte bara att ledarna gick igenom det utan att vi kom överens om vad som var triggande och inte för just oss liksom...”

4.4. Att lära om sig själv genom andra

Majoriteten av de intervjuade gav på olika sätt uttryck för att de upplevt att gruppen varit till stor hjälp när det gällt att förstå en del av innehållet i ERGT. Att lyssna på hur andra arbetat med materialet mellan gruppträffarna bidrog för flera av dem till att de lättare kunde tillämpa de nya kunskaperna på sig själva. En av dem formulerade det såhär:

”Det var ju så intressant att få höra deras berättelser och situationer och händelser [i samband med muntliga genomgångar i gruppen] ... För då, när vi kom till att försöka klargöra vad det var för känsla i en viss situation; om det var en klar eller grumlig känsla eller om vi försökte undvika den eller vad det nu var ... Alltså, då kunde jag ju tycka att det var så glasklart, när det gällde någon annan... Och det lärde jag mig ju jättemycket av , liksom för mig själv också... Och sedan, när det var min tur att dela något, så var ju de andra så deltagande och hjälpte mig att se och sortera i mina upplevelser...”

En annan deltagare, som själv upplevde det nästintill omöjligt att göra vissa av de skriftliga hemuppgifterna eftersom det låste sig för henne när hon inte genast förstod vad hon skulle skriva, beskrev att de muntliga genomgångarna där hon fick ta del det andra hade skrivit blev helt avgörande för henne:

”Jag gjorde nog inte läxan ordentligt en enda gång, för jag fattade inte. Men de [ledarna och de andra deltagarna i gruppen] hjälpte mig när jag kom dit. Vissa hade ju massa extrapapper med sig för att de hade skrivit så mycket! Och när de berättade om sina situationer och sånt så förstod jag ju, för då blev det mycket mer tydligt. ... Så, jag lärde mig ju av dem!”

En av de intervjuade reflekterade kring värdet av att få lyssna på andras beskrivningar av hur de hanterade olika situationer, även sådant som inte direkt kunde kopplas till ERGT-materialet eller behandlingen som sådan:

”Jag lär mig så mycket av att lyssna på andra... Faktiskt är det så i många sammanhang, men det blev ju särskilt tydligt här där vi kom varann så nära. Liksom: 'Aha, du tänker så... Då kanske jag kan pröva att implementera det i mitt tänk också...' ... Det tyckte jag nog faktiskt var det allra bästa.”

4.5. När olikheter försvårar - risk för utanförskap och klickbildning

Även om samtliga informanter alltså uttryckte upplevelser av trygghet och gemenskap i sina respektive behandlingsgrupper, beskrev en majoritet av dem även vissa svårigheter kopplat till gruppens sammansättning. Flera upplevde att det funnits någon/några deltagare i gruppen som i vissa avseenden skiljt sig väldigt mycket från övriga, och för många hade detta blivit bekymmersamt på olika sätt. Några beskrev tendenser till ”klickbildning” i gruppen, där vissa deltagare kände större samhörighet och träffades privat, och där andra riskerade att hamna utanför eftersom de av en eller annan anledning inte riktigt ”passade in” tillsammans med de andra. För flera av intervjupersonerna medförde detta blandade känslor. Några gav uttryck för irritation, då de upplevde att de där olikheterna hade stört behandlingen. Sådär beskrev en av deltagarna sin upplevelse:

”Jo, det var en person i gruppen... Och, alltså, den här personen förstod liksom inte alls vad det var vi arbetade med... Och det var jättejobbigt att sitta bredvid och behöva vänta på att hen skulle hänga med, hela tiden liksom... Det tog ju jättemycket energi för oss andra...”

En annan deltagare beskrev hur hon stundtals hade känt dåligt samvete gentemot några gruppmedlemmar som av de andra upplevdes annorlunda:

”Alltså... Jag upplevde ju att några av oss [gruppdeltagare] var mer... ja, alltså, vi var liksom på ett annat plan och hade mer gemensamt... Och så tänker jag på de där andra personerna som också var med i gruppen.... Alltså man är ju så olika... Och jag kände att jag kunde tycka lite synd om dem... för jag upplevde att de hamnade lite utanför... och det kändes tokigt ibland...”

4.6. Ojämn fördelning av tid och utrymme i gruppen

I fyra av de fem intervjuerna framkom att deltagarna periodvis upplevt att tiden och ”pratutrymmet” hade fördelats ojämnt i deras behandlingsgrupper. Flera beskrev att någon/någon gruppdeltagare ofta hade givits mer utrymme än andra och att detta medfört en upplevelse av att tvingas ”stå tillbaka”, trots att man själv också hade saker som man var angelägen om att få ta upp i gruppen. En informant beskrev det såhär:

”Jo, det var lite jobbigt... för det kändes som om X [annan gruppmedlem] liksom tog över gruppen ibland, med saker som inte kändes relevanta alls för några av oss andra... För även om man ju fattade att hen behövde prata om sina saker, så kunde det ju liksom ta 45 minuter av tiden, med sånt som jag tyckte var oväsentligt... Och det kunde jag ju inte säga högt, men det var så jag tyckte...”

En annan av de intervjuade, med liknande erfarenheter, beskrev hur hon kunde känna viss irritation:

”Men ibland kunde jag faktiskt bli irriterad... på att... ja, men typ... rent krasst så sinkade ju detta mig...”

5. Ledarnas betydelse

Samtliga intervjupersoner gav uttryck för att gruppledarna i respektive ERGT-grupp haft stor betydelse för deras helhetsupplevelse av behandlingen. Inom detta tema framkom följande fem underkategorier.

5.1. Hjälpa att förstå

Majoriteten av informanterna beskrev att de upplevt ledarnas förmåga att gå igenom och förklara olika delar i materialet som väldigt värdefullt, i vissa fall helt avgörande för att de skulle kunna förstå och ta till sig sådant som vi första anblicken kändes väldigt svårt. En av dem beskrev det såhär:

”Alltså... Ledarna var ju jätteviktiga... Att de fanns där och ledsagade oss, liksom... När det var någonting som vi inte förstod – och det var det ju ofta [skratt] – så var de jätteduktiga på att hjälpa oss... Och de var bra på att hitta alternativ, att liksom förklara på ett annat sätt när vi inte fattade...”

5.2. Smittande engagemang

De flesta av intervjupersonerna reflekterade också kring att de upplevt gruppledarna som engagerade och att detta bidragit till att de själva känt sig mer positiva till behandlingen. En deltagare uttryckte det såhär:

”Det kändes alltid som att de [ledarna] var intresserade och ’på plats’, liksom... [...]... Så jag kände att de brydde sig och det tycker jag är väldigt viktigt när man inte mår bra, att man har nån som bryr sig, någon som är där man själv är... Och så kunde man hela tiden känna

att de [ledarna] trodde på behandlingen, att de verkligen tyckte att detta var bra och att det skulle hjälpa oss... Och det betydde mycket för mig, särskilt när det var som jobbigast där i mitten..."

5.3. Känsla av jämlikhet

Flertalet av de intervjuade beskrev att de upplevt relationerna mellan gruppmedlemmar och ledare som jämlik – och detta upplevdes mycket positivt. En av dem beskrev det som att gruppledarna befann sig ”på samma nivå” som de själva i många avseenden:

"Det kändes faktiskt som att de var på samma nivå som vi, liksom... De satt inte 'där uppe' och tittade ner på oss... Man kände att detta liksom inte bara var deras arbete, det och komma hit och göra sitt, utan det var verkligen som att vi var jämlika... Och det kändes väldigt bra..."

Några av deltagarna uttryckte att de upplevt det som mycket positivt när ledarna delat med sig av egna erfarenheter, som illustrerande exempel i samband med gemensamma genomgångar. En informant beskrev det såhär:

"Sen var de [ledarna] ju väldigt öppna med... ja... med sig själva... Som t.ex. när jag satt och pratade om ett gammalt förhållande som var väldigt destruktivt, så kunde X [namngiven gruppleddare] liksom sitta där och relatera till det och säga 'Vet du, det där har hänt mig också...'... Utan att gå in på detaljer och så... Och det kunde även Y [annan gruppleddare] göra. Det var bra, för det blev liksom lite mer mänskligt då..."

En annan deltagare beskrev att hon ibland haft svårt att relatera till de situationer som gruppledarna berättade om från sina egna liv, men att hon samtidigt blivit påmind om att svåra känslor är något som alla människor upplever ibland:

"Just att de tog upp egna exempel... Ibland frågade vi [deltagarna] om det var sant eller inte, det som de berättade [skratt]... Men i alla fall... Det blev liksom tydligt att de [ledarna] också bara är människor! Att det kan hända dem också! ... För ibland känner man sig ju helt psykiskt störd själv... Och därför är det bra att se att alla människor har något som de tycker är jobbigt... Till och med psykologer har ju känslor och tankar! [skratt]..."

5.4. Ledarna som rollmodeller

Många informanter återkom under intervjuerna till att de tagit stort intryck av det gruppledarna förmedlat i samband med de gemensamma sessionerna. En av dem beskrev att hon titt som tätt kunde komma på sig själv med att ”höra” ledarna prata inne i sitt huvud:

”Och då kan jag skratta för mig själv, när jag liksom hör någon av ledarna inne i huvudet... Alltså jag HÖR dem verkligen, när de säger: ’Du, det där är en föreställning om en känsla..’!... [...] Jomen, jag ser dem[ledarna] som... jag kommer alltid att bevara dem i mitt hjärta, verkligen...”

En annan deltagare berättade att hon ibland hörde sig själv använda ord och uttryck från en av gruppledarna i den ERGT-grupp hon gått, när hon pratade med andra människor:

”När jag pratar med vissa personer så märker jag att det känns som att jag är Z [namngiven gruppledare], liksom... Att orden som Z har sagt kommer ur min mun... Det är lite häftigt, då förstår jag ju att jag har tagit intryck och att det har hänt saker med mig...”

5.5. Ledarnas ansvar för stämningen i gruppen

Några av deltagarna tog upp att de upplevt att gruppledarna haft en viktig roll för klimatet i behandlingsgruppen. Vissa hade rakt igenom positiva erfarenheter och beskrev bl.a. att de upplevt att ledarna på ett föredömligt sätt lyckats skapa struktur och god stämning genom hela behandlingstiden, som den här deltagaren:

”Jag tror faktiskt att ledarna hade jättestor betydelse här... Alltså, de var så himla lyhörda... Jag tycker verkligen att de kunde känna in vad vi tyckte var jobbigt... att de liksom kunde säga ’Ah, men vi tar om det här, vi kände att det blev så mycket förra gången så vi gör faktiskt så att vi stannar upp lite här och fortsätter den här veckan också...’... Och då tyckte jag att det var så himla bra att de inte bara sa att vi måste komma vidare...”

En annan deltagare uttryckte att hon hade uppskattat hur en av ledarna för hennes grupp emellanåt trädde in och ”styrde upp” i samtalet:

”När det mest var en massa pladder, alltså alla bara pladdrade, så kunde hon liksom: ’Nej, nu återgår vi!’... Hon var väldigt bra med den röda tråden... och annars hade det ju bara blivit ett enda kackel där...”

Andra uttryckte mer blandade åsikter på detta tema. Flera av dem som upplevt ojämn fördelning av tid och utrymme i sina grupper (se separat kategori som redovisats ovan) reflekterade över gruppledarnas ansvar för att styra och fördela tiden i samband med gruppssessionerna. En deltagare beskrev att hon upplevt att gruppledarna stundtals haft svårigheter med ”styrningen”:

”Och ibland så kände man ju att de [ledarna] också hade svårt att hantera det där, att liksom stoppa det, när det var så tydligt att A [annan gruppmedlem] mådde så himla dåligt...”

En annan deltagare berörde också att hon menade att ledarna har ett stort ansvar redan innan själva behandlingen startar, när det gäller att sätta samman en fungerande grupp:

”Alltså... Där tycker jag nog faktiskt att de [ledarna] borde ha steppat in innan... För det är väldigt viktigt att man läser av dem som sedan ska hamna i gruppen tillsammans, redan innan...”

6. Upplevelser av arbetsmaterialet

ERGT är en manualbaserad behandling och till varje veckosession hör ett antal förtryckta arbetsblad och registreringsblanketter som knyter an till veckans tema. Det skriftliga arbetsmaterialet består av ca 80 lösblad, som delas ut till deltagarna under behandlingens gång. I intervjuerna framkom att deltagarna hade blandade upplevelser av och åsikter om arbetsmaterialet. Här redovisas dessa i de tre underkategorier som utkristalliserade sig under den kvalitativa analysen:

6.1. Hjälpsamt och användbart...

Majoriteten av intervjupersonerna uttryckte att de upplevt arbetsmaterialet som bra och att de haft stor nytta av det skriftliga materialet, framför allt då de tyckt att materialet bidragit till ökad förståelse för själva ”kärnan” i behandlingen samt att det varit värdefullt att kunna läsa hemma i lugn och ro och då även relatera till sin egen situation. En deltagare sa såhär:

”Materialet har varit bra, verkligen jättebra! Jag kände igen mig på typ varenda punkt på de där bladen, och de har verkligen hjälpt mig att förstå mig själv bättre!”

Flera av dem beskrev också att de uppskattade möjligheten att gå tillbaka till materialet i efterhand, även efter avslutad behandling, vilket uttrycktes såhär av en deltagare:

”Ja, den [pärmen med material] är ju verkligen min bibel nu, den ligger framme så att jag kan sätta mig med den när jag har tid. Och det är ju väldigt bra, att kunna gå tillbaka och reflektera, när det kanske har hänt någonting som man inte riktigt fattade, när man varit i någon jobbig situation...”

Merparten av deltagarna upplevde också att de skriftliga hemuppgifterna, där de själva registrerade exempelvis känslomässiga reaktioner på olika arbetsblad, varit till hjälp och nytta. En intervjuperson uttryckte det såhär:

”Läxorna var till stor hjälp, alltså det är ju därifrån man har lärt sig tycker jag! [...] Det handlar ju inte bara om att gå och prata, utan det behövs något mer för att man liksom ska koppla... Och alla de här papprena... det blev ju ett sätt att se sina beteenden, och så kunde jag se vilka känslor som var jobbigast för mig... Och det har jag ju nytta av nu efteråt också, när jag kan gå tillbaka och kolla och ta lärdom av det jag skrev då...”

6.2. ... men också krångligt och svårt att förstå

Även om majoriteten av intervjupersonerna alltså uttryckte sig positivt om det skriftliga materialet, beskrev också merparten att de stundtals upplevt materialet som krångligt och svårt att förstå. I de flesta av intervjuerna återkom deltagarna till att gruppledarnas förklaringar och de gemensamma diskussionerna i gruppen hade varit avgörande för att de skulle förstå:

”Materialet i sig var ju bra, men ibland var det väldigt svårt att förstå vad som egentligen menades med vissa saker... Då hjälpte ledarna till väldigt bra, alltså de förklarade och skrev på tavlan och var väldigt pedagogiska...”

Flera av deltagarna uttryckte också att de haft vissa svårigheter med de skriftliga hemuppgifterna; att arbetsbladen och instruktionerna känts otydliga och otillräckliga när de satt ensamma med dem. En av dem formulerade det såhär:

”Ibland var läxorna lite sådär halvbra... alltså det var svårt att förstå vad som egentligen förväntades, vad det var som vi skulle göra liksom... Jag kan inte komma på nån specifik uppgift nu, men det var nog mer än en gång som jag kände mig förvirrad när jag kom hem och skulle sätta mig och göra det... Så... det var ju lite oklart.”

En deltagare reflekterade över att det ibland varit svårt att greppa helheten när arbetsbladen endast tog upp vissa punkter:

”Det kunde kännas svårt att förstå ibland... [...] Alla de där gula arbetsbladen, där man inte ska fylla i något själv utan där det bara är text, det var ju liksom oftast bara punkter och då kunde det vara svårt att koppla det till helheten... Det blev ju så tydligt då, att papprena bara är en liten del, att det mesta handlar om själva gruppen... Och när man inte längre går i gruppen, då finns bara det där lilla kvar...”

Ett par av de intervjuade gav uttryck för upplevelser av stress, frustration och ångest kopplat till arbetsmaterialet, som här:

”Åååh, sedan var det ju alla de där jävla papprena med läxor! Jag tror inte att jag gjorde en enda uppgift hemma, eftersom jag bara blev stressad när jag inte fattade... Fast jag har gjort läxorna där [i samband med gruppsessionerna], för mig var det mycket lättare att fatta och lära mig när jag fick prata med andra... Jag tror inte att jag kommer att kolla på papprena i efterhand heller, jag har i alla fall inte gjort det hittills.”

En deltagare beskrev att hon ibland fått ångest och känt sig dum när hon inte förstod vad som menades med vissa begrepp på arbetsbladen:

”Jag vet flera gånger när jag inte förstod alls, och jag blev alldeles svettig och fick hjärtklappning och kände mig dum och korkad när jag inte kunde lära mig...”

7. Utvecklingsförslag och idéer för framtiden

Intervjupersonerna kom under samtalen spontant med tankar och förslag på hur ERGT skulle kunna utvecklas vidare. Inom detta tema framkom tre underkategorier, som redovisas i det följande:

7.1. Gör ERGT mer lättillgängligt

I samtliga intervjuer tog deltagarna spontant upp att de ansåg att ERGT bör fortsätta erbjudas som behandling, då de upplevt behandlingen som så hjälpsam och värdefull och därför tyckte att fler borde få möjlighet till denna hjälp.

”Alltså, jag bara hoppas att ni [psykiatrin] kommer att få gå vidare med detta [ERGT], för det här är nog det bästa jag har gjort! Vilken lärdom för personer som har en sån problematik och som liksom aldrig fått utlopp... eller... fått ord på känslor! [...] Så jag känner att det här [ERGT] är jätteviktigt, det är ju ett sätt för personer, såna som jag... att vi ska kunna komma vidare i våra liv...”

Flera av deltagarna uttryckte också att ERGT borde erbjudas till fler personer – även utanför specialistpsykiatrin - och vara mer lättillgängligt. En deltagare sammanfattade sina tankar:

”Jag tycker ju att alla människor skulle göra det här [genomgå ERGT]! Alla skulle få en släng av det här, liksom...”

En annan informant reflekterade kring att det vore bättre om fler kunde erbjudas ERGT som förstahandsalternativ istället för läkemedel:

”Kanske skulle man kunna ordna så att det [ERGT] finns i större utsträckning... Kanske att man kunde ha flera grupper parallellt och så, så att fler kan få det med en gång och inte behöva vänta så länge... För ofta så behöver man kanske inte... alltså... De flesta som jag har träffat på inom vården, alltså det första de säger är: 'Har du några mediciner? Vill du ha mediciner?', nästan som att de försöker pracka det på en... Men det är ju oftast inte det man behöver... Utan man behöver prata med nån... Och egentligen är det ju jättebra att prata med andra som har samma problem som man själv... Så att erbjuda det [ERGT] med en gång istället, det hade varit jättebra!”

7.2. Fler sessioner över längre tid och bättre uppföljning

Samtliga personer som intervjuats tyckte att det vore bra om behandlingen skulle utökas, så att det blev fler sessioner över längre tid. Många av dem framförde tankar om att något mindre intensitet skulle skapa bättre förutsättningar för varaktig förändring. Sådär uttryckte en av dem sig:

”Jag tycker ju faktiskt att det var alldeles för intensivt... Och det kändes för kort, för det var svårt att hinna med själv ibland... Den [behandlingen] borde vara en lite längre period! Kanske nästan så att man skulle ha kunnat dubbla tiden, alltså antalet gånger... För nu blev det väldigt intensivt, det blev det...”

Flera av deltagarna föreslog också ett antal inplanerade uppföljnings- eller boostersessioner en tid efter avslutad behandling, som ett sätt att repetera och befästa nyvunna kunskaper och beteendemönster. En av dem formulerade det såhär:

”Jo, jag tänker på det här med 'eftervård', eller vad det nu heter... Alltså det där med uppföljning efter att behandlingen är slut. Där tycker jag att det brister på många sätt i Sverige, och faktiskt även med ERGT:n... Det hade varit bra med nån slags uppföljning, för som det är nu blir man ju typ väldigt ensam när gruppen är slut... Så det tycker jag att man skulle utveckla...”

7.3. Var noga med gruppsammansättningen

Ett område som flera av informanterna återkom till var vikten av gruppens sammansättning, både gällande gruppstorlek och ”personkemi” mellan deltagarna. Majoriteten av personerna som intervjuats menade att en ERGT-grupp inte borde bestå av fler än 4-5 personer, eftersom man tänkte att det annars skulle bli ännu mer intensivt och svårt att ge plats för alla i samband med gemensamma genomgångar. Flera betonade också att särskild vikt bör

läggas vid att ”matcha” tänkta deltagare, så att det blir personer som kan fungera bra tillsammans i gruppen. En av deltagarna uttryckte det såhär:

”Jag tänker att ledarna borde ta ansvar för hur man sätter ihop en grupp, liksom... För det är ju a och o. Om jag t.ex. hade hamnat i en grupp med bara sådana som jag inte funkade ihop med skulle jag ju aldrig ha kunnat använda mig av detta... Sen tror jag också att det är viktigt att grupperna inte är för stora. Från början vet jag att det pratades om att det skulle vara sju platser, men jag tycker inte att man ska vara mer än fem! Det finns ju liksom inte utrymme för fler... Då skulle det bara bli ett enda matande, och man är ju inte mottaglig för hur mycket som helst... Det är ju klart att ju mer intryck desto tuffare blir det, då blir man ju liksom blockerad... ..Så... ja, små grupper och att man har koll på att det är någorlunda likasinnade personer...”

Diskussion

Studiens syfte var att undersöka och ge en bild av hur personer som deltagit i ERGT upplevt sitt deltagande i behandlingen. Deltagarna var mellan 25-44 år och samtliga hade en bakgrund av långvarigt psykiskt illabefinnande med ångest, nedstämdhet och olika typer av självdestruktiva handlingar. Samtliga hade också haft mångårig kontakt med både primärvård och specialistpsykiatri. I intervjuerna framkom tydligt att samtliga ERGT-deltagare som ingick i studien hade såväl positiva som negativa upplevelser av behandlingen. Den övergripande bilden var att deltagarna upplevt behandlingen som givande och hjälpsam på många sätt, samtidigt som de också vittnade om olika aspekter som varit jobbiga och svåra, framför allt känslomässigt. Även om deltagarnas upplevelser i vissa avseenden skiljde sig från varandra framkom en relativt samstämmig bild av vad som upplevts positivt respektive negativt. Studien bidrar således, trots uppenbara begränsningar (se nedan), till att ge ökad kunskap om och förståelse för hur ERGT upplevs av deltagare, vilket i sin tur ger viktiga implikationer för klinisk verksamhet och metodutveckling.

De personer som intervjuats i studien rapporterade alla om såväl förhoppningar som farhågor inför behandlingen. Farhågorna handlade främst om rädsla och obehag inför att ingå i en grupp tillsammans med andra personer med psykisk/psykiatrisk problematik. Att patienter sällan jublar inför tanken på att delta i gruppterapi är sannolikt en erfarenhet som delas av många kliniker. Förhoppningarna om att behandlingen skulle kunna vara till nytta och hjälp blev dock, för deltagarna i studien, en motivationshöjande faktor. Flera av dem beskrev att den

förhandsinformation de fått om behandlingen bidrog till att skapa förhoppningar, då de kände igen sig i den problematik som beskrevs. Detta understryker värdet av att ge tydlig information om vad behandlingen handlar om i samband med patientrekrytering och bedömning, i syfte att skapa grund för realistiska förväntningar och ökad motivation hos patienterna.

Samtliga deltagare i studien gav uttryck för upplevelsen av att behandlingen haft positiva effekter och bidragit till olika typer av positiva förändringar i deras vardagsliv och mående. Mest centralt i deras berättelser var upplevelsen att de blivit bättre på att känna igen, tolka, förstå och hantera såväl sina egna känslomässiga reaktioner som reaktioner från andra människor. Dessa resultat är naturligtvis både intressanta och glädjande ur ett kliniskt perspektiv, då ERGT är specifikt utformad för att utveckla konstruktiva och accepterande sätt att möta svåra känslor hos deltagarna. En av de metodövergripande faktorer som lyfts fram i Lundhs (2012) sammanställning av komponenter som tycks särskilt betydelsefulla vid behandling av självska debeteende, handlar just om ett metodmässigt fokus på ökad emotionell medvetenhet och förbättrad emotionsreglering.

Deltagarna beskrev också beteendeförändringar i form av ha utvecklat förmågan att stanna upp och bromsa impulsivt känslostyrt agerande – inklusive olika typer av självska debeteenden. Här går resultaten helt i linje med det som beskrivs i Dahlbergs och Wetterbergs (2016) kvalitativa utvärdering av ERGT. Resultaten tangerar också flera av de kategorier som tas upp i den tidigare citerade metaanalysen av Timulak (2007). Kanske är kopplingen mest tydlig till de kategorier som där kallas ”medvetenhet/insikt/förståelse”, ”känslomässigt upplevande” och ”beteendeförändring/problemlösning”, men i intervjuerna framkommer också upplevelser av ökad tilltro till den egna förmågan att hantera sin situation, som av Timulak beskrivs som ”empowerment”.

Mot bakgrund av deltagarnas farhågor inför att delta i en behandlingsgrupp är det intressant att notera att samtliga, efter avslutad behandling, beskrev flera olika typer av positiva upplevelser kopplat till själva gruppen. Samtliga som intervjuats uttryckte att de upplevt stark och innerlig gemenskap och samhörighet med övriga deltagare i sina respektive grupper, och många rapporterade också om en upplevelse av genuin förståelse från andra gruppmedlemmar. Att ta del av andras berättelser upplevdes som mestadels positivt, även om några deltagare också beskrev att det kunde vara känslomässigt påfrestande att höra om andras svårigheter. För många tycks det ha varit hjälpsamt att få möjlighet att reflektera över behandlingsinnehållet via sådant som togs upp av andra deltagare, då detta gav ett bredare perspektiv än om man enbart fokuserat på situationer ur sitt eget liv. Resultaten kan även här knytas till Timulaks metaanalys

(2007), där upplevelse av förståelse, stöd och trygghet lyfts fram som faktorer som patienter brukar beskriva som hjälpsamma i psykoterapisammanhang.

De negativa upplevelser av gruppdeltagande som framkom i intervjuerna hade främst att göra med att man upplevt att grupsammansättningen inte riktigt fungerat samt att tiden fördelats ojämnt vid muntliga genomgångar. Detta återspeglades också i deltagarnas upplevelser av gruppledarnas roll och betydelse för behandlingen som helhet. Flera av dem betonade att gruppledarna har stort ansvar när det gäller såväl grupsammansättning som struktur och ”styrning” vid gruppessionerna. Att försöka se till att gruppdeltagarna ”matchar” varandra personlighetsmässigt lyftes fram som ett viktigt område inför sammansättning av nya behandlingsgrupper. I den kliniska vardagen, där högt patienttryck, väntelistor och begränsade resurser ofta är en del av verkligheten, kan detta sannolikt vara en utmaning.

Generellt gav studiedeltagarna uttryck för att gruppledarna i deras respektive grupper haft stor betydelse för helhetsupplevelsen av behandlingen. De flesta beskrev att ledarnas förmåga att förklara och förtydliga arbetsmaterialet, som stundtals upplevdes som svårt att förstå, varit mycket värdefullt. Ledarnas funktion som rollmodeller lyftes också fram, och flera deltagare reflekterade kring att de upplevt det som mycket positivt att ledarna delade med sig av egna erfarenheter. Dessa resultat kan relateras till såväl Timulaks (2007) kategorier om upplevelse av stöd/trygghet samt personlig kontakt med terapeuten, som den metodövergripande faktor i Lundhs (2012) sammanställning av gemensamma nämnare i DBT, MBT och ERGT som handlar om ”empatiskt-validerande och lyssnande-undersökande terapeutiskt förhållningssätt”. Inom ERGT, liksom i DBT och MBT, betonas vikten av ett terapeutiskt förhållningssätt som genomsyras av jämlikhet och respekt, och detta perspektiv togs också upp av studiedeltagarna. Flera av dem uttryckte att det hade känts mycket bra att ledarna för deras grupper varit ”på samma nivå” som de själva, rent mänskligt.

ERGT är utformad som en strikt manualbaserad behandling, där varje avsnitt bygger på de föregående och där deltagarna förses med ett relativt omfattande arbetsmaterial i form av arbetsblad och registreringsblanketter som knyter an till veckans tema. I intervjuerna framkom blandade upplevelser av detta material. Merparten av deltagarna uttryckte att de upplevt materialet som informativt och bra på många sätt, men att de samtidigt ibland hade svårigheter att förstå vad som menades. Flera av dem tog upp att materialet ensamt inte alls kunde ersätta det som gruppessionerna gav dem; att materialet endast utgjorde en liten del av helheten för dem och att det inte fungerade för dem att läsa sig till den kunskap som växte fram i gruppen. För de flesta tycks dock det skriftliga materialet ha fungerat som ett värdefullt komplement till

gruppsessionerna, inte minst då det bidrog till att skapa en tydlig struktur för hemuppgifter och egen reflektion. Även på detta område kan således resultaten knytas till Lundhs (2012) sammanställning, där tydlig behandlingsstruktur som skapar förutsägbarhet och kontinuitet för patienten finns med bland de metodövergripande faktorer som anses centrala vid behandling av självskadeproblematik.

Samtliga deltagare i studien uttryckte åsikten att ERGT borde fortsätta erbjudas, och helst också göras mer lättillgängligt så att fler personer skulle kunna få del av behandlingen. Flera av dem reflekterade kring att de flesta människor – även utan uttalade självskadande beteenden och utan kontakt med psykiatri - skulle ha nytta av behandlingsinnehållet, med fokus på att utveckla ökad känslomässig medvetenhet och förmåga att hantera jobbiga känslor på ett konstruktivt sätt. När det gäller behandlingens utformning var deltagarna överens om att det manualbaserade upplägget med en grupp-session/vecka under totalt 14-16 veckor kändes alltför kort och intensivt, och samtliga framförde åsikten att behandlingen skulle vinna på att fördelas på fler sessioner över längre tid. Flera av dem föreslog också ett antal inplanerade uppföljningssessioner en tid efter avslutad behandling, som ett sätt att befästa nyvunna kunskaper och fortsätta utveckla mer hjälpsamma beteendestrategier. Liknande synpunkter kring utveckling av behandlingen framkom i Dahlbergs och Wetterbergs (2016) kvalitativa utvärdering av ERGT.

Studiens begränsningar

Eftersom målet med studien var att få fram och förmedla en bild av hur personer som deltagit i ERGT upplevt sitt deltagande i behandlingen föreföll valet av metod vara ganska givet. Den kvalitativa intervjun ger goda möjligheter att få inblick i och förståelse för människors upplevelser av ett visst fenomen, och i och med att datainsamlingen sker i direkt dialog med informanten kan eventuella oklarheter och missförstånd rättas till på ett tidigt stadium. Det finns dock – naturligtvis – också problem och svårigheter med småskalig kvalitativ design och studien har flera brister, som till stora delar hänger samman med det mycket begränsade urvalet. De resultat som framkommit i studien ger en bild av hur de fem personer som intervjuades upplevde sitt deltagande i ERGT. Även om man kan tänka sig att vissa av de upplevelser, erfarenheter och tankar som dessa personer berättade om delas av flera personer som deltagit i ERGT, bör man vara försiktig med att generalisera eller dra några långtgående slutsatser av resultaten. Samtidigt är det intressant att notera att de fem deltagarna var så pass samstämmiga i sina upplevelser. Merparten av det som framkom i de intervjuer som gjordes

sist hade redan på ett eller annat sätt kommit till uttryck i de tidigare intervjuerna, vilket indikerar att antalet intervjuer var tillräckligt för att nå mättnad i materialet.

En möjlig väg att komma tillrätta med den typ av validitetsproblem som små och begränsade urval medför skulle kunna vara att repetera studien med flera urvalsgrupper, som valts mot bakgrund av en eller ett par viktiga urvalskriterier som antas vara av betydelse för det område man intresserar sig för. Överfört till den aktuella studien skulle detta innebära att man intervjuade fler personer som genomgått ERGT. Genom ett sådant förfarande skulle man kunna nå fram till mer valid kunskap om hur ERGT upplevs av dem som genomgått behandlingen.

Ett annat problem som hänger samman med urvalsmetoden är det faktum att deltagarnas eget intresse för att delta i studien utgjorde ett viktigt urvalskriterium. Resultaten tyder på att deltagarna var nöjda med behandlingen. Samtliga som intervjuats tycktes också ha relativt lätt för att ”prata för sig”, och flera av dem gav uttryck för att de hoppades att deras medverkan i studien skulle kunna bidra till att ERGT fortsätter att utvecklas och erbjuds till fler personer. Här kan man fundera över om resultaten skulle ha sett annorlunda ut om urvalet varit mer representativt. Kanske är det så att personer som är mer positiva till en företeelse är mer intresserade av att dela med sig av detta, åtminstone i detta sammanhang? Det faktum att författaren själv är verksam i psykiatrisk öppenvård, vilket deltagarna fick information om i samband med deltagarrekrutering, kan möjligen också ha bidragit till viss försiktighet när det gäller att ta upp sådant som upplevts mer negativt. Ett försök att hantera denna potentiella risk för snedvridna resultat gjorde genom att i intervjuerna ställa specifika följdfrågor kring mindre positiva upplevelser av behandlingen, i synnerhet i de fall där sådana aspekter inte nämndes spontant.

Eftersom studien i så hög grad bygger på deltagarnas berättelser har strävan varit att återge deras beskrivningar så autentiskt som möjligt. Samtidigt – och det är viktigt att betona – är det ofrånkomligt att framställningen färgas av författarens förförståelse i form av teoretisk kunskap, klinisk erfarenhet samt tolkningar och antaganden. Att låta intervjumallen granskas av en oberoende forskare innan intervjuerna genomfördes blev ett sätt att sträva efter hög grad av ”neutralitet”.

Kliniska implikationer

Som diskuterats ovan är det inte möjligt att dra några långtgående slutsatser utifrån studiens resultat, då urvalet är så begränsat. Samtidigt framkommer en tydlig bild av att samtliga studiedeltagare upplevt ERGT-behandlingen som positiv och hjälpsam på många sätt, samt att

de önskar att fler skulle få möjlighet att ta del av behandlingsinnehållet. Deltagarnas tankar om att förlänga behandlingstiden genom att utöka antalet sessioner och/eller sprida ut innehållet över längre tid, kopplat till deras upplevelser av att behandlingen stundtals känts alltför intensiv och känslomässigt överväldigande, sänder viktiga signaler till terapeuter som arbetar med ERGT. Kanske skulle det finnas mycket att vinna på att sträcka ut behandlingstiden något och även planera in någon/några uppföljande sessioner – i syfte att skapa bättre förutsättningar för deltagarna att hinna ta till sig och smälta materialet samt träna på nya beteenden. Här saknas dock forskning, ERGT är utformat som korttidsbehandling och har hittills endast utvärderats i det manualbaserade originalupplägget (personlig kommunikation med Hanna Sahlin, Nationella självskadeprojektet, april 2018). Flera av deltagarna tar också upp vikten av att ERGT-deltagare erbjuds individuell behandlingskontakt parallellt med gruppbehandlingen. Detta är något som uttryckligen rekommenderas i manualen (Bjureberg & Sahlin, 2015), men uppenbarligen kan det skilja sig åt hur man hanterar denna rekommendation inom olika verksamheter.

De idéer som förs fram av deltagarna, när det gäller att erbjuda ERGT mer brett och pröva upplägget för personer utan uttalad självskadeproblematik är intressanta och spännande. Att frångå ett manualbaserat behandlingsupplägg som prövats empiriskt innebär dock att man inte kan utgå från att behandlingen längre har samma evidens. Frågan ligger också utanför det område som utgör fokus för denna studie.

Sammanfattande slutsatser

Sammanfattningsvis förefaller ERGT vara en lovande form av behandling för personer med självskadeproblematik. Detta sagt mot bakgrund av goda resultat i kvantitativa utfallsstudier samt det faktum att personer som deltagit i behandling ger tydligt uttryck för att de upplevt behandlingen som hjälpsam och positiv på många sätt, om än också krävande och jobbig. Frågan om vad som egentligen är effektivt och hjälpsamt i specifik psykologisk behandling är komplex och här finns mycket att utforska vidare. Framtida studier bör fokusera på att fördjupa förståelsen för vilka aspekter av ERGT som upplevs som hjälpsam och vad som upplevs som mindre positivt – ställt i relation till behandlingsutfallet mätt med exempelvis skattningsformulär. Ju mer vi lär oss och förstår på detta område, desto bättre förutsättningar har vi att successivt utveckla och anpassa behandlingsupplägg efter olika behov hos potentiella deltagare.

Referenser

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, 11-15.
- Bjureberg, J. & Sahlin, H. (2015). *Emotion Regulation Group Therapy – vid självskadebeteende. Manual och arbetsblad*. Svensk översättning av den amerikanska originalmanualen av Kim L. Gratz. Den svenska översättningen finns i dagsläget inte utgiven utan distribueras enbart i samband med utbildning av gruppledare i ERGT.
- Bjärehed, J. (2012). Aktuella teman inom självskadeforskning med relevans för behandlingsarbete: Terminologi och diagnostik, förekomster, allvarlighetsgrad, förståelsemodeller, social smitta och internet. Delrapport i *Kunskapsöversikt 2012*. Hämtas från: <http://www.nationellasjvalvskaedeprojektet.se>
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55–64.
- BRIS märker av ökad psykisk ohälsa. (2016. 4 april.). *Aftonbladet*.
- Calling, S., Midlöv, P., Johansson, S-E., Sundquist, K. & Sundquist J. (2017). Longitudinal trends in self-reported anxiety. Effects of age and birth cohort during 25 years. *BMC Psychiatry*, 17, 119-ff.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42(4), 611–621.
- Dahlberg, A. & Wetterberg E., (2016). Emotion Regulation Group Therapy for individuals with Non-Suicidal Self-Injury – a pilot study of six patients with combined quantitative and qualitative methods. Psykologexamensuppsats. Lund: Lunds universitet, institutionen för psykologi.
- Darche, M. A. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *The psychiatric Hospital*, 21, 31-35.
- Eriksson, T. & Åkerman, S. (2012). Patienters upplevelser av vården för självskadebeteende.

Delrapport i *Kunskapsöversikt 2012*. Hämtas från:

<http://www.nationellasjalvskadeprojektet.se>

- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Gratz, K.L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263.
- Gratz, K.L., Gunderson J.G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behaviour Therapy*. 37, s 25–35.
- Gratz, K.L., Tull M.T. (2011). Extending research on the utility of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Personality Disorders*, 2, s 316–26.
- Gratz, K. L., Tull, M. T. & Levy, R. (2014). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 44(10), 2099-2112.
- Greenberg, L. (2015). *Emotion-focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings*. 2nd ed. New York: American Psychological Association.
- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: Self report survey in schools in England. *The BMJ*, 325(7374), 1207–1211.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Liljedahl, S. (2012). Clinical guidelines for deliberate self-harm, non-suicidal self-injury and borderline personality disorder. Delrapport i *Kunskapsöversikt 2012*. Hämtas från: <http://www.nationellasjalvskadeprojektet.se>

- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lundh, L-G., (2014). Behandling vid icke-suicidalt självskaadebeteende kräver tydlig struktur. *Läkartidningen*, 111, s 1-5.
- Lundh, L-G., Karim, J., & Quilisch, E. (2007). Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the deliberate self-harm inventory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(1), 33–41.
- Lundh, L-G., Sterner, T., Eriksson, T., Åkerman, S., Liljedahl, S. & Bjärehed, J. (2012). Behandling av självskaadebeteende. En preliminär kunskapsammanställning. Delrapport i *Kunskapsöversikt 2012*. Hämtas från: <http://www.nationellasjalvskaadeprojektet.se>
- Lundh, L-G. (2013). Behandlingseffekter på självskaadebeteende: Vad visar forskningen? Delrapport i *Kunskapsöversikt 2012*. Hämtas från: <http://www.nationellasjalvskaadeprojektet.se>
- Lundh, L-G., Wångby-Lundh, M., & Bjärehed, J. (2011). Deliberate self-harm and psychological problems in young adolescents: Evidence of a bidirectional relationship in girls. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, s 476–483.
- Mars, B., Heron, J., Crane, C., Hawton, K., Lewis, G., Macleod, J., (...) Gunnell D. (2014). Clinical and social outcomes of adolescent self harm: Population based birth cohort study. Hämtad från *BMJ Open*: <https://www.bmj.com/content/bmj/349/bmj.g5954.full.pdf>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 10–18.
- Muehlenkamp, J. J., Williams, K. L., Gutierrez, P. M., & Claes, L. (2009). Rates of non-suicidal self-injury in high school students across five years. *Archives of Suicide Research*, 13(4), 317–329.
- McLeod, J. (2013). *Qualitative research: Methods and Contributions*. I: Lambert, M.J. (ed)

- (2013) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Nitkowski, D. & Petermann, F. (2011). Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen: ein Überblick. *Fortschr Neurol Psychiatr*. Jan; 79 (1): 9-20.
- Nock, M. K., Joiner, T.E., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson & E., Prinstein, M. J. (2006) Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*. Vol 144 (1), 65-72.
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 339-363.
- Odelius, C. & Ramklint, M. (2014). *En nationell kartläggning av förekomsten av självskadande beteende hos patienter inom barn & ungdoms- och vuxenpsykiatri*. Hämtas från: <http://www.nationellasjalvskadeprojektet.se>
- Robson, C. (2002). *Real world research: a resource for social scientists and practitioner-researchers*. Oxford: Blackwell.
- Sahlin, H., Bjureberg, J., Gratz, K.L., Tull, M.T., Hedman, E., Bjärehed, J., Jokinen, J., Lundh, L-G., Ljótsson, B., & Hellner Gumpert, C. (2017). Emotion Regulation Group Therapy for deliberate self-harm: A multi-site effectiveness study. *BMJ Open Access*, vol 10, 7. Hämtad som PDF från: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/10/e016220.full.pdf>
- Självskadabeteende ökar bland unga män. (2013. 7 oktober.). *Dagens Nyheter*.
- Socialdepartementet (2012): PRIO psykisk ohälsa - plan för riktade insatser inom psykisk ohälsa 2012-2016. Rapport från regeringen, hämtas i PDF-format från: <https://www.regeringen.se/49bbd2/contentassets/214bb76a9b0a4b50a9d6d73534a0f7a4/prio-psykisk-ohalsa---plan-for-riktade-insatser-inom-området-psykisk-ohalsa-2012-2016-s2012.006>
- Socialstyrelsen (2016): *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Remissversion*. Hämtas i PDF-format från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20405/2016-12-6.pdf>
- Socialstyrelsen (2017): *Utvecklingen av psykisk ohälsa hos barn och unga vuxna. Artikelnummer 2017-12-29*. Hämtas i PDF-format från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20785/2017-12-29.pdf>

- St Germain, S. A. & Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, 197(1–2), 78–84.
- Sterner, T. (2006). Självskadande beteende. I L-G Öst (red) *KBT inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Sterner, T. (2012). Behandling av självskadande beteende hos unga kvinnor. Delrapport i *Kunskapsöversikt 2012*. Hämtas från: <http://www.nationellasjalvskadeprojektet.se>
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17, s310-320.
- Trost, J (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Tsirigotis, K., Gruszczynski, W., & Lewik-Tsirigotis, M. (2013). Manifestations of indirect self-destructiveness and methods of suicide attempts. *Psychiatric Quarterly*, 84(2), 197–208.
- You, J. N., Leung, F., Fu, K., & Lai, C. M. (2011). The prevalence of nonsuicidal self-injury and different subgroups of self-injurers in Chinese adolescents. *Archives of Suicide Research*, 15(1), 75–86.
- Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlström, Ö., & Svedin, C-G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 759–773.
- Welch, S. S. (2001). A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services*, 52, 368-375.

Information om behandlingsstudie ERGT

Bakgrund och syfte

ERGT (Emotion Regulation Group Therapy) är en manualbaserad psykologisk behandling specifikt utformad för att behandla självskadebeteende och utveckla deltagarnas förmåga att hantera svåra känslor. Behandlingen ges i grupp och är tänkt som tillägg till individualterapi. ERGT har utvärderats i ett antal studier och resultaten från hittills genomförda studier är lovande. I Sverige pågår just nu arbete med implementering av ERGT på bred front, inom ramen för Nationella Självskadeprojektet. Hittills finns dock inga studier som belyser hur behandlingen upplevs av patienterna.

Vid flera öppenvårdsmottagningar inom psykiatriska kliniken på Södra Älvsborgs Sjukhus har vi under det senaste året satsat på att starta ERGT-grupper och resultatet av behandlingen följs nu upp på olika sätt. Som en del i detta uppföljningsarbete planeras också en fördjupad undersökning av hur gruppdeltagarna upplever behandlingen. Vi hoppas att detta ska kunna ge värdefull information inför fortsatt vidareutveckling av behandlingsupplägget.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas om att delta i studien eftersom du nyligen deltagit i ERGT. Vi hoppas komma i kontakt med dig som deltagit i behandling och som kan tänka dig att dela med dig av dina tankar, upplevelser och erfarenheter från behandlingen i en intervju.

Hur går studien till?

Om du väljer att vara med i studien kommer du att få medverka i ett enskilt samtal/intervju med fokus på dina upplevelser av att delta i ERGT. Intervjun beräknas ta 45-60 minuter och samtalet kommer att spelas in för att sedan kunna skrivas ut och analyseras. Materialet från samtliga intervjuer kommer sedan att sammanställas i en rapport.

Hantering av data och sekretess

Att delta i forskningsstudien innebär att du lämnar uppgifter om dig själv. Detta kan upplevas som känsligt eller obehagligt. För att i möjligaste mån undvika obehag förknippat med detta behandlas dina uppgifter helt konfidentiellt. I samband med transkribering av intervjuerna avidentifieras materialet och i den färdiga rapporten redovisas ingen personlig information – allt för att det inte ska vara möjligt att identifiera enskilda deltagare. Inga personuppgifter kommer att lagras tillsammans med intervjumaterialet. Ljudupptagningarna raderas direkt efter att de skrivits ut.

Frivillighet

Deltagandet i studien sker helt på frivillig basis. Du kan när som helst under studien avsluta din medverkan utan att motivera varför.

Din möjlighet till fortsatt vård och behandling från kliniken påverkas självklart inte av om du väljer att delta i studien eller inte.

Ersättning

Ingen ersättning utgår för deltagande i studien.

Ansvarig för studien

Jag som genomför undersökningen heter Anna Boström och jag arbetar till vardags som psykolog vid psykiatriska öppenvårdsmottagningen i Alingsås, där jag under våren också har lett en ERGT-grupp tillsammans med en kollega. Parallellt med mitt arbete studerar jag på det treåriga psykoterapeutprogrammet vid Högskolan Evidens och studien kommer att redovisas i form av en psykoterapeutexamensuppsats.Handledare för uppsatsen är Anders Hammarberg, leg. psykoterapeut och forskare vid Karolinska Institutet.

Vi hoppas att du vill ta chansen att berätta vad du tycker! Din upplevelse är värdefull för oss!

Anna Boström
Leg. psykolog
Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Alingsås
Telefon: 0322-22 64 95
E-post: anna.bostrom@vgregion.se

Handledare:
Anders Hammarberg
Leg. psykoterapeut och forskare
Karolinska Institutet: Centrum för psykiatriforskning
E-post: anders.hammarberg@ki.se

BILAGA 2**Intervjuguide: Patienters upplevelse av deltagande i ERGT****Bakgrund**

- Demografiska data: Ålder och kön (om inte detta redan är känt via journaldata)
- När började du självskada/få självskadeimpulser?
- Hur länge har du haft kontakt med psykiatri?
- Vilka andra behandlingar har du prövat tidigare (läkemedel, psykoterapi, annat)?
- Hur kom det sig att du deltog i ERGT?
- Vilka förväntningar hade du på behandlingen?
- Hade du annan behandlingskontakt parallellt med ERGT?

Upplevelse av behandlingen

- *Allmän upplevelse av ERGT*
 - Hur upplevde du ditt deltagande i ERGT? (Utgå från bred, övergripande fråga!)
 - Deltog du vid samtliga gruppsessioner? Om nej, hur tror du att det påverkade din upplevelse av behandlingen?
 - Upplever du att du hade nytta av behandlingen? Om ja, på vilket sätt?
 - Om du skulle ha kunnat förändra något i behandlingsupplägget, vad skulle du då ha velat göra annorlunda?
- *Gruppen*
 - Vad tyckte du fungerade bra i din grupp?
 - Vad fungerade mindre bra?
 - Hur upplevde du kontakten med de övriga gruppdeltagarna?
 - Upplever du att du påverkades på något sätt av de andra deltagarna i gruppen. Om ja, på vilket sätt?
- *Ledarnas betydelse*
 - Hur upplevde du gruppledarna? Och vilken betydelse tycker du att de hade för din helhetsupplevelse av behandlingen?
- *Material*
 - Hur upplevde du det skriftliga materialet som lämnades ut?
 - Hur upplevde du hemuppgifterna?
 - Hur upplevde du de muntliga genomgångarna som gjordes vid gruppträffarna?
 - Hur hanterade du eventuella svårigheter relaterat till materialet?