Den goda alliansen

- en förutsättning för magiska ögonblick i KBT- behandling

Marlene Alander

Examensuppsats

Handledare: docent Göran Falck
Ämneshandledare: Anna Törnqvist

Examinator: Hjördis Perris

"Mumintrollet var den enda som visste hur man
skriver till en snusmumrik. Sakligt och kort.
Ingenting om löften och längtan och sorgliga saker.
Och med någonting att skratta åt i slutet."

Tove Jansson
"Sent i November"

Tack

Jag vill rikta mitt varmaste tack till Anna – Lotta och Göran Falck, utan ert stöd och uppmuntran hade detta inte varit möjligt att genomföra. Tack även till min handledare Anna Törnqvist för dina idéer, uppmuntran och din fina vägledning, det har känts som om du förstått vart jag vill komma. Ett stort tack till min syster Anna som korrekturläst och föreslagit formuleringar där det krävts. Sist vill jag rikta mitt tack till min man Håkan för allt tålamod du visat under dessa år då jag pendlade mellan Apoteksgården och Stockholm. Utan dig hade det inte blivit någonting och framför allt ingen uppsats.

1. Sammanfattning

Syftet med denna uppsats har varit att undersöka hur patienten upplever genombrottet i sin terapi. Bakom detta ligger en förhoppning om att en sådan studie kan öka psykoterapeuters kunskap om patienternas upplevelser av dessa så kallade ”hot-moments”. Syftet har också varit att illustrera och diskutera vad som möjliggjort framgången i terapin för dessa patienter. Resultatet har visat att patienterna i undersökningen identifierat sina genombrott och att behandlingsresultatet till stor del beror på den terapeutiska relationen och att man tillsammans når fram till ” hot moments”. Resultatet i studien och i litteraturen antyder att det till stor del är terapeutens förmåga till intersubjektivitet som kommer att avgöra om den terapeutiska relationen kommer att bli bra eller dålig.

Innehåll

1. Sammanfattning……3

2. Inledning ……6

3. Syfte och frågeställning……6
3.1 Frågeställning……6

4.Tidigare forskning……7
4.1 Vad är verksamt i terapin……7

5. Teoretisk bakgrund……8
5.1 G-faktor……8
5.2 Neuropsykologi och spegelneuron……9
5.3 Intersubjektiv medvetenhet……9
5.4 Anknytningsteori……10
5.5 Nuvarande ögonblick/Mötesögonblick – vitalitetsaffekten……12
5.6 Implicit kunskap……13
5.7 Kairos……14
5.8 Terapeutisk relation – Alliansen……14

6. Metod……15
6.1 Kvalitativ metod……15
6.2 Halvstrukturerad intervju……15
6.3 Tillvägagångssätt och genomförande……16
6.4 Generaliserbarhet……17
6.5 Urval……17

7. Resultat…… 18
7.1 Presentation av resultat……18
7.2 Det avgörande ögonblicket i terapin……18
7.3 Tilltro till terapi……18
7.4 Kunskap leder till förändring……19
7.5 Faktorer av betydelse för förändring……20
7.6 Den terapeutiska relationen……20
7.7 Terapeutens egenskaper……21
7.8 Avbrott i terapin……21

8. Diskussion……22
8.1 Förmåga att skapa allians - terapeutens G-faktorer……22
8.2 Att finnas i mötesögonblicket Hot-moment……23
8.3 Hur mötesögonblick – hot moments – uppstår……24
8.3.1 Förklaringsmodell 1……24
8.3.2 Teoretisk genomgång av Förklaringsmodell 1……25
8.4 Alliansens betydelse för terapiresultatet……25
8.5 Alliansens roll vid låga förväntningar……27
8.6 Alliansens roll vid avbrott……28

9. Slutord……27

Litteraturförteckning……29
Bilaga 1……33
Bilaga 2……34
Bilaga 3……35
Bilaga 4……53

2. Inledning

Jag har jobbat som kognitiv samtalsterapeut sedan 2005. Under årens lopp har jag mött ett flertal patienter som nått framgång i sin terapi. Det som fascinerat mig är ögonblicket där genombrottet äger rum och jag registrerar en förändring. Jag har därför valt att ägna denna uppsats åt patienternas upplevelse av dessa ”hot moments”. Med ” hot moments” menas det subjektiva förändringsögonblicket som blir en vändpunkt i terapin.

Min förhoppning är att kunskap om patientens upplevelse av ”hot moments” ökar terapeutens intersubjektiva medvetenhet att upptäcka dessa magiska ögonblick som kan vara nyckeln till framgångsrik terapi.

Hypotesen i uppsatsen är: Behandlingsresultat hänger samman med den terapeutiska relationen och att man tillsammans når fram till ” hot moments”, det vill säga ”ögonblicket” som höjer medvetandenivån varifrån man är beredd att ta nästa steg. Det är terapeutens förmåga till intersubjektivitet som kommer att avgöra om den terapeutiska relationen kommer att bli bra eller dålig.

Tove Jansons dikt om hur Mumintrollet förstår sig på snusmumrikar får illustrera min tanke om att terapeuter, liksom mumintroll, måste ha en väl utvecklad intersubjektiv medvetenhet för att kunna skapa allians och förtroende hos sina patienter. Något som är en förutsättning för framgångsrik terapi.

Syfte och frågeställning

Syftet med denna uppsats är att öka psykoterapeuters kunskap om patienternas upplevelser av ”hot-moments” genom att göra en studie kring framgångsrik kognitiv terapi, avseende patientens upplevelse av ”hot moments”. Syftet är dessutom att beskriva, illustrera och diskutera vad som möjliggjort framgången i terapin.

Frågeställning

Hur beskriver patienten sina ”hot moments” vad gäller uppkomst/situation

4. Tidigare forskning

4.1 Vad är verksamt i terapi?

Psykoterapi är en form av psykologisk behandling som har till syfte att höja livskvalitén. På vårdguidens hemsida står det att det finns många olika inriktningar inom psykoterapin. Inriktningarna har delvis egna modeller och teorier för hur man förklarar och behandlar psykiska besvär. Gemensamt är att terapin ska hjälpa patienten att på olika sätt lära sig hantera svårigheter i livet och på så sätt må bättre.
Det är oftast svårigheter i här-och-nu-situationen som KBT fokuserar på, och KBT grundas på att terapeuten och patienten utvecklar en gemensam syn på personens svårigheter eller problem. Detta leder sedan till att man fastslår tidsbegränsade och individualiserade mål samt ett passande arbetssätt för terapin, som sedan fortlöpande följs upp och utvärderas. (Socialstyrelsen 2011)

Ottosson (1999) skriver att anmärkningsvärt litet forskning har gjorts om patient -läkarrelationens betydelse inom den psykiatriska vården.

”Therapy is effective. Treated patients fare much better than the untreated” konstaterar Asay och Lambert (2002) i en forskningsöversikt om psykoterapi.
Att detta stämmer verkar forskare vara överens om. Enligt Håkan Johanssons avhandling (2000) har forskning visat att psykoterapi har en god och stabil effekt och han menar att så gott som all sammantagen forskning visar att olika terapiformer har ungefär lika goda effekter. Ett uttryck som används för detta kallas ”the dodo bird effect[1]”. Att det inte finns någon signifikant skillnad mellan de terapeutiska teknikerna och skolorna vad gäller effekten, har lett till en omfattande forskning kring vad som i så fall är orsaken och källan till utveckling och förändring hos patienten. Det vill säga: om det inte enbart är själva terapimetoden, vad är det då som är verksamt? Dagens debatt inom psykoterapiforskningen handlar inte längre om psykoterapi är verksamt utan om hur stor del av förändring i terapin som kan hänföras till faktorer som är generella mellan olika terapiformer och hur stor del som beror på de specifika teknikerna i de respektive terapiformerna.

Även Ronnerstad (2006) skriver att flera studier visar att variationen i behandlingsresultat för olika psykoterapeuter inom samma terapimetod är betydligt större än variationen mellan olika terapimetoder. Mycket talar för att psykoterapeutisk behandling rymmer en metodövergripande g-faktor som snarare hör ihop med psykoterapeuten än metoden skriver Ronnestad. En annan tanke om vad som har effekt i psykoterapi är att terapeuten har en systematisk genomtänkt behandlingsstrategi menar Philips och Holmqvist (2010). När forskare studerar förändringsfaktorer i psykoterapi missar man kanske den viktigaste förändringsfaktorn, nämligen patienten själv skriver Philips och Holmqvist.
De menar att en god terapeutisk allians är en förutsättning för att behandlingen ska lyckas och det ska vara ett ömsesidigt samarbete mellan patient och terapeut. Den viktigaste faktorn i alliansen verkar vara att terapeuten verkligen verkar bry sig om patienten.

[1] syftar på historien i Alice i Underlandet när dronten (the dodo bird) konstaterar att alla vann och alla måste få pris.

För att terapin ska komma vidare krävs att man tillsammans med patienten kommer åt de mindre reflekterande och avvägda tankarna. Tankarna måste ”kännas” och inte bara vara en företeelse i ett intellektuellt resonemang. (Philips B. och Holmqvist R, 2010). Philips och Holmqvist skriver också att patienter lyckas med sin KBT-behandling om de har en bra relation till sin terapeut. De framhåller att det ofta är teknikerna och interventionerna som står i fokus, men att man måste ha insikt i att resultatet inte blir lika lyckat om man inte har en bra relation till sin terapeut.

Gilbert (2009) skriver att syftet med psykoterapi är att man genom reflektion kan få nya insikter och på så sätt kan skapa nya strategier som leder till andra typer av relationer/anknytningsmönster i framtiden.
För att uppnå detta krävs att vi har en trygg anknytning till våra patienter. (Gilbert, 2009). KBT handlar inte bara om symtomreduktion utan ofta att kunna gå vidare i livet trots kvarvarande av symtom (Philipsson B. och Holmqvist R. 2010). I de möten som leder till betydelsefulla vändpunkter och en ny insikt eller förståelse nås, har vi en särskild upplevelse att vara närvarande i ögonblicket, något Stern (2005) kallar Kairos och som han beskriver ögonblicket när något blir till.

Grunden i all framgångsrik terapi är att terapeuten skapar en fungerande relation till sin patient. Det är genom relationer till andra som vi förändras och terapeuten kan vara en trygg bas. Tryggheten leder till att det blir möjligt att reflektera över oss själva och våga förändringar skriver Wallin (2007). Hur vi skapar fungerande relationer beror på våra anknytningsmönster menar Wallin. Tryggheten medför att det blir möjligt att reflektera över känslor, handlingar och tankar som vi tidigare inte satt ord på eller tagit avstånd från. (Wallin J David, 2007).

5. Teoretisk bakgrund

5.1 G-faktor

G står för allmän begåvning och går inte att mäta direkt, men motsvarar förmågan att lösa problem och dra slutsatser ur komplex information (Lindgren, Folkesson. P. Almqvist K. 2009). Begreppet g-faktor har enligt Lindgren mfl (2009) lånats från den faktoranalytiskt baserade forskning om intelligens som ger stöd för en hierarkisk teorimodell med en g-faktor som apex och andra faktorer på lägre nivåer som avgörande för en persons kognitiva förmåga. Tanken med att använda begreppet g-faktor i detta sammanhang är att det kan finnas någon form av motsvarande kompetensstruktur när det gäller psykoterapeutisk behandling och att det är psykoterapeuten som utgör apex i en sådan. Det finns vissa gemensamma faktorer i olika former av psykoterapi. Det var speciellt gemensamma drag hos psykoterapeuternas egenskaper som förklarade större delen av resultaten. Fler studier har sedan bekräftat detta skriver Lindgren mfl (2009). Genom att koppla samman flera studiers resultat i sk metaanalyser har man funnit att det finns en g-faktor som gör att psykoterapi oavsett teori som använts, ger bättre resultat än ingen behandling alls eller med metod av typen placebo. Ronnestad (2006) säger att gemensamma faktorer är den tillit och det förtroende som uppstår i relationen mellan patient och terapeut,

upplevelsen av ett meningsfullt sammanhang och hur mycket terapeuten själv tror på den metod han/hon använder.

5.2 Neuropsykologi och spegelneuron

David J Wallin (2007) har teorier kring neuropsykologi och anknytningsmönster och hur anknytningsmönster påverkar utvecklingen av jaget. Ny forskning visar att det finns en grupp av neuroner i främre delen av hjärnan som gör det möjligt för människans förmåga att intuitivt känna vad en annan person känner och i och med detta kan utveckla ett intersubjektivt medvetande. (Iacoboni, 2001). Redan från början är spädbarn förprogrammerade att samspela med andra för att överleva visar forskning. (Gerhardt, 2009; Sonneby-Borgström, 2005) Detta sker genom att barnet får en omedelbar fysiologisk feedback av hur andra reagerar och beter sig utifrån hur barnet beter sig. Detta leder till insikt om de egna handlingarna. Det är spegelneuronerna som aktiveras när ett syfte och en riktning i det sociala samspelet har identifierats av intentionsdetektorer. Spegelneuronsystemet återfinns i prefrontala kortex, de främre delarna av hjärnan. I detta område finns även ytterligare viktiga förmågor som att reglera känsloimpulser och hantera känslor, känna empati, avläsa andras sinnesstämning och uppfatta sociala koder. Dessa känslomässiga förmågor uppstår inte av sig själva utan behöver aktiveras. Det är i samspelet mellan spädbarnet och dess anknytningsperson som de sociala förmågorna aktiveras. Det spädbarnet upplever i samspel med anknytningspersonen inpräntas som information om hur samspel ser ut mellan människor (Gerhart 2008). Bauer. J (2007) menar att om man saknade spegelneuroner skulle ingen mellanmänsklig kontakt eller emotionell förståelse vara möjlig. I studier på spädbarn har man sett att nyfödda imiterar redan när de är ett par timmar gamla (Field, 1982). Det är den här förmågan till imitation som anses vara grunden till relationen mellan barnet och anknytningspersonen. Både anknytningspersonerna och barnet tar emot och sänder signaler, båda uppfattar med sinnena vad som rör sig i den andre och sänder signaler tillbaka. Lyckade speglingar som leder till positiva känslotillstånd och kroppen börjar utsöndra opioder. Det förklarar enligt Field et al (1982) varför vi mår så bra av andra människors närvarande uppmärksamhet och att förvägrade speglingar leder till känslor av olust.

5.3 Intersubjektiv medvetenhet

Intersubjektivitet uppstår i ett nuvarande ögonblick när två människor får en särskild typ av psykisk kontakt. När man läser av en annan individs tankar, känslor eller intentioner kallas det intersubjektivitet och har enligt Stern (1998) visat sig ha betydelse i samspelet under en session. Denna kontakt innefattar ett ömsesidigt inträngande i varandras psyken. ”Jag vet att du vet att jag vet” kan personerna känna då en intersubjektiv kontakt har uppstått.

Stern (2005) skriver att intersubjektiviteten är ett viktigt motivationssystem som är grundläggande för mänsklig överlevnad på samma sätt som anknytning och sexualitet. Intersubjektivitet är en drivkraft i människan som hjälper till i gruppsammanhållning och ger upphov till känsla och moral. Den bidrar också enligt Stern till att möjliggöra psykoterapi och psykisk närhet bland vänner (Stern 2005). Människor betraktar människor runt omkring sig utifrån deras intentioner och människor handlar utifrån sina egna intentioner. Man kan inte fungera utan att läsa av andra människors motiv eller intentioner. När människan svarar på eller initierar en handling så är det för att man avläser intentioner och detta uppstår enligt Stern mycket

tidigt hos små barn (Stern, 1998). Genom ett intersubjektivt förhållningssätt kan terapeuten vara ett stöd i att skapa förändring genom att arbeta med de styrkor och svagheter som kommer fram i relationen mellan patienten och patienten. Dessa erfarenheter går att användas som en kompass på hur relationen kan utvecklas enligt Wallin (2007). Vid särskilt nuvarande ögonblick i terapin har en intersubjektiv medvetenhet uppstått. Vår egen upplevelse speglas i den andres blick, kropp och tonfall. Stern (2005) skriver att det inte behöver upplevas exakt lika och kan skilja sig i form, känsla och nyanser men de är tillräckligt lika för att en medvetenhet om att de båda upplevelserna bekräftas ömsesidigt. Genom intersubjektivt delande erfars en individs direkta upplevelse av att nästan samma upplevelse aktiveras hos en annan individ. Sedan speglas den tillbaka till den första individen genom den andra individens beteende och blick. När de möter varandra i detta gemensamma nuvarande ögonblick skapas en återkopplingsslinga mellan de båda psykena, skriver Stern (2005). En intersubjektiv slinga hålls igång och denna återkoppling som omfattar de två individernas perspektiv leder till en högre upplevelse hos de båda. En sådan högre upplevelse är intersubjektiv medvetenhet. Individerna har gjort något och har varit med om något tillsammans. Det är delandet av upplevelsens innehåll i det nuvarande ögonblicket som är intersubjektiv medvetenhet. Denna medvetenhet kan sedan nå långtidsminnet och efter hand kanske bli tillräckligt verbaliserat för att kunna bearbetas i terapin (Stern, 2005).

Susan Hart, (2008) har förenat kunskaperna om intersubjektivitet och anknytning samt mentalisering med hjälp av den nya neurovetenskapliga forskningen. Hart beskriver intersubjektivitet som synkroniserande biorytmer där barnets nervsystem formas av det yttre samspelet. Hon menar att detta på sikt medför att det hos barnet uppstår inre representationer för samspel, som senare blir modeller för hur barnen relaterar i samspelssituationer i livet. En förutsättning för förmågan att kunna uppfatta andras intentioner startar i spädbarnets nervsystem, då de synkroniserar med en annan individs nervsystem, menar Hart. Denna förmåga utvecklas under årens lopp och formas av den verbalisering och inre bild av känslotillstånd som barnet får i samspelet med sin anknytningsperson och sina närmaste. Hart (2008) skriver att intersubjektiviteten kan ses som förmågan att uppfatta sig själv som kännande och tänkande och insikten och förståelsen om att andra har egna tankar och känslor. Detta är en förutsättning för förmågan att läsa av andras intentioner, samspela med andra samt hitta strategier för att kunna hantera olika situationer som uppstår. Hon menar att detta spegelneuronsystem som finns i hjärnan har utvecklats särskilt för denna synkronisering av biorytmer och det är den som förser oss med genväg till social förståelse. (Susan Hart, 2008)

> ***”Den intersubjektiva medvetenhet som knyts till nuvarande ögonblick är väl ägnad att handskas med det rika implicita vetande som byggs upp i psykoterapi och bidrar till att förändra människor”.***
>
> D Stern, s.143 (2005)

5.4 Anknytningsteori

Alla människor har ett behov av att kunna samspela med varandra. Med denna förmåga menar man de egenskaper och färdigheter som människor utvecklar för att fungera i sociala sammanhang, förstå mänskligt samspel och skapa nära relationer. Hundeide (2009) skriver att

samspel och nära relationer länge betraktats som grundläggande i människans psykologiska utveckling. En omfattande del av forskningen har utgått från samspelet i anknytningsrelationen. (Hundeide, 2009). Stern (2005) fokuserar på samspelet mellan mödrar och barn och framhäver att det känslomässiga mötet mellan barn och anknytningspersonen har en avgörande betydelse för barnets självutveckling. (Stern, 2005). Bowlby (1979) beskrev anknytning som ett resultat av evolutionen och lade därmed grunden för teorin om anknytning skriver Ainsworth, (1991). Teorin utgår från att man från födseln är relaterade individer, men att förmågan att vara människa med andra människor formas och uppstår i samspelet med andra.

David J. Wallin (2007) utgår från tre teorier om anknytningsmönster. Dessa teorier har utformats av Bowlby (1979), Ainsworth (1990) och Main (1985). Bowlby lyfter fram betydelsen av intima relationer som är viktiga för oss livet igenom. Bowlby menar att för att få förmågan att skapa trygga relationer är den första intima relationen till våra föräldrar avgörande. Ainsworth visade med sin forskning att det finns olika typer av anknyningsmönster. Dessa är trygg, undvikande och ängslig anknytning.

Main kompletterade Ainsworths forskning genom ett fjärde anknytningsmönster, desorganiserad. Main utvecklade något han kallade för Adult Attachment Inoventory / AAI. Detta visar människans anknytningsmönster i vuxen ålder:

1. Secure / trygg (trygg som barn)

Fungerande relationer där både egna som andras behov betraktas.

2. Dissmissing / avvisad (undvikande som barn)

I relationerna sätts andras behov främst.

3. Preoccupied/upptagna (ängslig som barn)

I relationer svårt att lita på andras engagemang

4. Unresolved/separerad (desorganiserad som barn)

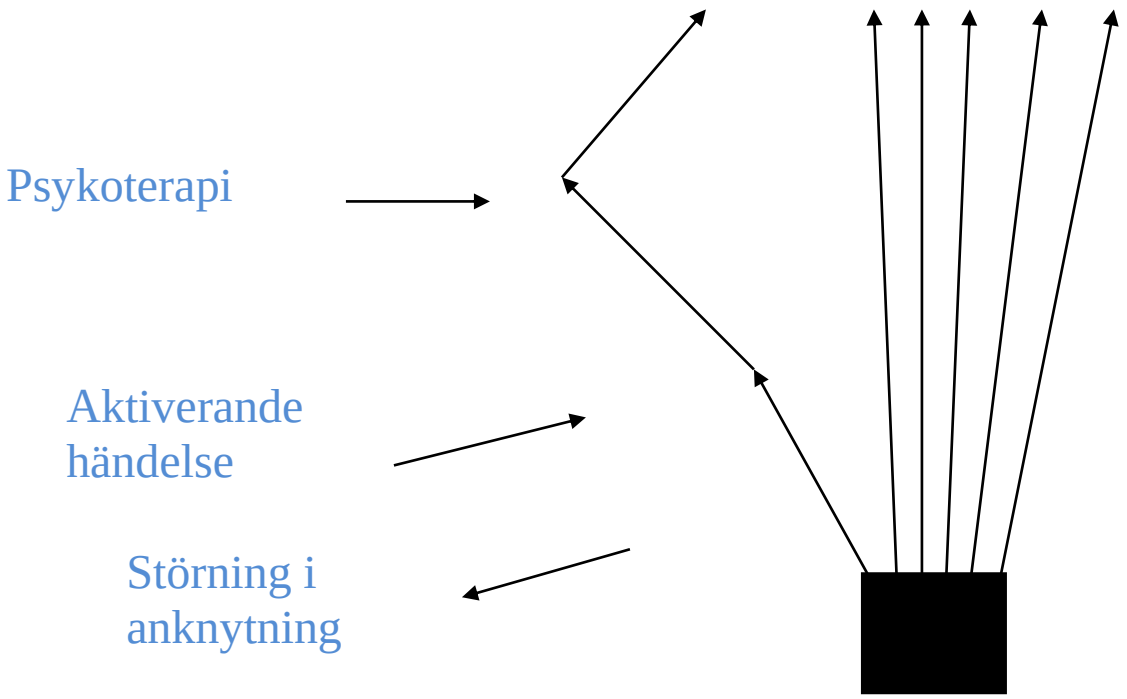
Saknar fungerande relationer.

Det är genom relationer med andra som vi förändras skriver Wallin (2007) och det är först när människor känner sig trygga som de har en förmåga att fundera och reflektera över sig själva. Grunden för all framgångsrik terapi är därför att terapeuten skapar en fungerande relation till sina patienter. Det beror på människans anknytningsmönster hur vi skapar våra relationer skriver Wallin (2007) För att föra terapin framåt och för en funktionell konceptualisering är anknytningsteori en utav de mest givande teoretiska grunderna för den kognitiva terapin skriver Perris (1996).

De intima relationerna är viktiga för människan genom hela livet. Om människan ska få förmågan att skapa trygga relationer är den första intima relationen till föräldrarna av direkt avgörande betydelse, menar Perris (1996). Om denna relation är trygg medför det att man får en god förmåga att skapa och behålla nära relationer. Är den däremot otrygg så begränsas denna förmåga.(Perris 1996, Perris & Perris 1998) Perris skriver att en terapeutisk relation kan vara vägvisare till att bibehålla relationer och förändra våra antaganden om oss själva och andra. (Perris & Perris, 1998). Detta är dock inte bara begränsat till barnåren utan är en livslång process.

Genom terapi kan en patient bli medveten om hur det tidiga anknytningsmönstret påverkat patienten i hur han/hon skapar relationer i vuxen ålder och därmed få redskap att göra egna medvetna val. Patienten kan få upp ögonen för sina egna reaktioner och på så sätt kunna bryta ett invant destruktivt beteende. På så sätt kan man vända en sned utvecklingsspiral. Det är alltså inte förgäves om man fått en sned start i livet. Den sneda starten kan utnyttjas till att patienten blir medveten om sina reaktioner och handlingsmönster. Det terapeuten måste göra är enligt Perris att hitta de rätta nycklarna för att räta upp den sneda utvecklingsspiralen. (Perris & Perris, 1998)
Se fig.1 nedan.

Fig:1 Perris sneda utvecklingsspiral



Metafor som symboliserar att olika utvecklingar normalt kan äga rum för olika grenar från en och samma trädstam (Perris s. 59, Personlighetsstörningar)

5.5 Nuvarande ögonblick/Mötesögonblick - vitalitetsaffekten

De främsta dragen hos ett nuvarande ögonblick är enligt Stern (2005):

- Medvetande eller medvetenhet är nödvändiga förutsättningar för ett nuvarande ögonblick.
- Det nuvarande ögonblicket är inte en muntlig eller verbal skildring för en erfarenhet. Men efteråt är det möjligt att återge den verbalt. Den upplevda erfarenheten av det nuvarande ögonblicket är det vi är medvetna om nu, under det ögonblick som just levs.
- Nuvarande ögonblick varar kort i cirka fyra till tio sekunder.
- Nuvarande ögonblick växer fram.
- Nuvarande ögonblick är oförutsägbara medan de växer fram. Inte möjligt att veta i förväg.
- Olika nuvarande ögonblick har olika vikt och betydelse. Det kan vara Kairos med stort K så ett helt liv ändrar riktning till nästan oviktiga menar Stern.

Då ett mötesögonblick är spontant och oförutsägbart så kan följden av att två psyken samspelar innebära en hel del misstag menar Stern (2005). Även i väl fungerande interaktioner förekommer många ”felsteg” men de flesta av dem repareras snabbt av den ena eller båda parter. Stern (1998) menar att felsteg är värdefulla eftersom sättet att rätta till misstag är ett utav de viktigaste sätten att ”vara med den andre” som kommer att ingå i det implicita vetandet.
Dessa misstag ska man ta till vara på för att skapa nya möjligheter. Det oväntade kan leda till att resultatet att båda psyken tillsammans skapar största möjliga sammanhang men om de åsidosätts kan terapin ta allvarlig skada eller till och med avbrytas (Stern 2005)

Mötesögonblick utgör några av de mest avgörande upplevelserna när det gäller förändring i psykoterapi. De är ofta de ögonblick som förändrade terapins lopp och som man minns bäst, åratal efteråt. Det Stern talar om är i grunden att göra något tillsammans, oavsett om det är aktivt, psykiskt eller fysiskt. Stern skriver att ett mötesögonblick är ett särskilt fall av att-göra-något-tillsammans (Stern, 2005).

Ett centralt begrepp som Stern använder är vitalitetsaffekten eller ”känslotonen” som illustrerar känslans varaktighet och styrka. Den vuxnes ”känsloton” eller känslomässiga handlingar påverkar barnets upplevelsevärld och leder till att barnet får en grundstämning. Det kan till exempel vara på vilket sätt barnet tilltalas, om den vuxne ser på barnet på ett visst sätt och hur man tar upp barnet. Stern skriver att spädbarnet verkar uppleva omvärlden mer direkt och reagera efter de vitalitetseffekter som uttrycks. Spädbarnet lever i högre grad i känslornas värld, än i en värld av formella handlingar och verbalt språk, säger Stern (2005).
Enligt Christine Padesky är vitalitetsaffekten det som beskrivs som ”Magin i Terapin”. Vitalitetsaffekten finns när samtalet ger en känsla av att man gör något tillsammans här och nu. (Christine Padesky, Föreläsning, Stockholm, 6 dec 2010). Enligt Stern (2005) så uppstår vitalitetsaffekten allt eftersom ögonblicket växer fram.

5.6 Implicit kunskap

Det är genom kroppsspråket många av de implicita erfarenheterna uttrycks och det måste uppmärksammas oavsett anknytningsmönster (David J. Wallin, 2007). Hur man vet hur man ska vara med andra är till största del implicit kunskap. Mycket av det implicita vetandet går inte ens att utrycka i ord, skriver Stern (2005).

Stern skriver om den tysta, icke verbala kunskapen. (Kan handla om händelsen/känslan/förnimmelsen/tanken/affekten/handlingen). Båda vet det utan ord och man behöver aldrig prata om det. Det intersubjektiva delandet av en ömsesidig erfarenhet förstås utan att behöva verbaliseras och blir en del av den implicita kunskapen i en relation skriver Stern
Om man har fokus på det implicita och outsagda i terapin kan det bli möjligt att få upp det på explicit medvetandenivån. Detta når man genom reflektion och leder till nya insikter och på så sätt kan man skapa nya strategier. Reflektionen i terapin gör att terapeuten gör det implicit förståeliga explicit synligt**.** Terapeut måste vara uppmärksam på attitydförändringar, kroppsspråk samt att vara ett stöd i att få tidigare erfarenheter i ett aktuellt sammanhang för att kunna synliggöra det implicita och formulera det explicit. Det krävs att man har en trygg anknytning med sin terapeut för att uppnå reflektion (Stern, 2005)

5.7 Kairos

David Stern är upphovsman till begreppet *Kairos* inom psykoterapin. Kairos är det grekiska ordet för ett gynnsamt ögonblick och ögonblicket när något blir till. Kairos är alltså ett möjligheternas ögonblick, att jämföras med Kronors, som är den objektiva synen på tid, den linjära klocktiden. Stern menar att Kairos både är en psykologisk och subjektiv tidsenhet som ska begripliggöra både det som hänt i det förflutna, vad som händer nu samt vilka handlingar det kan leda till. Kairos är ett ögonblick av möjligheter när händelser kräver handling eller skapar en situation som är gynnsam för handling skriver Stern. Stern beskriver det som ett litet fönster av möjlighet. Ögonblicket dyker upp i en särskild form av medvetenhet och kodas i minnet och det viktiga är att det skriver om det förflutna. Förändringar i psykoterapi inträffar genom dessa icke linjära språng i sättet-att-vara-med-varandra.
Det nuvarande ögonblicket är det som åstadkommer förändring, åtminstone på mikronivå menar Stern. Det finns ett brett spektrum av nuvarande ögonblick, från de sällsynta och mycket betydelsefulla som Stern kallar Kairos med stort K, där ett helt liv kan ändra riktning, till de nästa obetydliga. När det nuvarande ögonblicket blir synligt där kommer man att hitta ett annat sätt att se på saker. Det nuvarande ögonblicket ska alltså utföra ett psykologiskt arbete. Att detta har betydelse har av lekmän gets olika namn. Ett ögonblick i tiden, Ett klargörande ögonblick, Sanningens ögonblick, kusligt jävla ögonblick (som i polisjargong när ett liv hänger på att man fattar rätt beslut i rätt ögonblick) eller i terapi nu ögonblick. Stern, Nahum, Harrisson, Lyons-Ruth, Morgan, Buchweiler-Stern (1998)

5.8 Terapeutisk relation - Alliansen

Om en terapi ska bli bra krävs en allians, ett samarbete mellan två personer säger Padesky (2010). Hon beskriver alliansen som en interpersonell relation som kan jämföras med en dans. Det är en samverkan mellan relationer, tekniker och interventioner. Det är attityden och sättet parterna uttrycker den attityden som är den terapeutiska relationen/alliansen (Padesky, 2001).
En terapeutisk allians och ett samarbete uppstår inte utav sig själv skriver Philips och Holmqvist (2008) utan patienten måste undervisas till att bli terapipatient. På motsvarande sätt måste terapeuten lära sig att vara den unika patientens terapeut. Terapeuter som tidigt koncentrerar arbetet på föreställningar, önskningar och rädslor som kan utgöra hinder för det gemensamma terapeutiska arbetet etablerar förtroliga och emotionella band vilket är en viktig komponent i alliansen menar (Brolin 1979,1994)
Phillips menar att en god samarbetsrelation är en förutsättning för att patienterna skall göra de uppgifter som föreslås av terapeuten. Philips och Holmqvist (2008) refererar till en stor undersökning (Baldwin, Wampold & Imel, 2007) på ett stort materiel av terapeuter och patienter att det som ger skillnad i alliansen primärt handlar om terapeutens förmåga till intersubjektivitet. När terapeuten visar sig trovärdig inför patienten blir alliansen bättre. Terapeuten gör detta genom att vara bekräftande, trygg, avspänd, intresserad, respektfull och empatisk. Terapeutens förmåga att kommunicera klart bidrar också till alliansen. Stern skriver att det är i människans inneboende längtan att bli förstådd som intersubjektiv kontakt är ett viktigt motiv för att komma framåt i psykoterapin (Stern 2005). Giacomo dÉlia(2000) menar att terapeutens förmåga att lyssna och ”slå på känsloörat” och ”tona in” patientens skiftande känslolägen är avgörande. När terapeuten tagit emot dessa känslosignaler sänder terapeuten tillbaka till patienten på olika sätt. Det kan tex ske med röstens läge, kroppsspråk och verbalt. Det verbala gensvaret omfattar

sammanfattningar, självexponeringar och speglingar. Så som patienten uppfattar dessa sändningar, så blir alliansen och relationen mellan patient och terapeut, beskriver dÉlia (dÉlia 2000, 2001, 2004). Enligt J Safran et al (1991) är det viktigt att förstå hur relationen mellan terapeut och klient skapas. Det skulle leda till färre avbrott och bättre behandling då avbrott i den känslomässiga kontakten mellan terapeut och patient leder till att patienten bygger försvarsmurar istället för att känna sina känslor. Om terapeuten har fingertoppskänsla och genast tar upp vad som händer kan parterna förstå mekanismerna bakom och därmed stärka alliansen (Safran et al, 1991). Strauss, Hayes Johnson, Newman, Brown, Barber, Laurenceau och Beck (2006) menar att terapeutens förmåga att hantera skador i alliansen under terapins gång är avgörande för om det ska uppstå en terapeutisk och läkande effekt eller leda till ofullgångna avslut med svåra konsekvenser. Även Gilbert (2007) säger att den terapeutiska alliansen har betydelse då det nästan alltid beror på den när någon avbryter behandlingen.

6. Metod

6. 1 Kvalitativ metod

Ett flertal möjliga metodval föreligger med utgångspunkt från studiens syfte. Frågeställningen för denna studie inriktar sig på de upplevelser och erfarenheter som patienter som genomgått framgångsrik terapi har. Med hänsyn till detta så valdes kvalitativ metod före kvantitativ metod. Frågeställningens mål var varken att skapa allmänna, generella teorier eller att kvantifiera, utan målet var istället att försöka förstå samband och tyda fenomen med utgångspunkt i patienternas svar. I den kvalitativa ansatsen lägger man vikt vid att tolka och förstå det studerade objektet.

6.2 Halvstrukturerad intervju

Intervjuerna utfördes i halvstrukturerad form och valet av intervjutyp har flera motiv. För det första så behövs ett antal ”kärnfrågor” som ställas till informanterna/patienterna. För det andra underlättas analysen och jämförelsen genom att ge alla patienter samma material att ta ställning till. Halvstrukturerad intervjuform ger dessutom möjligheten att ställa följdfrågor för att kunna få tydligare svar. En ostrukturerad intervju bedömdes som alltför otydlig, medan en helt strukturerad skulle lämna allt för lite handlingsfrihet för oförberedda frågor.

Gillhams (2008) definition av halvstrukturerad intervjuform innebär att:

- Samma frågor ställs till alla inblandade
- För att säkerställa att likvärdiga saker täcks in leds intervjupersonerna vidare med hjälp av följdfrågor om någon av de relevanta områdena inte spontant tagits upp.
- Ungefär lika lång tid för intervjun avsätts vid varje intervjutillfälle.

Gillham (2008) skriver att de ovanstående punkterna delar samma struktur.
Det är genom samtal vi får veta något om andras erfarenheter skriver Kvale (1997). Att patienterna skulle ges möjlighet att fritt utveckla sina tankar jämfört med en enkätstudie var ett huvudsyfte i valet av metod. I en enkätstudie försvåras möjligheten att ställa de följdfrågor

patienterna kan tänkas behöva för att förtydliga sina uppfattningar av den studerade företeelsen. (Gillham 2008).

6.3 Tillvägagångssätt och genomförande

Under förberedelsen av vad som skulle undersökas i studien utarbetades ett antal övergripande teman som uppstod utifrån frågeställningen. De teman som uppstod var *den terapeutiska relationen, avgörande ögonblick (sk hot-moments), terapeutens egenskaper av betydelse för terapin, avbrott i terapin* och *förväntningar innan terapin*. Utefter dessa teman och med hjälp av litteraturen formulerades elva frågeställningar till en sammanställd intervjuguide (bilaga 3). Guiden utformades i form av en halvstrukturerad intervju då detta bjuder möjlighet för intervjuaren att vara flexibel och kunna gå utanför de förberedda frågorna om de enskilda intervjusituationerna skulle fordra det med till exempel förtydligande följdfrågor eller liknande. (Gillham 2008). Målet var att frågorna skulle vara öppna och sonderande för att förmå patienten att berätta så utförligt som möjligt.

En pilotintervju genomfördes för att se om intervjuguiden upplevdes som tydlig och relevant för studien. Efter pilotintervjun fastslogs den ursprungliga frågeordningen utan förändring i vare sig ordföljd eller frågornas fokus.

Därefter skickades ett introduktionsbrev (Bilaga 2) ut där syftet med studien presenterades och en beskrivning om att intervjuerna beräknades ta ca 60 minuter i anspråk. I brevet fanns ett förtydligande om att resultatet skulle behandlas konfidentiellt samt information om hur studien skulle publiceras. Samtliga åtta tillfrågade tackade ja inledningsvis och deltog sedan i intervjuerna. En patient tackade efter att ha läst igenom sin transkriberade intervju nej, varvid resultatet av dennes intervju ströks från studien.

Intervjuerna genomfördes med diktafon och tog ca 45 minuter. Intervjuguiden följdes för att patienterna skulle få samma frågor men följdfrågor och andra förtydligande anmärkningar skiljdes åt i de olika intervjuerna.

Intervjuerna transkriberades (Bilaga 3) och lästes igenom noggrant varefter materialet delades upp i teman utifrån frågorna. En strukturering av materialet genomfördes sedan steg för steg, genom att delar av svaren som ansågs ha gemensamt meningsinnehåll sammanfördes till kategorier och underkategorier. En hel del av innehållet passade in i flera kategorier och innehållet flyttades runt tills en meningsfull bild tillslut framträdde. Under analysen och resultatarbetet har de transkriberade intervjuerna på nytt lästs för att patienternas ursprungliga formuleringar inte ska förloras under arbetets gång.
Slutligen komprimerades resultatet ner till en sammanfattning av de olika kategorierna som i sin tur namngavs för att bli rubriker i resultatbeskrivningen.

6.4 Generaliserbarhet

Utifrån en kvalitativ studie är nackdelen att ett mindre antal intervjuer har svårare att ge statistiskt säkerställda svar, vilket en kvantitativ metod i högre grad hade kunnat åstadkomma. Då urvalet till den här studien styrts av tillgänglighet och antalet intervjupersoner är begränsat kan undersökningen inte göra anspråk på generaliserbarhet.

5.7 Urval

Syftet med studien har varit att undersöka patienternas upplevelse av hot-moments i framgångsrik terapi. Urvalskriterierna för framgångsrik terapi har varit dessa :

Patienterna är från samtalsmottagningen allmän närpsykiatri i öppen hälso och sjukvård. De har aktivt sökt kbt- behandling. Hänsyn har inte tagits till vare sig kön, ålder, socialgrupp utan urvalet är endast baserat på patienter som själva skattat att de haft en framgångsrik terapi (Bilaga 4).

Referensgruppen är en grupp avslutade patienter som innan påbörjad terapi skattats till mindre än 50 enligt GAF-skalan, men efter avslutad terapi skattades till 80-100.

GAF är en förkortning för Global Assessment Funktion Scale. GAF är en hundragradig skala som avser mäta en persons funktionsförmåga avseende personens psykologiska, sociala och arbetsmässiga förmåga. GAF-skalan är indelad i 10- intervall, där det vid varje intervall finns beskrivningar av funktionsbrister samt symtom. I skattningen skall bedömaren alltid fokusera på det som väger tyngst, vare sig det gäller funktion eller symtom, 1-10, 11-20, 21-30 etc, till 91-100. GAF- skalan ingår som axel V i diagnossystemet DSM-IV där det också finns anvisningar om hur man utför skattningarna. (Socialstyrelsen, 2011)

Efter avslutad terapi får patienten fylla i en 6 månaders kvalitetssäkrings/uppföljnings formulär. Ytterligare kriterier i urvalet av referensgrupp har dessutom varit att patienterna:

- varit sjukskrivna 100% och att deras arbetssituation eller studier i dag är 100%.
- Skattat att den behandling de har fått vid mottagningen har hjälpt dem med sina problem i mycket stor utsträckning.
- Svarat mycket bra i frågan hur nöjda är han/hon varit med den behandling han/hon fått.

7. Resultat

7.1 Presentation av resultat

Resultatet presenteras inledningsvis utifrån rubriker konstruerade efter intervjufrågorna. Texten består av en sammanfattning av patienternas svar med citat från patienterna som illustrerar resultatet. Citaten är kursiverade för att urskiljas från den övriga texten. Underrubrikerna har uppstått under arbetets gång då olika underteman blivit synliga allt eftersom arbetet fortskridit.

Det avgörande ögonblicket i terapin

Patienterna svarade att det inte var ett stort ögonblick, utan snarare flera små ögonblick. Svaren på frågan visar att dessa ögonblick ser olika ut för olika patienter men patienten har identifierat dessa tillfällen och kan dessutom återge dem. Patienterna beskriver hot-moments som stunden då de förstod. Patienterna beskriver också att känslan av att förstå känns i hela kroppen.

Konceptualisering
”- Vi har i terapin ritat livslinje där jag förstått mina val och vad som hänt.”
Resonera med automatiska tankar
”- De automatiska tankarna när jag började kunna fånga dem och ifråga sätta dem så försvann de.
Psykoedukation
”-terapeuten förklarade vad utbrändhet var för något det hade jag inte förstått. En aha upplevelse det var väldigt skönt att få reda på vad det var för något”.
Insikt om dysfunktionella antaganden.
”Vi satt ute på balkongen och jag fick en aha-upplevelse och kände att jag kan släppa det..”

Patienterna har alla förmågan att verbalisera vad som var det viktigaste eller avgörande ögonblicket i terapin då de kände att något speciellt inträffade. De hade alla identifierat och urskilt vad som förändrade och förde samtalet vidare till en djupare nivå och fick betydelse för deras fortsatta terapi.

7.3 Tilltro till terapi

Ingen av patienterna hade från början positiva förväntningar på att terapin skulle vara framgångsrik. Tre uttrycker att de hade hopp om att terapin skulle lyckas men de hade från början låg tilltro till terapi. I svaren påvisar inga patienter höga förväntningar innan första mötet.

”- Från början hade jag inga förväntningar alls”.
”- Jag kände mest att jag ville ha hjälp fast jag trodde inte att det skulle bli så”.
”Jag hade träffat tre olika terapeuter innan --- terapeuten hade inte fått mitt förtroende än och inte den insikten om att hon var tvungen och låta mig hitta det förtroende innan man började trampa på det som var viktigast i mitt liv”

Patienterna hade över lag inga förväntningar alls på terapin. Två patienter hade insett att de måste söka hjälp men hade ändå inga förväntningar. Två av patienterna hade ofrivilligt förmåtts dit av sin förälder eller av sin arbetsgivare. Övriga kom dit via remiss av läkare. Patienterna i denna studie hade samtliga låga förväntningar.

”- Från början hade jag inga förväntningar alls”.

”- Jag kände mest att jag ville ha hjälp fast jag trodde inte att det skulle bli så”.

Övertygelsen att behandlingen skulle lyckas var således låg bland patienterna och förväntningarna var över lag låga.

7.4 Kunskap leder till förändring

Den viktigaste stunden i terapin beskriver patienterna på skilda sätt. Alla säger att det är svårt att isolera en enda viktig stund, utan det är hela processen som var viktig. Flera olika faktorer framkom ändå vid intervjutillfällena. En faktor var när patienten förstod och fick kunskap och fakta. En annan patient beskriver att en diskussion om hur han/hon är var viktigast. En situation då terapeuten berättade för patientens partner om patientens tillstånd var den viktigaste stunden i hans terapi.

-*” Det var en stor grej då vi kom fram till saker jag inte vågat prata med någon om”.*

”Det är svårt att säga, men jag kände att jag fick en trygg punkt när jag kom till terapeuten och kunde släppa på allting. Diskussionen kring hur man är och hur man fungerar och förståelse för varför man mår dåligt.”

”På ett sätt så är väl egentligen det första mötet det allra allra viktigaste för hade DET inte gått, med tanke på att jag hade så lite tankar om att det skulle funka, hade jag inte fått kontakten där och då så hade jag inte kommit tillbaka. På sätt och vis hade inget blivit av, om inte det hade varit så bra. Så det kanske är det viktigaste.”

”- det känns som att det inte går att fånga med ord”.

”- Det var flera olika tillfällen som var avgörande. Varje terapisamtal så följde terapeuten upp och kollade så man hade gjort sina uppgifter. Det var väldigt bra för då fick man en aha-upplevelse!

7.5 Faktorer av betydelse för förändring

En faktor som patienterna beskriver är sin relation med terapeuten som de anser är en förutsättning för den vidare processen. De beskriver det till exempel som personkemi, att terapeuten ”kändes som en vanlig människa” och ”var lita på”.

En annan en faktor som framkom är exponeringen där patienterna beskriver hur terapeuten provocerat dem eller ifrågasatt dem så att de tvingats uppleva och handskas med obearbetade känslor.

”- terapeutens förmåga att sätta huvudet på spiken”.
” Det var när jag kände att det terapeuten sa handlade om mig. Jag förstod att hon visste vad jag pratade om. Jag kände starkt och plötsligt att jag litade på henne”.

”- Personkemi hos terapeuten. Att terapeuten kunnat gå på mag- känsla och kunnat provocera mig. Jag blev tvungen att tänka efter och helt plötsligt var jag tvungen att utmana mig själv”.

”-Terapeuten testade mig hela tiden. Jag har ofta känt när jag träffat andra människor att direkt när de ser att jag är väldigt tyst eller försiktig så backar de… Jag blev ju rädd och tyckte det var jätte jobbigt. Jag tror terapeuten förändrade mycket för det kändes för mig att det var ok att terapeuten påpekade det…. Jag tyckte det nästan var pinsamt och jag blev ju så nervös hela tiden. Men det var bra att hon testade mig”.

Ytterligare en faktor är de verktyg som terapin gav tex när de ritade tillsammans och diskussionen runt omkring bilden. Verktyg är en framgångsfaktor som är viktiga för att åskådiggöra vart man vill komma. De ger patienten möjlighet att tänka efter själv och leder till ökad insikt och möjlighet att ifrågasätta sig själv.

”- Verktyg som man fått under terapin, att få ut tankar på något sätt…”
”De (---verktygen) har ju åskådliggjort vart man vill komma.”

7.6 Den terapeutiska relationen

Den terapeutiska relationen handlar om anknytning. Här krävs en god allians för att den terapeutiska relationen ska bli bra. Patienterna beskrev sin upplevelse som ett vänskapsförhållande där båda vet att syftet inte är vänskapsrelation. Patienterna lyfter fram känslan av att vara sedd och förstådd av terapeuten. Trygghet och tillit är faktorer som präglar deras relation.

”För mig har det varit som att gå till en vän där man vet att det inte är ett ömsesidigt förtroendeutbyt. --- kemin finns där som en riktig vänskapsrelation men båda vet ändå”…

”- Då kan ju jag som patient också känna att du som terapeut upplever det samma som jag”.

”Att bli sedd. Och faktiskt våga locket på de mindre behagliga sidorna som man kanske inte skulle belasta en vän med”.

”När man pratar med en vän eller någon i familjen så förstår de inte riktigt. Förståelse innebär trygghet i alla former och är jätte viktigt när man mår dåligt att för att få en trygghet att stå på”.

” prata med någon som har vetskap om vad man går igenom”.

7.7 Terapeutens egenskaper

Terapeuten beskrevs som lugn, glad, otroligt lyhörd, ibland jävligt bitig, kunde visa empati och medkänsla. Terapeuten beskrevs också som fördomsfri och accepterande med intresse för patienten.
De egenskaper som patienterna anser vara viktigast hos terapeuten för terapins positiva utfall var terapeutens förmåga att läsa av och ”tona in” sin patient.

”- Det var väl mycket att jag tyckte terapeuten förstod mig och det gjorde att jag kunde öppna mig lite mer. Jag fick ett förtroende och det kändes bra.”

En rådande uppfattning bland patienterna var att terapeutens egenskaper var av mycket stor betydelse för terapin.

7.8 Avbrott i terapin

Sex av sju har haft avbrott i terapin enligt svaren. Anledningen till avbrotten har varit att patienten upplevt för jobbiga känslor som de inte har haft resurser att möta just då. Patienterna beskriver att de under avbrottet i olika utsträckning kommit att acceptera de jobbiga känslorna. Insikten i att terapeuten haft rätt krävdes för att patienterna skulle gå tillbaka till terapin.

”- När terapeuten sa att jag var självuppoffrande och att det fyllde ett behov hos mig då blev jag riktigt irriterad det tog väldigt lång tid innan jag accepterade det hela. Men det var en väldig stor sanning”.

”- några gånger lämnade jag terapin då vi inte var eniga alls …Men det behövdes för att jag skulle kunna gå vidare.”

”- i den stunden avskydde jag terapeuten.”

”- Det är obehagligt när man får sådana känslor och hur man ska hantera det hela men det känns skönt när man upplever det tillsammans med terapeuten så hon ser vad som händer med mig.”

Diskussion

I följande diskussion avser jag utifrån frågeställningarna lyfta fram, kort återge och tolka forskarnas teorier och förklaringar till resultaten. I de olika frågeställningarna använder jag författare och forskare som jag anser svarar med relevans och tydlighet för olika aspekter och dimensioner gällande mötesögonblicket och magin i terapin.

Något som framträdde i resultaten var att samtliga patienter identifierat Hot-moments/förändringsögonblicket och de avgörande delarna av terapin. Patienterna har dessutom kunnat verbalisera vad den inneburit för dem. Hot-moments och förändringsögonblick är komplexa begrepp. En tydligare uppfattning av hur patienten upplever dessa ögonblick har växt fram under bearbetning av resultaten. Hot-moments uppstår i mellanmänskliga samspel och är den stunden som en ny känsla infinner sig en känsla som går vidare till en annan förståelsenivå och som gör det möjligt till förändring hos patienten. I mina terapisessioner har jag själv kunnat identifiera de hot-moments som uppstått. Enligt resultaten i denna undersökning har även patienter den förmågan. Vikten av att lyssna på patientens egen upplevelse av den terapeutiska förändringen har flera forskare pekat på (Carey, 2007).

8.1 Förmåga att skapa allians - terapeutens G-faktorer

Att det tycks vara en mängd olika egenskaper en bra terapeut bör ha framkommer tydligt. Att terapeutens förmågor och egenskaper beskrivs som en stor faktor till framgångsrik terapi innebär att det måste finnas en g-faktor som är av betydelse. Vad är då en g-faktor för en terapeut? Jag ser det som hög social kompetens och förmåga att finnas närvarande i samtalet och en stark förmåga till intersubjektiv kontakt. Även forskning påvisar ett stort samband mellan alliansen och sådana egenskaper hos terapeuten; intresse, öppenhet, flexibilitet, ärlighet, respektfullhet och förmågan att inge tillit. (Ackerman och Hillsenroth 2003). Vilket stämmer väl överens med mitt resultat och jag tolkar det som g-faktor hos terapeuten. I forskningen visade det sig att patienterna, redan vid terapins start under de första tillfällena, indirekt avläste vad terapeuten utstrålade och bestämde sig för om det skulle bli någon allians eller inte. En g-faktor hos terapeuten är dennes intersubjektiva förmåga att i början av terapin, då patienten speglar sig mot terapeuten, få tillit och skapa allians anser jag. När sedan patienten tyst och implicit läser av och godkänner terapeuten uppstår tillit. Jag tolkar litteraturen så att om patienten blir redo beror på om terapeuten kan tolka och läsa in mycket via vitalitetsaffekten. Detta mäts och graderas av patienten. I min egen verksamhet upplever jag att denna tillit känns i kroppen, även om det är svårt att mäta och bevisa denna subjektiva känsla. Denna förmåga att känna igen att patienten har tillit till terapeuten bedömer jag som en g-faktor.

”- Verktyg som man fått under terapin, att få ut tankar på något sätt…” säger en patient. Här finner jag bekräftelse på vad Phillips säger är verksamt i KBT; man kan fokusera på verktyg men man kommer ingen vart utan en god terapeutisk allians. Man kan även se att det som är framgångsrikt i KBT och som patienter uppskattar är just strukturen. *”De (---verktygen) har ju åskådliggjort vart man vill komma.”*

8.2 Att finnas i mötesögonblicket – Hot Moment

Hot-moments känns i kroppen, skriver Stern (2005). Jag tror att människor ofta medvetet missar en massa mikroögonblick av hot-moments och mötesögonblick. En anledningen till detta är att många av oss är inlärda att i interpersonella relationer känna av och undvika ”känsliga” områden. Vi har implicit lärt oss att akta oss för att komma för nära, och så låter man mötesögonblicket glida förbi. Konflikter och andra människors rädslor är något en terapeut måste handskas med.

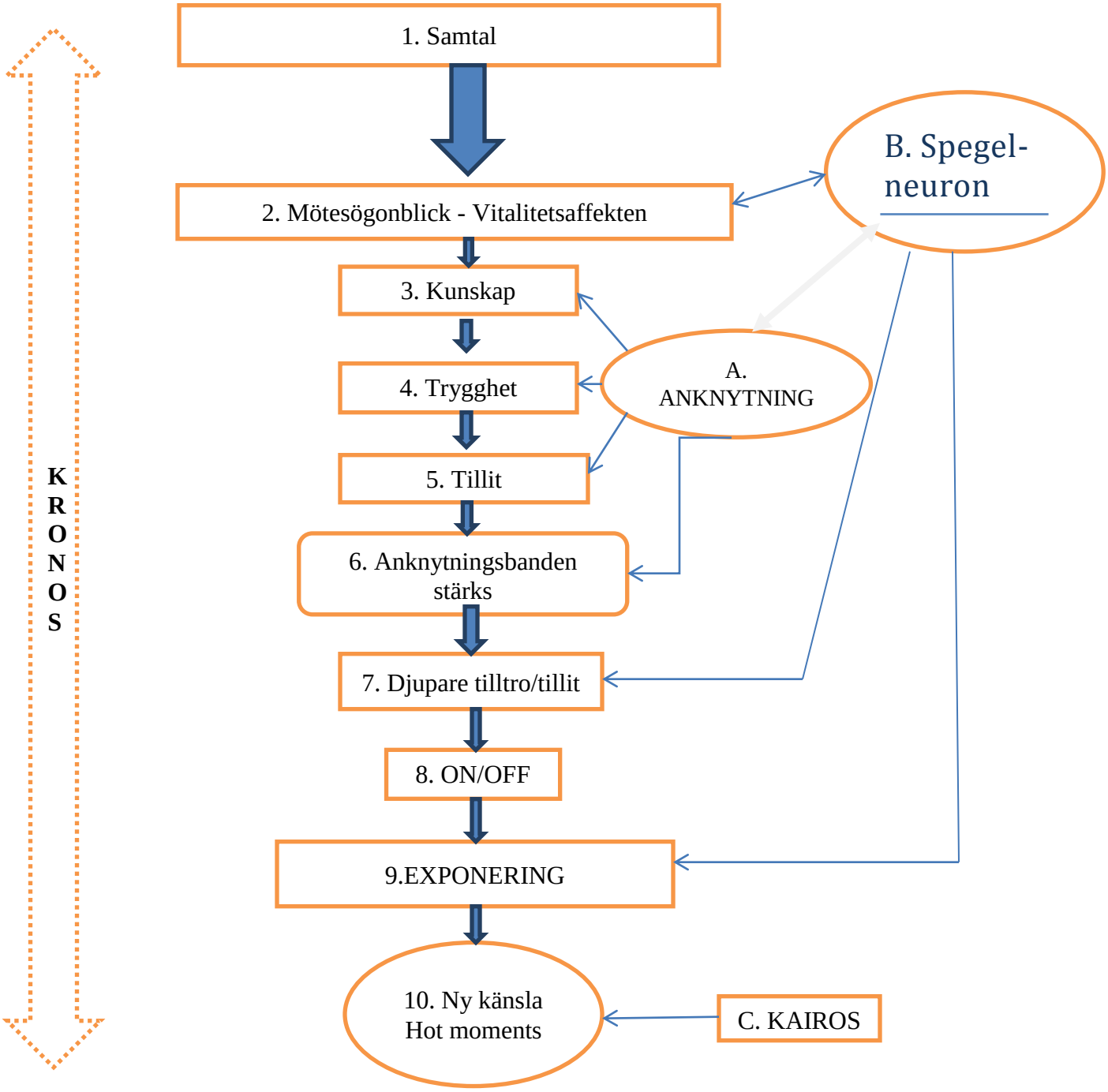
Mötesögonblicken finns hela tiden men man kan inte fånga dem alla, då det blir för mycket att sortera skriver Stern (2005). Men många mötesögonblick som fångas leder fram till positiva resultat. Man kan tolka det som att terapeuten fångar in stunden. En G-faktor hos terapeuten är att alltid vara närvarande i nuet, anser jag. Terapeuten ska inte fånga in alla mötesögonblick, då blir det både orimligt och omotiverat, men han får heller inte låta dem glida förbi. Terapeutens intersubjektiva förmåga måste avgöra vad som är lagom. Lagom ligger, menar jag, i terapeutens fingertoppskänsla.

Stern (2005) skriver att en viktig faktor är att finnas i mötesögonblicket. Misstolkar man ögonblicket, riskerar man förlora tilliten och alliansen försvagas. Terapeuten måste ha förmågan att identifiera mötesögonblicket, intuition nog att avgöra vad nästa steg ska vara, och detta inom loppet av mikrosekunder. Vissa terapeuter är fenomenala på detta, andra har det svårare och misslyckas oftare. I min undersökning har samtliga patienter uppfattat att deras terapeut agerat då ögonblicket var inne. Terapeuten måste agera rätt. Frågan är när blir det rätt och när blir det lagom mycket? Jag kallar detta för magkänsla och intuition. Intuition är till exempel att leverera lagom mycket information till rätt tillfälle, att vänta och inte leverera all information förrän man är i ett mötesögonblick. Stern beskriver att en av människans främsta drivkrafter är längtan efter intersubjektivitet och viljan att bli förstådd, och att dela med sig och få psykisk närhet är grundläggande för oss (Stern 2005). Människan har en förmåga att läsa av andras intentioner och faktiskt känna i sin kropp vad andra känner. Vår tidiga anknytning avgör hur väl denna förmåga utvecklas. Terapeuter bör, enligt mig ha mycket god intersubjektiv förmåga i det mellanmänskliga samspelet. Några frågor värda att fundera vidare på är att om magin i terapin till stor del beror på terapeutens intersubjektiva egenskaper så kanske denna g-faktor borde vara ett kriterium att ta hänsyn till vid antagningen till psykoterapeututbildningar? Och om man kan identifiera intersubjektiv kontakt som terapeutisk g-faktor, hur utbildar man då i intuition och magkänsla?

Både litteraturen och de tillfrågade patienterna har beskrivit terapins framgångsfaktorer. Mötesögonblicket så som det är beskrivet i litteraturen är av grundläggande betydelse för att terapin ska bli framgångsrik. Det är i mötesögonblicket som magin i terapin äger rum. Det är där som vitalitetsaffekten stärker den intersubjektiva kontakten mellan patienten och terapeuten.

8.3 Hur mötesögonblick – hot moments – uppstår

Flertalet faktorer ligger bakom en terapeutisk förändring. Flera av dem har beskrivits i denna uppsats. Tillsammans med de undersökta patienternas svar har relationerna mellan dessa faktorer utkristalliserats för mig. Nedanstående förklaringsmodell figur illustrerar min slutsats.
FIG.2



Förklaringsmodell 1) Hur Hot-moments uppstår
Illustrering: Marlené Alander, 2011

8.3.2 Teoretisk genomgång av Förklaringsmodell 1. Hur förändringsögonblick uppstår

I början finns mötesögonblicket. Utan mötesögonblicket kommer processen inte att leda framåt till allians och Kairos. Så först måste ett mötesögonblick infinna sig. (1). Det måste fångas där det är, här och nu, för att det ska leda vidare och öppna ett fönster till förändring (C, Kairos). (B) Teorin om spegelneuron visar att vi speglar oss i varandra redan som spädbarn och detta pågår livet igenom i alla mellanmänskliga möten.
Terapeuten har ett gynnsamt läge då mötesögonblicket ägt rum att presentera fakta (3) för patienten. Det kan handla om iakttagelser som terapeuten lagt märke till eller att terapeuten förklarar vad som händer med kroppen och tankarna vid depression eller det som patienten lider av och att terapeuten preciserar grundligt vad som är vanligt utifrån patientens situation. Genom att terapeuten levererar fakta i ett mötesögonblick leder det till kunskap hos patienten som då upplever trygghet *”hon förstod mig verkligen”* (4) som leder vidare till ökad tillit (5) När patienten känner ökad tillit och tilltro stärks anknytningsbanden (6) ytterligare. Det leder i sin tur till djupare förståelse och tillit (7) och tankarna påverkas positivt. Det är ett signalsystem mellan (A) Anknytning och (B) spegelneuron. Denna information styr hur den fortsatta relationen mot den andre ska vara. Har denna kedja varit framgångsrik och ”sättet att vara med varandra - strömbrytaren” är PÅ (8) och genom den tillit som patienten får till terapeuten leder till tilltro att våga spegla sig djupare i varandra, vi kommer in i den andres känslorum som möjliggör mötesögonblick som kan leda till ett förändringsögonblick/hot moments. Detta sker när spegelneuronen reflekterar positivt mot anknytningen när vi speglar oss mot varandra. Det leder till att man vågar komma djupare in i sina tankar och känslor. Med hjälp av terapeuten blir det möjligt för patienten att våga vara i känslan, exponeras för känslan (9). Förändrat tankemönster möjliggörs genom att man fått vara i känslan och bearbetat alternativ synsätt som leder fram till ytterligare mötesögonblick som förändrar tankesättet och hur patienten mår. En ny känsla bereds plats.(10) Man upplever att det går att styra känslan och öppnar upp till ytterligare upplevelse av nytt hot moment.

Vitalitetsaffekten blir större och man upplever att ”allt klickar”. När detta sker vet båda parter om det utan att man talar om det. Detta leder ytterligare till djupare förståelse och trygghet och tankar påverkas positivt. *”Jag känner att jag har kontroll och tillit att jag kan fixa detta vilket leder till att jag mår bra.”*

När patienten upplevt ett förändringsögonblick /hot moments så kommer de ihåg detta speciella mötesögonblick. Minnet har formats och lagras. Man minns även miljön runt omkring tex vilken plats hur vädret var etc som lede fram till aha-upplevelser trots att tid har gått skriver Stern (2005).
”- ja det har hjälpt mig verkligen till att kunna känna igen känslan och kunna lyfta fram och prata om den när vi är här för det sker ju inte någon annan stans.”

8.4 Alliansens betydelse för terapiresultatet

Alla patienter i undersökningen reflekterade över sitt förtroende för terapeuten. De ansåg att det var terapeutens förmågor som gjorde att tilltron till terapin ökade. De kände sig trygga och förstådda. De beskriver en allians, fast med andra ord. Om alliansens betydelse för framgången i

terapin betyder det att det måste finnas någon att gå i allians med för att nå fram till Kairos. Som argument för detta kan man titta på terapier via Internet. Det finns många preventionsprogram och flera internationella rådgivningsprogram där detta personliga stöd saknas eller är begränsat. Saknas en riktig person, där allt sker enligt en bok eller en manual, så presterar personen sämre. I en metaanalys av behandling via Internet för ångest och depression jämfördes behandlingar med stöd av en person ”bakom” och med behandlingar utan stöd.

Och det är uppenbarligen bra med en behandlare, så jag tolkar dessa resultat som att terapeuten är viktig för utfallet blir bättre om man får stöd i internet behandlingen, jämfört med om allt är digitalt enligt något schema. Det är alltså individualiserad internetbaserad behandling som fungerar. Om behandlingen ska bli framgångsrik krävs en människa bakom. I psykoterapitidningen Sokraten (nr 02, 2011) menar man att troligtvis så uppstår det ett mötesögonblick via Internet. Man kan jämföra det med Internetdejter; då man kan inleda både vänskaps och kärleksrelationer via Internet. Man kan bli kär, men för att den förändringen ska uppstå så sitter det ändå en människa bakom och väljer ut vad som ska levereras, i vilken ordning och i vilken ”ton”. Och vad gäller terapi så blir resultaten inte lika bra med endast manualbaserad terapi om man jämför med terapi, ansikte mot ansikte.

Forskningen på detta område ställer sig frågan om det är möjligt att utveckla en stark allians mellan terapeut och klient om de aldrig möts i verkliga livet. (Cook & Doyle, 2002; Rochlen m fl., 2004). Knaevelsrud och Maercker säger att våra mest grundläggande idéer om vad som behövs för att etablera en terapeutisk kontakt är att det finns en klient och en behandlare, att man delar ett fysiskt utrymme, att man samtalar och att man interagerar under samma tid (2006). De menar att det i forskningen fortfarande är osäkert om terapi via Internet kan ge det som behövs för att etablera en stark och väl fungerande allians och de menar vidare att mer forskning krävs inom detta område. Det har dock funnits forskare som i tidiga studier av relationer på Internet funnit att sättet som dessa relationer utvecklades kan likställas med en verklig relation skapad vid personliga möten (Walther och Burgoon, 1992).
Hasselrot (Sokraten, nr 2, 2011) parafraserar Wilson som är för manualisering och styrning för terapeuten och Hasselrot beskriver att Wilson motsätter sig Wampols teori om att det inte är metoden utan terapeuten som är den viktigaste komponenten för behandlingen. Wilson menar att det finns forskning som visar att kliniska experter på många sätt inte är bättre på att göra bedömningar än vanliga människor, därför behövs det riktlinjer att följa. Wilson påstår dessutom att det inte finns några välgjorda randomised controlled studies som visar att terapeuten har större effekt än metoden då manual används. (Sokraten, nr 02, 2011, Hasselrot).

Detta har dock ifrågasatts av bland annat Proudfoot (2003) som frågat i vilken omfattning värme, omsorg, tillit och medkänsla kan förmedlas utan personlig kontakt och verbalt språk.
Idag är finns många internetbehandlingar i Sverige tex Livanda, KÄTS för ätstörningar eller Alevo-metoden för viktminskning. De är så kallade individbaserade och det finns en kontakt bakom. Klienten skickar in något som den får respons på och det finns både mottagare och sändare. Någon läser och fångar upp signalerna och sänder tillbaka en respons. Det uppstår ett mötesögonblick när klienten läser det behandlaren skrivit. I den helt manualbaserade internetterapin finns det däremot inte möjlighet för möten att uppstå som jag ser det. En fråga som intresserar mig i detta sammanhang är om det finns några studier på terapier med dålig allians men med ett framgångsrikt resultat? Jag har inte funnit några sådana forskningsansatser. Detta skulle i så fall innebära att alliansens roll för lyckad terapi kunde ifrågasättas.

8.5 Alliansens roll vid låga förväntningar

Ett anmärkningsvärt resultat var att övervägande delen av de tillfrågade patienterna hade ingen eller låg tilltro till att terapin skulle fungera. Trots detta har de alla genomgått terapin med mycket gott resultat. Jag trodde att förväntningar i terapin skulle ha stor betydelse. Då tidigare forskning påvisat att positiva förväntningar på framgångsrik terapi är lika med framgångsrik terapi. Austin och Vancouver (1996) har studerat målstyrda beteende och menar att människor fortsätter att sträva mot sina mål så länge som de tror på att målet faktiskt kan nås. Utifrån dessa teorier leder positiva förväntningar inför terapi och de förbättringar patienten tror att detta ska leda till ihärdiga ansträngningar medan negativa förväntningar leder till ett mindre engagemang och i förlängningen till ett tidigt avbrytande av terapin.

Meyer, Pilkonis, Krupnick, Egan, Simmens (2002) fann att patienter som förväntade sig bli hjälpta av behandlingen tenderade att engagera sig på ett mer konstruktivt sätt i behandlingssessionerna vilket i sig bidrog till en större symtomlindring. Så var det inte i dessa intervjuer, tvärt om. Så negativa förväntningar behöver inte hänga ihop med misslyckat resultat.

Principe, Marci, Glick & Ablon (2006) fann ett samband mellan hur klienten skattade alliansen tidigt i behandlingen och sannolikheten att patienten skulle fortsätta terapin. Forskning har visat att patienter med låg tilltro till terapi i högre utsträckning avbryter terapin. Detta innebär att terapeuten i ännu högre utsträckning måste vara lyhörd och ”tona in” den skeptiske patienten så att vitalitetsaffekten blir god och allians kan skapas. Jag tänker mig att det är tack vare en god arbetsallians som patienten förmår att fortsätta terapin trots att den initialt hade låga förväntningar.

En fråga som forskningen har ställt är om det är alliansen som bidrar till ett gott utfall av behandlingen eller om det är ett gott behandlingsutfall som skapar en god allians? (Andrusyna et al, 2001) Det sist nämnda skulle kunna vara fallet för de tillfrågade patienterna i min undersökning, då samtliga hade ett mycket gott behandlingsresultat att se tillbaka på och detta kan ha påverkat känslorna för terapeuten i efterhand, som en efterhandskonstruktion, då de så att säga hade ”facit i hand”. Enligt min teori är ett gott behandlingsutfall inte möjligt innan man skapat en bra allians. Det blir ingen allians om man inte har haft mötesögonblick som lett vidare. Patienterna har i min undersökning känt Sterns känsla av mötesögonblicket så väl att de i intervjuerna kunnat återge den och den process som lett fram till den goda alliansen. Detta tolkar jag som att en positiv efterhandskonstruktion av arbetsalliansen inte förelåg.

Förväntningar behöver inte hänga ihop med vitalitetsaffekten och den intersubjektiva kontakten mellan patienten och terapeuten. Det är något annat som vi speglar i mötesögonblicket som blir avgörande för hur alliansen skall formas. I min studie påvisade inga patienter höga förväntningar innan första mötet. Detta är beskrivet i efterhand av patienten själv. I min forskning blev det positiv effekt av terapin trots låga förväntningar av att skulle lyckas.

Inom KBT har sambandet mellan arbetsalliansen och behandlingsutfallet betonats under de senaste tio åren skriver Andrysyna., DeRubeis, Luborsky (2001) och Waddington (2002). Strauss et al (2006) fann i sin KBT- studie ett samband mellan en stark alliansskattning tidigt i behandlingen och fortsatt terapi. Jag tolkar det som att terapeutens intersubjektiva medvetenhet

och dennes förmåga till vitalitetseffekt omedelbart prövas och att ju snabbare man uppnår en allians desto större är sannolikheten att patienten stannar i behandlingen.

8.6 Alliansens roll vid avbrott

I Safrans senaste forskning om varför så många slutade i terapi i förtid fann han att det är bra med avbrott som repareras Avbrotten i terapin kan både stärka eller försvaga sättet att vara med varandra/alliansen. En stark allians gör att det är möjligt att komma tillbaka efter ett uppehåll. Det är lättare att reparera den känslomässiga relationen. Detta stämmer överens med det resultat som Allen, Tarnoff, & Coyne (1985) kom fram till att allians är starkt relaterad till utfall men att initial allians inte kunde förutsäga hur det skulle gå för patienterna.

9. Slutord

Hypotesen i denna uppsats var att behandlingsresultat hänger samman med den terapeutiska relationen och att man tillsammans når fram till ” hot moments”. Resultatet i studien och i litteraturen pekar på att hypotesen stämmer och att det till stor del är är terapeutens förmåga till intersubjektivitet som kommer att avgöra om den terapeutiska relationen kommer att bli bra eller dålig.

Mötesögonblicket har potential att öppna fönster till förändring (*kairos*) vilket kan vara avgörande för vår nuvarande och framtida hälsa; mötet ger oss möjlighet att visa vem vi är, att berätta vår historia vilken påbörjats långt innan vår födelse och inkluderar såväl vår nuvarande situation som vår framtid, våra planer och våra drömmar. Patienterna i denna undersökning beskriver helt enkelt terapeutens förmåga som det som Stern kallar intersubjektivitet. Intersubjektiviteten är en g-faktor hos terapeuten. Frågor som uppstår är om det går att öva upp denna generella intelligens. Det är ju enligt forskarna inlärd från början och förmågan sitter vid prefrontala kortext. Hur tar man till vara på terapeuternas förmåga till intersubjektivitet på utbildningarna? Om alliansen är avhängigt terapeutens intersubjektiva förmåga borde inte den på något sätt utgöra ett kriterium vid ansökan till terapeututbildningarna? Och kan man över huvud taget undervisa i social kompetens?

Litteraturförteckning

Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.

Ainsworth, M. D. S. (1990. Some considerations regarding theory and assessment relevant to attachments beyond infancy: I: M. T. Greenberg, C. Cicchetti & E.M. Cummings (red.), *Attachment in preschool years: Theory, research and intervention,* s 463-488. Chicago: University of Chicago Press.

Allen, J., Tarnoff, G., & Coyne, L. (1985). Therapeutic alliance and long-term hospital treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 26(2), 187-193.

Andrusyna, T. P., Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., & Luborsky, L. (2001). The factor structure of the working alliance inventory in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research,* 10, 173-178.

Asay, T.P., & Lambert, M.J. (2002). *The empirical case för the common factors in therapy - Quantitativ findings.* In Hubble M.A., Duncan, B.L., & Miller S.D. (Eds.), *The heart and soul of change. What works in therapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Austin, J. T., & Vancouver, J. B. (1996). *Goal constructs in psychology: Structure, process, and content.* Psychological Bulletin, 120, 338–375.

Baldwin, S. A., Wampold, B.E. &Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring thr relative importance 0f therapist and patient variability in thalliance, *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 75, 842-852.

Bauer, J. (2007). *Varför jag känner som du känner: intuitiv kommunikation och hemligheten med spegelneuronerna.* Stockholm: Natur & Kultur.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice,* 16, 252-260.

Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Hovath & L. S.. Greenberg (Eds.*), The working alliance: Theory, Research and Practice* (pp.13-37). New York: Wiley.

Bowlby, J. (1978): *The making and breaking of affectional bonds.* London: Tavisock.

Cook, E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results. *Cyber Psychology and Behavior,* 5, 95-105.

d´Elia, G. (2000). Attachment: a biological basis for the therapeutic relationship? *Nordic Journal of Psychiatry* 55: 329-336.

d´Elia, G. (2001). *Kognitiv psykoterapi. Ett samarbatprojekt med patienten.* Stockholm: Sfph.

d´Elia, G. (2002a). Postmodernism och kognitiv psykoterapi. Del 1. Psykisk Hälsa 2: 117-131.

d´Elia, G. (2002b). Postmodernism och kognitiv psykoterapi. Del 2. Psykisk Hälsa 3: 241-255.

d´Elia, G. (2004). *Det kognitiva samtalet i vården.* Stockholm: Natur och Kultur.

Field, T. M., Woodson, R., Greenberg, R. & Cohen, D. (1982). Discrimination of facial expressions by neonatal. Science 8;218, 179-181.

Gerhardt, S. (2008). *Kärlekens roll – hur känslomässig närhet formar spädbarnets hjärna*. Stockholm: Karneval förlag.

Gillbert, P. &Leahy, R., L. (Eds.). (2009). *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies*. Amazone.co.uk.

Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun.* Lund: Studentlitteratur.

Greenberg M. T., Cicchetti C. & E. M.. Cummings (red*.), Attachement in the preschool years: Theory, research and intervention,* s 463-488. Chicago: University of Chicago Press.

Hart, S. (2008). *Neuroaffektiv utvecklingspsykologi*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Hasselrot, J. (2011, 15 juni). G. Terence Wilson. Evidensbaserad KBT, framsteg och problem. *Sokraten*, 02, 14.

Hundeide, K. (2009). *Vägledande samspel i praktiken.* Värnamo: Fälth & Hässler.

Iacoboni, M., Koski, L., Brass, M., Bekkering, H., Woods, R.P., Dubeau, M.-C., Mazziotta, J.C., & Rizzolatti, G. (2001). Re-afferent Copies of Imitated Actions in the Right Superior Temporal Cortex. *Proceedings of the National Academy of Science, USA,* 98, 13995-13999.

Iacoboni, M. (2005). Neural mechanisms of imitation. *Current Opinion in Neurobiology*, 15, 632-637

Iacoboni, M., Dapretto, M. (2006). The mirror neuron system and the consequences of its dysfunction. *Nature Reviews Neuroscience*, 7, 942-949.

Iacoboni, M. (2009). Imitation, Empathy, and Mirror Neurons. *Annual Review of Psychology,* 60,653-670.

Iwakabe, S., Rogan, K., & Stalikas, A. (2000). The relationship between client emotional expressions, therapist interventions, and the working alliance: An exploration of eight emotional expression events. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 375-401.

Johansson, H. (2006). Therapeutic alliance in general psychiatric care. Doktorsavhandling. Lunds universitet, Institutionen för psykologi.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.

Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Does the Quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy? Journal of Medical Internet Research, 8, e31.

Lindgren, O., Folkesson, P., & Almqvist, K. (2009). Psykoterapins ”g-faktor”. Sammanfattning av aktuell forskning. *Läkartidningen*, 106, 2285-2288.

Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood andadulthod: A move tothe level ofrepresentation. I: I. Bretherton & E, Waters (red.), Growing points of attachment theory and research, s 66-104. *Monographs of the society for Research in Children Development,* 50 (1-2).

Meyer, B., Pilkonis, P. A., Krupnick, J. L., Egan, M. K., Simmens, S. J., & Sotsky, S. M. (2002). Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: Further analyses from the NIMH treatment of depression collaborative research program. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, 1051-105.

Ottosson, J.-O. (red.) (1999): *Patient-terapeutrelationen*. *Läkekonst på vetenskaplig grund.* Stockholm: Natur och Kultur.

Padesky, Christine, (6 dec, 2010) *Föreläsning*, Stockholm,

Philips B. & Holmqvist R. (Red.). (2010) *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber.

Perris, C. (1996). *Ett band för livet. Bowlbys anknytningsteori och psykoterapi.* Stockholm: Natur och Kultur.

Perris, C. & Perris, H. (1998). *Personlighetsstörningar.* Stockholm: Natur och Kultur.

Principe, J. M., Marci, C. D., Glick, D. M & Ablon, J. S. (2006). The relationship among patient contemplation, early alliance and continuation in psychotherapy. 43 (2), 238-243.

Proudfoot, J. G. (2003). Computer-based treatment for anxiety and depression. Is it feasible? Is it effective? Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 28, 353-36.

Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates, and current empirical support. Journal of Clinical psychology, 60(3), 269-283.

Rønnestad, M.H. (2006). Fokus på psykoterapeuten. Betraktninger om psykoterapiforskning og profesjonell utvikling. *Tidskrift om barn- och ungdomspsykoterapi,* 15, 19-31.

Safran, J. D., & Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment*, 3(2), 188-195.

Sokraten, nr 02, 2011

Sonnby-Borgström M. (2005). *Affekter, affektiv kommunikation och anknytningsmönster – ett bio-psyko-socialt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., Laurenceau, J-P., & Beck, A. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 337-345.

Stern, D. N., Sander,L. Nahum, J.P., Harrisson, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruchweiler-stern, N. & Tronik, ,E.Z. (1998). Non-in-terpretative mechanisms in Psykoanalytisk therapy. The –someting more than interpretation (The Boston Change Process Study Group, rapport nr 1). *International Journal of psychoanalysis,* 79, 903-921.

Stern, D. (2005). *Ögonblickets psykologi. Om tid och förändring i psykoterapi och vardagsliv*. Falköping: Natur och Kultur.

Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 30, 179-191.

Wampol, B. E. (221). *The great psychotherapy deatet. Models, methods, and findings.*

Wallin, D.J. (2007). *Attachment in psychotherapy.* New York: Guilford Press, cop.

Walther, J. B., & Burgoon, J. K. (1992). Relational communication in computer-mediated interaction. Human Communication Research, 19 (1), 50-58.

Digitala källor:

http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/bedomningsinstrument/funktionshinder/gaf

Bilagor

Bilaga 1 (4)

1. Vad var det viktigaste eller avgörande ögonblicket i din terapi då du kände att något speciellt inträffade, vad som verkligen förändrade och förde samtalet vidare till en djupare nivå och fick betydelse för fortsatt terapi.

Stödord: fråga efter det som patienten upplevde, det man aldrig sa men båda förstod. Något speciellt avhandlades just då t ex något klarnade eller en ny känsla infann sig.

2. Hur övertygad var du att behandlingen skulle lyckas?

3. Vilka förväntningar hade du innan behandlingens start/efter behandlingen?

4. Beskriv den viktigaste stunden i din terapi.

5. Vilka faktorer/komponenter i terapin hade betydelse för din förändring?
Stödord: framgångsfaktorer.

6. Vad innebär den terapeutiska relationen för dig?

7. Vad underlättade ditt tillfrisknande, fanns det andra faktorer än terapin som påverkade resultatet?
Stödord: särskilda händelser, tidpunkt i livet

8. Fanns det några avbrott i terapin?
Stödord: längre uppehåll eller irritationsmoment.

9. Vad var det viktigaste eller avgörande ögonblicket i terapin som gjorde att en nu känsla infann sig inom dig?
Stödord: summering av samtalet.

10. Kan du beskriva terapeutens egenskaper.
Stödord: hade hon några unika egenskaper som hade betydelse för dig?

11. Hade terapeutens egenskaper någon betydelse för att din terapi blev framgångsrik?

12. Tror du att det finns någonting som vi har missat som har varit viktigt?
Stödord: några ytterligare kommentarer till det vi har diskuterat eller forskningen i sin helhet.

Bilaga 2 (4)

Angående forskning kring "hot moments" under KBT vid Apoteksgårdens samtalsmottagning

Som samtalsterapeut har jag fascinerats av "hot moments" under samtalsbehandlingen. "Hot moments" kan beskrivas som det ögonblick då pusselbitarna faller på plats och behandlingsmålet känns nära. Ett ”hot moments” kan beskrivas som ett avgörande ögonblick då du kände att något speciellt inträffade, som fick betydelse för fortsättningen av terapin om något speciellt avhandlades just då eller om något klarnade eller att en ny känsla infann sig.

Jag vill därför studera vilka framgångsfaktorer som leder fram till "hot moments" genom att intervjua tidigare patienter vid samtalsmottagningen.

Det är anledningen till att jag kommer att kontakta Dig med förfrågan om
Du är villig att hjälpa mig med forskningen och låta mig genomföra en
intervju vid Apoteksgårdens samtalsmottagning i Kopparberg.

Intervjun tar cirka en timme i anspråk. Vid intervjun görs en ljudinspelning som raderas när undersökningen är klar. Allt material som redovisas i undersökningen kommer att vara avidentifierat.

Deltagande i denna undersökning är helt frivillig. Om du inte vill vara med kommer detta beslut på intet sätt att inverka på Din fortsatta kontakt med Apoteksgårdens samtalsmottagning.

Har Du några övriga frågor är Du välkommen att kontakta mig på telefon
0580 – XX XXX

Med vänlig hälsning

Marlene Alander
leg sjuksköterska, samtalsterapeut
Apoteksgårdens samtalsmottagning

Jag samtycker:

Underskrift:_____ Datum:_____

Namnförtydligande:_____

Bilaga 3 (4)

Patient 1

Terapeuten: -vad var det viktigaste eller avgörande ögonblicket i din terpi då du kände att något speciellt inträffade. Vad som verkligen förändrade och förde samtalet vidare till en djupare nivå och fick betydelse för fortsatt terapi.

Patienten: -det var nog inte ett stort utan flera små kombinerat med sådant jag gjorde hemma.

Terapeuten: -finns det någon speciell situation som du fastnat för av de många små. Var det många små under samma terapi.

Patienten: -mest avgörande var nog de automatiska tankarna när jag började kunna fånga dem. När jag kunde börja fånga dem och ifrågasätta dem så försvann dem och helt plötsligt så var det bara tyst i huvudet.

Terapeuten: -hur övertygad var du att behandlingen skulle lyckas när du kom första gången.

Patienten: -jag hoppades att det skulle vara effektivt men jag var nog tveksam.

Terapeuten: -vilka förväntningar hade du innan din terapi.

Patienten: -ska man skilja mellan förhoppningar och förväntningar så tror jag att det var skillnad. Jag hoppades verkligen att det skulle hjälpa mig för jag var verkligen i behov av hjälp. Det kändes väldigt outhärdligt som jag hade det just då. Men samtidigt så hade jag gått i ett par andra terapier innan som inte var särskilt bra, de hjälpte lite grann men inte på djupet.

Terapeuten: -vad var det för skillnad på terapin på härvarande mottagning.

Patienten: -personkemin och erfarenhet. Den första terapeuten jag hade det var en läkare på vårdcentralen i Lindesberg som var under utbildning steg 1 och använde mig för att träna. Jag var precis nyutbränd och hörde inte allt han sa och jag orkade inte ens lyssna färdigt. Det handlar nog mycket om vilket tillstånd man är. Men det hjälpte nog mig ur det värsta då kanske. Sedan så gick jag hos en manlig terapeut i Frövi som jag tror var mer psykodynamisk inriktad. Vi var inte riktigt på samma nivå så jag förstod inte riktigt vad han menade eller var ute efter. Han kunde inte läsa av mig och tolka mig på ett sätt som jag inte kände igen men det vågade jag ju så klart inte säga till honom. Jag skulle ju vara en duktig patient och sedan slutade jag.

Terapeuten: -när du sökte till härvarande mottagning vad sökte du då för.

Patienten: -för depression, trötthet, utmattning och att jag tyckte att ingenting var roligt, jag orkade ingenting. Jag var inte så deprimerad att jag kände mig ledsen utan mera att allt var tungt och ingenting var roligt och jag kände mig ganska känslokall.

Terapeuten: -kan du beskriva den viktigaste stunden i din terapi.

Patienten: -det är jätte svårt att plocka ut en enda viktig. Det var som om hela processen var viktig.

Terapeuten: -vilka faktorer eller komponenter i terapin hade betydelse för din förändring.

Patienten: -terapeutens förmåga att sätta huvudet på spiken. Om jag säger någonting så plockar terapeuten ut det och får fram hur man tänker egentligen.

Terapeuten: -den terapeutiska relationen vad innebär den för dig.

Patienten: -att bli sedd och faktiskt våga lyfta på locket på de mindre behagliga sidorna som man kanske inte skulle belasta en vän med. I en terapeutisk relation så ger man ju inte utan man får och på det sättet är den kravlös och jag behöver inte ställa upp för någon annan utan här är jag för min skull.

Terapeuten: - kan du beskriva terapeutens egenskaper. Vad som hade betydelse just för dig.

Patienten: -klarsynthet, humor, värme. Förmåga att plocka fram rätt saker vid rätt tillfälle och leda vidare och hålla struktur.

Terapeuten: -hade dessa egenskaper någon betydelse för att din terapi blev framgångsrik.

Patienten: -empati tror jag också.

Terapeuten: -fanns det andra faktorer än terapin som påverkade resultatet.

Patienten: -jag läste mycket annat också just om stress och stresshantering, mindfulness och yoga eftersom jag var väldigt intresserad av att bli bra.

Terapeuten: -fanns det några avbrott i terapin. Längre uppehåll eller irritationsmoment.

Patienten: -jag minns faktiskt inte men jag tror att det kanske var det.

Terapeuten: -fanns det något irritationsmoment då du blev irriterad och förbannad.

Patienten: -Nej inte vad jag minns.

Terapeuten: -var det någon uppehåll då du behövde vila.

Patienten: -Nej jag tror inte det.

Terapeuten: -vad var det viktigaste eller avgörande ögonblicket i terapin som gjorde att en nu känsla infann sig inom dig.

Patienten: -det som ploppar upp direkt är "löken". När terapeuten beskrev hur man är som en lök att man får skala av och komma åt grundantagandet som styr hela ens liv. Men även allt ritande hjälper.

Terapeuten: -tror du att det finns något annat som terapeuten har missat som är viktigt. Något som du vill tillägga och kommit på i efterhand.

Patienten: -det känns om att det inte går att fånga i ord. Allt har varit jätte bra och till jätte stor hjälp. Jag har säkert glömt bort mycket saker som har varit till nytta men som jag har inlämnat i mitt sätt och fungera. Bland annat att sätta gränser mot barnen och ta vara på mig själv. Jag hade nog inte sagt ifrån till barnen och satt gränser mot dem om inte vi hade pratat om det. Det är skillnaden mellan en manlig och kvinnlig terapeut. Den kvinnliga tar vardagsproblemen de konkreta problemen i vardagen med att hantera hus, barn och kvinnoroll hur man är sund och normal fungerande så kan man göra det och ändå inte låta det stressa men har man problem som jag har så kan det bli jätte jobbigt. Den kvinnliga terapeuten tog det på allvar och faktiskt hörde när jag sa att det var jobbigt. De manliga terapeuterna sa bara att jag skulle gå och lägga mig och vila. Jag kan lägga mig ner och vila men inte slappna av då jag vet att det ligger tvätt i högar och att det finns mycket disk. Jag tror att terapeuten på härvarande mottagning hade skillnad, finjusteringen på känslor och vad det faktiskt innebär.

Terapeuten: -jag tycker att det var en bra sammanfattning att mycket handlar om att det inte är ord utan det är någonting som sker i rummet att det inte sägs men det sker.

Patienten: -terapeuten har haft en väldigt bra känsla för var någonstans jag har varit och vad jag har brottats med just då och sedan serverat mig lagom mycket för att kunna gå vidare i små bitar.

Terapeuten: -om det känns bra för dig så tänker jag pausa här.

Patienten: -det känns bra.

Patient 2

Terapeuten: -kan du beskriva vad du sökte terapi för.

Patienten: -sömnbesvär, oro och ofta i affekt.

Terapeuten: -om man ska summera hela terapin och du får välja ett ögonblick vilket är då det viktigaste eller avgörande ögonblicket i din terapi då du kände att något speciellt inträffade. Fanns det något som förändrade och förde samtalet vidare till en djupare nivå och som fick betydelse för fortsatt terapi.

Patienten: -terapeuten och jag har haft kontakt i flera år under olika tider i mitt liv. Det som hände först var hur mycket min far fortfarande påverkade mig trots att han inte är vid liv utan gick bort för 15 år sedan. Jag kommer ihåg att jag och terapeuten satt ute på balkongen och jag

fick en aha-upplevelse och kände att jag kan släppa det och mer tänka på vad jag tycker om att göra och inte för att vara duktig inför min far.

Terapeuten: -hur kom du fram till det. Var det någon som sa något eller ritade något.

Patienten: -det handlade fortfarande om i min sång t ex när vi sjöng i kyrkan så var jag nervös för att han skulle sitta i publiken. Jag kunde se honom utan kläder framför mig. (skratt). Vi har under terapin ritat min livslinje där jag förstått mina val och vad som har hänt och hur min familj har byggts upp.

Terapeuten: -hur övertygad var du att behandlingen skulle lyckas när du kom första gången.

Patienten: -första gången jag kom var jag väldigt skeptisk. Jag trodde inte terapeuten skulle lyckas få mig att öppna mig.

Terapeuten: -hade du bestämt det innan terapi.

Patienten: -ja det hade jag ju men samtidigt så var det ju ett rop på hjälp och jag visste att jag behövde hjälp men jag ville ändå träffa någon som jag kände att det fungerade med och där jag kunde få ramla.

Terapeuten: -vilka förväntningar hade du innan terapin.

Patienten: -jag hade bara ett hopp om att min yta skulle få krackelera. Det var ett hopp och en enorm rädsla.

Terapeuten: -kan du beskriva den viktigaste stunden i din terapi.

Patienten: -det finns säker väldigt många, en del finns förmodligen där långt bakom mig som redan har landat och gått vidare i andra processer. Jag vet också att en acceptans av att jag bär på olika sorger som jag inte har velat lyft fram till ytan men som ändå har fått mig att acceptera vissa sorger. Bland annat min mamma som är dement, sorgen över min bror och min far som har fått mig att ta fram det och acceptera det och ta vara på det goda som finns där.

Terapeuten: -vilka faktorer/komponenter i terapin hade betydelse för din förändring. Framgångsfaktorer, bilder, speciellt ord eller mening.

Patienten: -ingredienserna för min del tror jag har varit en viss provokation från terapeutens sida.

Terapeuten: -vad innebär den terapeutiska relationen för dig?

Patienten: -förtroende och trygghet.

Terapeuten: -kan du beskriva terapeutens egenskaper. Några unika egenskaper som hade betydelse för dig.

Patienten: -fördomsfri, acceptans, intresse av att utveckla min identitet vem jag är och vilka talanger jag har.

Terapeuten: -vad underlättade ditt tillfrisknande, fanns det andra faktorer än terapin som påverkade resultatet. Särskilda händelser i livet.

Patienten: -de yttre faktorerna väger inte in som t ex skilsmässa, nytt arbete. Det klart att olika faktorer har spelat in men det har inte underlättat.

Terapeuten: -fanns det något avbrott där du inte kom eller något irritationsmoment i terapin.

Patienten: -det första avbrottet var när vi hade kommit en bit på väg och jag skulle landa lite. Vi hade avslutningssamtal och jag gick vidare. Vi hade gått igenom en stor del av mitt liv och vi var färdiga just för den gången. Men sedan började det hända andra saker i mitt liv som gjorde att jag tog upp kontakten igen.

Terapeuten: -något irritationsmoment där du blev arg.

Patienten: -det var när jag blev provocerad och tyckte att terapeuten tvingade mig att tänka själv i stället för att tala om hur jag skulle må. Det hade jag inte förväntat mig innan terapin. Det tog ett par dagar sedan insåg jag faktiskt att terapeuten fick mig att tänka annorlunda att jag har ett eget ansvar, en egen taktpinne.

Terapeuten: -vad var det viktigaste eller avgörande ögonblicket i terapin där du verkligen kände att det blev en helt ny känsla inom dig.

Patienten: -jag är fast i att jag har avgörandet i min egen hand och jag kan själv avgöra mina tankar. Jag har fått tänka hela tiden att om jag nu inte trivs med att göra så vad skulle jag göra då i stället. Fått tvinga mig själv till att tänka kreativt och inte vad jag tror andra förväntar sig av mig.

Terapeuten: -tror du att det finns någonting som vi har missat i terapin som har varit viktigt.

Patienten: -ja mycket känns det som. Jag har funderat om jag skulle ha varit mer tydlig när terapeuten tvingade mig att rita på golvet när jag kom gråtandes och önskade sjukskrivning. Som mot min vilja inte sker utan terapeuten lägger fram ett stort ark på golvet och stoppar en penna i handen på mig och säger skriv nu vad du vill göra i stället om du inte trivs på ditt arbete. Vilka är dina mål, vad har du för drömmar och förväntningar om hur du vill ha det. Jag sitter gråtandes och skriver att jag vill nog kanske vill bli författare. I den stunden avskydde jag terapeuten fast det hela var ju bra för min del. Det var också en annan gång då terapeuten trängde mig i stolen och provocerade mig till att känna mig mindervärdig så att jag lättare kunde känna igen den känslan och i stället tänka att jag inte behöver trycka ner mig utan jag kan i stället göra på ett annorlunda sätt. Det är obehagligt när man får sådana känslor och hur man ska hantera det hela men det känns skönt när man upplever det tillsammans med terapeuten så att hon också ser vad som händer med mig.

Terapeuten: -var det viktigt att se vad som hände med dig.

Patienten: -ja det var det för att terapeuten skulle kunna rekommendera hur jag skulle tänka annorlunda.

Terapeuten: -är det dina känslor som sker i rummet som har hjälpt dig mest.

Patienten: -ja det har hjälpt mig verkligen till att kunna känna igen känslan och att kunna lyft fram och prata om den när vi är här för att kunna prata om den det sker ju inte någon annanstans.

Terapeuten: -är det något annat du vill lägga till. Ibland så kommer det upp en massa minnen.

Patienten: -jag känner att jag skulle ha velat gjort en mindmap hemma och summerat lite grann själv innan och kunnat tänka. Nu känns det som att jag fortfarande är i processen.

Terapeuten: -om du kommer på något som är viktigt så skriv ner det och skicka ett mail.

Terapeuten: -om du inte har något mer så är jag jättenöjd.

Patienten: -bra, om jag får fundera hemma så.

Patient 3

Terapeuten: -jag tänkte börja med lite frågor där du kan beskriva hur det kom sig varför du sökte terapi. Vad var dina problem från början.

Patienten: -innan jag kom hit så var mitt liv inget liv. Det var en existens där jag var så sjuk och hade så lite kontroll över mitt liv så det var inte värt att leva. Jag visste att den enda som kunde förändra det var jag själv, jag kunde inte ändra omständigheterna som de såg ut just då men jag kunde ändra mig själv.

Terapeuten: -vad var det viktigaste eller avgörande ögonblicket i din terapi då du kände att något speciellt inträffade, vad som verkligen förändrade och förde samtalet vidare till en djupare nivå och fick betydelse för fortsatt terapi.

Patienten: -jag tror att det var när jag vågade säga att jag var rädd att lämna min man för att det var den absolut mest förbjudna tanke. Församlingen var ju ännu mer förbjudet men det kom så mycket senare och den resan gjorde jag på sätt och vis själv. Men någonstans visste jag nog att min man var en stor del utav problemen jag hade.

Terapeuten: -när visste och kände du att du kunde säga det.

Patienten: -det tog ju tid. Jag var ju tvungen att verkligen hitta tillbaka någonstans till mig själv och hitta att jag hade egna meningar. Detta upptäckte jag väl när kontakten här blev så viktig och jag märkte att den hela tiden förde mig framåt och jag upptäckte nya saker själv. Det handlade ju om trygghet och till slut vågade jag säga det där som ingen annan hade fått hört förut.

Terapeuten: -hur övertygad var du att behandlingen skulle lyckas.

Patienten: -det var jag inte övertygad om (skratt).

Terapeuten: -hur kommer det sig att du inte var det.

Patienten: -därför att jag hade träffat tre olika terapeuter innan och som alla i mitt tycke var ganska så knäppa på olika sätt.

Terapeuten: -kan du beskriva varför du tyckte de var knäppa.

Patienten: -den första terapeuten som jag sökte till när jag hade en förlossningsdepression hon riktade med en gång in sig på att det var min mans fel att jag mådde dåligt. Vilket på ett sätt inte var sant då förlossningsdepressionen berodde på min egen fysik och inte på en annan människa. Sedan så kan jag inse att han var väldigt stor del av problemet men terapeuten hade inte fått mitt förtroende än och inte den insikten om att hon var tvungen och låta mig hitta det förtroende innan man började trampa på det som var viktigast i mitt liv. När terapeuten sa det så slog jag bara bakut och tänkte att den människan tänker jag aldrig gå tillbaka till. Nästa terapeut satt med ett block i handen och sa -ja, -mmm, -ja. Då kände jag att den terapeuten vill jag inte prata med då hon inte verkade intresserad och varför ska jag lägga ut mitt liv till henne då hon verkade så totalt ointresserad. Så den behandlingen avslutade jag efter några få gånger. Det var nog också det att när man väl försökte ge av sig själv så sa terapeuten att tiden var slut och vi skulle ses igen om en månad. Då fanns inget förtroende kvar. Varför skulle jag prata med henne. Den tredje som jag försökte gå till och prata om att jag inte riktigt mådde bra med min kropp och om min ångest började prata om det stora kvinnliga kollektivet utav jorden där min kropp kände hur kvinnorna i Afrika led över sina våldtäkter. Inte heller det tyckte jag var särskillt logiskt så därför avslutade jag terapin. Jag hade väl egentligen tappat förtroende på allt vad terapeuter hette. Men sedan hade jag en kompis som gick i terapi här och hon trodde att jag skulle gilla terapeuten och ville att jag skulle prova.

Teraputen: -ja och så gjorde du det.

Terapeuten: -kan du beskriva den viktigaste stunden i din terapi.

Patienten: -på ett sätt så är väl egentligen det första mötet det allra allra viktigaste för hade det inte gått med tanke på att jag hade så lite tankar om att det här skulle funka, hade jag inte fått kontakten där och då så hade jag inte kommit tillbaka. På sätt och vis hade ingenting blivit av om inte det hade varit så bra så det kanske är det viktigaste.

Terapeuten: -vilka faktorer eller komponenter i terapin hade betydelse att det blev en förändring och du stannade kvar.

Patienten: -personkemin till att börja med. Jag kom till en människa som var en vanlig människa som inte satt på sina höga hästar utan det var en vanlig

människa som var glad, öppen och positiv. Det har ju naturligtvis funnits verktyg som man har fått under terapin, att få ut sina tankar på något sätt t ex genom att skriva om sitt inre hus och att se fjärilarna i glaskupan den som vågar flyga iväg. Det har ju åskådliggjort vart man vill komma. Samtidigt tror jag på kemin mellan mig och terapeuten där terapeuten har kunnat gå på magkänsla och kunnat provocera mig. Det är ju inte då terapeuten har varit snäll och hållt med mig som jag har fått aha upplevelser utan det är när terapeuten frågat -hallå varför gjorde du så där. Och jag blev tvungen att tänka efter. Från början när jag gjorde det så var det en självklarhet att självklart så lydde jag ton och han sa att vi skulle göra så här och sedan kommer terapeuten och talar om men hallå varför gjorde du så egentligen, du behöver väl inte lyda honom. Och helt plötsligt så var jag tvungen att utmana mig själv. Mina självklarheter var kanske inte så självklara för alla andra och varför var de inte så självklara för alla andra.

Terapeuten: -om du skulle beskriva den terapeutiska relationen och vad innebär den för dig.

Patienten: -för mig så har det varit som att gå till en vän men där man vet att det inte är ett ömsesidigt förtroende i utbyte.

Terapeuten: -vad är skillnaden mellan vän och terapeut.

Patienten: -ena gången när man kommer till vännen så är det den som berättar för mig att idag har det varit skit överallt och jag tror att gubben kommer att lämna mig. Nästa gång så är det jag som berättar det där och så har vi lika mycket erfarenheter utav varandra båda två och vi ger och tar. Jag som patient har ju lov att vara mycket mer egoistisk, det är ju vad det går ut på. Jag kommer till terapeuten för att ge terapeuten mina problem, jag kommer ju inte till terapeuten för att jag ska lösa dennes problem. Kemin kan finnas där precis som i en vänskapsrelation men båda vet ändå att jag är här för att jag behöver terapeutens hjälp. Samtidigt så kunde terapeuten ändå tala om att hon blev trött på sina barn när dem slänger sin kläder över golvet eller dottern är så jobbig när hon blir sur för att hon ska till skolan på morgonen. Då kan ju jag som patient också känna att du som terapeut upplever detsamma som jag. Men samtidigt såvisste jag att du kommer inte att berätta dina innersta hemligheter för mig. Det är det som är skillnaden med en vän.

Terapeuten: -kan du beskriva terapeutens egenskaper.

Patienten: -en glad personlighet, där man vet att man har kontakt att det inte är en perfekt människa. Kroppsspråk att det inte finns någon barriär emellan den utan man sitter där och har ett kroppspråk precis som i vilken relation eller samtal som helst. Jag tror att den terapeut som vågar lita på sin magkänsla är en betydligt bättre terapeut än en som bara går efter vad som står i böckerna.

Terapeuten: -har terapeutens egenskaper någon betydelse för att din terapi blev framgångsrik.

Patienten: -ja absolut. Det är ju bland det viktigaste. Känner man förtroende för en människa så vågar man öppna sig och hon kommer att lyssna och förstå.

Terapeuten: -vad var det som underlättade ditt tillfrisknande, fanns det andra faktorer än terapin som påverkade resultatet.

Patienten: -jag tycker att jag kämpade väldigt mycket ensam. Det är klart att på slutet när saker och ting ramlade ihop i församlingen så var det ju det som sedan fick mig att ta steget fullt ut och lämna. Vilket ju var det mest positiva som hänt av hela terapin.

Terapeuten: -var det detta som möjliggjorde att du blev frisk. Hade terapin någon betydelse eller hade du gått ur församlingen utan terapi.

Patienten: -nej jag hade aldrig lämnat om jag inte gått i terapi.

Terapeuten: -fanns det något avbrott i terapin eller något irritationsmoment.

Patienten: .-Det var nog bara när det var semester. Något avbrott då jag skulle fundera över olika saker några veckor för att kunna smälta det hela och bearbeta hemma. Några gånger lämnade jag terapin då vi inte var eniga alls men detta bearbetades hemma.

Terapeuten: -när vi inte kunde enas blev du irriterad då.

Patienten: -ja det blev jag. (skratt) Men det behövdes för att jag skulle kunna gå vidare. Att våga visa att man blev irriterad eftersom det var ett stort hinder för mig.

Terapeuten: -om man ska summera allt. Sammanfattningsvis vad var det viktigaste eller avgörande ögonblicket i terapin som gjorde att en nu känsla infann sig inom dig.

Patienten: -när jag väl vågade säga att min man ändå var en stor del utav problemet i mitt liv. Någonstans fanns det någonting att jobba vidare med. Det blev kanske inte som man hade tänkt men så länge jag bar på den för mig hemska hemligheten så kunde jag inte öppna mig och säga alla dem andra sakerna runt omkring. När det låg på bordet så kunde man gå vidare. I första hand en fråga om hur får man ett mer jämnlikt förhållande. Vad har jag rätt till och vilka krav har jag rätt att ställa. Jag tror att det var då jag började vakna som människa och inse att jag har rätt att ställa krav. När terapeuten sa åt mig att jag var självuppoffrande och att jag var det för att det fyllde ett behov hos mig då blev jag riktigt irriterad och det tog väldigt lång tid innan jag kunde acceptera det hela. Men det är en väldigt stor sanning.

Terapeuten: -tror du det finns någonting som vi har missat i terapin. Någonting du vill kommentera eller något du vill fråga om.

Patienten: -nej. Jag tror att det hela hänger ihop med anförtroende till terapeuten. Jag tror inte man kan lära sig allt i böcker. Ibland kan terapeuten läsa av en människa och se vad det är man behöver säga till just den människan. Det ligger väldigt mycket i personligheten hos terapeuten.

Terapeuten: -jag tackar så jätte mycket för mig. Tycker du att det känns okej.

Patienten: -ja det gör det verkligen.

Patient 4

Terapeuten: -kan du börja med att berätta hur det kom sig att du sökte.

Patienten: -jag tror att det var min mamma som tvingade mig precis efter bilolyckan. Hon fick nog och tvingade hit mig fast jag tror att jag ville det själv också.

Terapeuten: -nu är ju terapin avslutad och du har gått vidare i livet. Om man ska fråga i efterhand vad var det viktigaste eller avgörande ögonblicket i din terapi då du kände att något speciellt inträffade, vad som verkligen förändrade och förde samtalet vidare till en djupare nivå och fick betydelse för terapin.

Patienten: -jag tror det första var när terapeuten bad mig ställa mig upp och andas ordentligt och andas med magen. Jag kommer ihåg att jag svimmade och det tyckte jag var läskigt. Det visade ju på att jag spände mig alldeles för mycket.

Terapeuten: -vad fick du för känsla inom dig?

Patienten: -jag blev först livrädd och sedan insåg jag själv att det var någonting som var väldigt fel och att jag måste rätta till det och att jag måste göra det nu.

Terapeuten: -hur övertygad var du att behandlingen skulle lyckas?

Patienten: -det var jag inte alls. (skratt)

Terapeuten: -så du kom hit och gick hit för mammas skull.

Patienten: -ja i början gjorde jag det.

Terapeuten: -vilka förväntningar hade du innan behandlingen började.

Patienten: -jag kände väl mest att jag ville ha hjälp fast jag trodde inte det skulle bli så.

Terapeuten: -vad var största besväret innan du fick hjälp.

Patienten: -det var att jag inte kunde prata med folk och att jag var så himla nervös hela tiden och kunde inte slappna av. Och sedan var det väl alla tvångstankarna och tvångshandlingarna men det visste jag ju inte då.

Terapeuten: -och då trodde man att det var epilepsi.

Patienten: -ja på grund av ångestattackerna.

Terapeuten: -beskriv den absolut viktigaste stunden i din terapi.

Patienten: -det var när terapeuten gav den där boken om tvångssyndrom. Men då visste jag ju inte vad det var. Jag har för mig att terapeuten frågade mig om jag hade några tvångshandlingar. Men jag visste inte vad det var alls.

Terapeuten: -vilka faktorer/komponenter i terapin hade betydelse för din förändring.

Patienten: -jag tror att det var mycket med dem här övningarna att jag skulle lära mig att slappna av och prata ordentligt.

Terapeuten: -vad innebär den terapeutiska relationen för dig.

Patienten: -jag tror att den var väldigt viktig. Fast jag kunde ju inte prata med någon som hade förståelse för det hela. Det fanns ingen annan är terapeuten.

Terapeuten: -hade terapisamtalen betydelse för dig.

Patienten: -ja den största delen. Jag fick ju lära mig om mig själv.

Terapeuten: -vad underlättade ditt tillfrisknande, vilka andra faktorer än terapin påverkade ditt mående.

Patienten: -jag vet inte. Det var väl mycket det att jag skulle börja ta eget ansvar men det ville jag inte förrän jag kom hit. Det var väl viktigt egentligen.

Terapeuten: -kan man säga att det är terapin som har hjälpt dig, utan terapin så hade du inte klarat det.

Patienten: -ja, nej det hade jag inte.

Terapeuten: -fanns det några avbrott i terapin, längre uppehåll, att du blev irriterad och inte tyckte att du fick hjälp.

Patienten: -jag det var något uppehåll men det var ju mer att jag inte orkade ta tag i mig själv.

Terapeuten: -pausade du då.

Patienten: -ja.

Terapeuten: -kom du tillbaka.

Patienten: -ja det gjorde jag.

Terapeuten: -hade uppehållet någon betydelse.

Patienten: -ja jag fick väl se alltså just vid den tidpunkten då när jag struntade att gå hit på ett tag då hamnade jag lätt tillbaka till som jag var förut fast då hade jag också lite kunskap och se hur jag betedde mig. Jag blev väl lite rädd att jag skulle hoppa tillbaka helt och hållet.

Terapeuten: -om du ska beskriva teraputens egenskaper, vad var det för egenskaper som var viktigt för dig.

Patienten: -att terapeuten testade mig hela tiden.

Terapeuten: -på vilket sätt testade terapeuten dig.

Patienten: -jag har oftast känt när jag träffat andra människor att direkt när dem ser att jag är väldigt tyst eller försiktig så backar dem. Jag blev ju rädd och tyckte att det var jätte jobbigt. Jag tror terapeuten förändrade mycket för det kändes för mig att det var okej då jag tidigare pratat så ljust och inte vågat andas ordentligt och att terapeuten påpekade det hela tiden. Jag tyckte att det var jobbigt när terapeuten gjorde det (skratt).Jag tyckte det nästan var pinsamt och jag blev ju så nervös hela tiden. Men det var bra att terapeuten testade mig.

Terapeuten: -det var en viktig grej alltså.

Patienten: -ja.

Terapeuten: -hade terapeutens egenskaper någon betydelse för att din terapi blev framgångsrik. Hur viktigt tror du att det var.

Patienten: -jag tror att det var jätte viktigt.

Terapeuten: -om du ska gradera det på en skala.

Patienten: -det var väl mycket att jag tyckte terapeuten förstod mig och det gjorde ju att jag kunde öppna mig lite mer och jag tyckte det var bra att terapeuten var kvinnlig eftersom jag har haft svårt att öppna mig för äldre män. Jag fick ett förtroende och det kändes bra.

Terapeuten: -finns det någonting som vi har missat som var viktigt och hade betydelse för dig.

Patienten: -jag tror att det var en stor grej också för mig då vi kom fram till saker som jag inte vågat prata om med någon. Det här med att jag har svårt att förstå att folk tycker om mig eller jag förstod inte att mina föräldrar älskade mig men det gör jag fortfarande inte riktigt. Jag kan inte riktigt tro på det utan det ligger fortfarande kvar väldigt rotat men jag förstår ju varför. Det tror jag var en väldigt stor grej.

Terapeuten: -då tänker jag tacka om det inte finns något annat du vill tillägga.

Patienten: -nej. Jag har inte hunnit tänkt så mycket på det.

Patient 5

Terapeuten: -kan du berätta för mig med dina egna ord hur det kom sig att du sökte till härvarande mott.

Patienten: -jag hade varit sjuk ganska länge men sedan small det till under arbete vid (----). Där chefen berättade om en duktig terapeut som hon kände till och rekommenderade mig ta kontakt med. Jag visst ingen som var bra så det kändes skönt då jag skulle slippa sparka 4-5 terapeuten innan jag kunde börja prata med någon. Jag ville verkligen ta itu med mitt problem på en gång.

Terapeuten: -vad var det viktigaste eller avgörande ögonblicket i din terapi då du kände att något alldeles speciellt inträffade. Något som förändrade eller förde samtalet till en annan nivå och som fick betydelse för att terapin skulle fortsätta.

Patienten: -det är en kombination med att jag hade ätit mediciner så länge som jag hade gjort och till slut blev jag mottaglig för vad folk sa till mig överhuvudtaget. Precis innan min fru var med till samtal så förklarade terapeuten rent kroppsligt hur det funkade i huvudet och att det var helt normalt. Terapeuten förklarade vad utbrändhet var för någonting för det hade jag inte förstått. I normala fall så hade jag kanske kunnat lista ut vad det var fast just då eftersom man inte kan tänka så bra som man gör i normala fall så behövde man någon som förklarade vad det var för någonting.

Terapeuten: -vad fick du för känsla

Patienten: -en aha upplevelse. Ungefär som att få en diagnos t ex där någon säger att man är dyslektiker fast man inte förstår att man är det. Det var väldigt skönt att få reda på vad det var för någonting.

Terapeuten: -hur övertygad var du att terapin skulle lyckas.

Patienten: -jag bestämde mig väldigt tidigt att jag skulle klara ut det ganska fort.

Terapeuten: -vilka förväntningar hade du av terapeuten.

Patienten: -jag hade inga förväntningar.

Terapeuten: -kan du beskriva den viktigaste stunden i din terapi.

Patienten: det var nog dem gångerna när min fru var med. Då fick hon ett slags kvitto på hur det var. Jag kände att jag mådde jätte dåligt och ville inte prata med någon och min fru visste inte vad som hände och var jätte orolig. Vi hade ingen kommunikation alls med varandra. Jag ville inte ens att hon skulle röra mig då jag mådde som sämst.

Terapeuten: -vilka faktorer i terapin hade betydelse för din förändring?

Patienten: -när vi ritade tillsammans. Bilden "om mig själv" som jag aldrig gjorde men vi diskuterade runt omkring. Jag tycker inte om att beskriva vad man är bra och dålig på därför lämnade jag aldrig in pappret. Men jag tyckte att det var bra att vi diskuterade runt omkring bilden. Jag fick kartlägga vad som var bra och dåligt.

Terapeuten: var det ett sätt att få fram fakta.

Patienten: -ja absolut.

Terapeuten: -vad innebär den terapeutiska relationen för dig.

Patienten: -det var väldigt skönt att komma till härvarande mottagning och prata med någon som har vetskap om vad man går igenom. När man pratar med en vän eller familjen så förstår dem inte riktigt. Förståelsen innebär trygghet i alla former och är jätte viktigt då man mår dåligt för att få en trygghet att stå på.

Terapeuten: -blev det så att terapirummet blev den enda trygga platsen.

Patienten: -ja så var det.

Terapeuten: -kan du beskriva egenskaper hos terapeuten. Fanns det något som var bra för dig.

Patienten: -terapeuten var lugn, otroligt lyhörd, ibland jäkligt bitig och sa ifrån men det tycker jag om.

Terapeuten: -hade det någon betydelse för att din terapi blev framgångsrik.

Patienten: -ja absolut. Jag skulle inte kunna gå till en terapeut som bara sitter och tittar och inte säger ifrån.

Terapeuten: -fanns det några andra faktorer av själva terapin som gjorde att du blev och må bättre.

Patienten: -jag fick otroligt mycket utrymme hemma då jag skötte mig och min fru skötte om sig själv och våra barn.

Terapeuten: -fanns det något avbrott i terapi. Något irritationsmoment eller något längre uppehåll.

Patienten: -det var några gånger som jag inte kom men vad det berodde på kommer jag inte ihåg.

Terapeuten: -något irritationsmoment då du var irriterad.

Patienten: -nej. Jag ville ju komma till härvarande mottagning.

Terapeuten: -blev du aldrig irriterad på terapeuten.

Patienten: -nej.

Terapeuten: -vad var det viktigaste eller avgörande ögonblicket i terapin som gjorde att en nu känsla infann sig inom dig.

Patienten: -det var flera olika tillfällen som var avgörande. På slutet när jag hade ätit medicin ganska länge så var jag mer mottaglig och det var väl det som räddade mitt äktenskap. Terapeuten försökte rädda vårt förhållande. Bad oss skriva ner på en tavla vad vi hade för intressen, vad vi tyckte om att göra, vad vi tyckte om hos varandra. Vilket vi hade skrivit samma saker. Den stora förändringen var nog när terapeuten förklarade vad jag hade råkat ut för. Därefter jobbade jag hela tiden med uppgifter som terapeuten sa att jag skulle göra t ex motionera. Nöja mig med ett kilo istället för tio. Inte vara så extrem på saker och ting som jag alltid är. Varje terapisamtal så följde terapeuten upp och kollade så man hade gjort sina uppgifter. Det var väldigt bra för då fick man en aha-upplevelse.

Terapeuten: -tror du terapeuten har missat någonting som har varit viktigt. Eller något annat du vill diskutera kring terapeutens uppsats.

Patienten: -terapeuten förklarade om en annan uppsats om självmedicinering som gav mig otroligt mycket. Man självmedicinerar ju hela tiden. Gånger som jag drack alkohol drack jag bara för självmedicinering och inte för att det var gott och för att man skulle har roligt. Jag började tänka och fick aha-upplevelser.

Terapeuten: -finns det något annat. Annars tänkte jag att vi avslutar här.

Patienten: -jag är otroligt nöjd med terapin och särskilt terapeuten.

Patient 6

Terapeuten: -vad var det som gjorde att du sökte till härvarande mottagning för samtal.

Patienten: -jag mådde så fruktansvärt dåligt. Jag satt hemma och grät och kunde inte ta mig för någonting.

Terapeuten: -vad var det viktigaste eller avgörande ögonblicket i din terapi då du kände att något speciellt inträffade, vad som verkligen förändrade och förde samtalet vidare till en djupare nivå och fick betydelse för fortsatt terapi.

Patienten: -jag glömmer aldrig första gången jag kom då jag grät och mådde fruktansvärt dåligt. För mig så handlade det mycket om stödet jag fick. Jag fick berätta om mina problem och släppa på vad jag kände. Det var någon som lyssnade och kunde se mig utifrån.

Terapeuten: -hur övertygad var du att behandlingen skulle lyckas.

Patienten: -det var jag inte alls men jag var övertygad om att det skulle vara någon som skulle lyssna på mig.

Terapeuten: -vilka förväntningar hade du.

Patienten: -från början hade jag inga förväntningar alls utan det var nog bara så att jag mådde så dåligt och ville göra allt för att må bättre.

Terapeuten: -vad var den viktigaste stunden i din terapi.

Patienten: -det är svårt att säga men jag kände att jag fick en trygg punkt när jag kom till terapeuten och kunde släppa på allting. Diskussionen kring hur man är och hur man fungerar och förståelse varför man mår dåligt.

Terapeuten: -kommer du ihåg någon speciell bild eller andra faktorer som har hjälpt dig i din terapi.

Patienten: -det var många aha-upplevelser. T ex kring mitt kontrollbehov. Fast jag visste att jag hade ett kontrollbehov så var det ändå en aha-upplevelse.

Terapeuten: -kan du beskriva den största aha-upplevelsen eller är dem lika stora.

Patienten: -jag tor nog att dem är lika stora. För varje gång som vi pratat så fick man en aha-upplevelse och alla sammantaget känner jag gjorde att det blev jätte stora aha-upplevelser.

Terapeuten: -kan du beskriva den terapeutiska relationen.

Patienten: -samtidigt som man känner att man har förtroende precis som till en vän så tycker jag att jag innerst inne visste att terapeuten hade kunskap och kunde se mina tankar på någotvis mer än en vanlig person skulle kunna göra. Samtidigt var det en fin relation och jag kände att jag kunde prata och öppna mig.

Terapeuten: -kan du beskriva terapeutens egenskaper.

Patienten: -medkänslan. Känner man att terapeuten har empati och lyssnar då är det inga problem.

Terapeuten: -vad underlättade ditt tillfrisknande, fanns det andra faktorer än terapin som påverkade resultatet.

Patienten: -det som hjälpte mig att komma vidare var bland annat terapeutens hjälp plus att jag tordes ta medicin som jag först inte ville. Jag tar fortfarande medicin och känner att jag behöver det.

Terapeuten: -fanns det något avbrott i terapin. Något längre uppehåll eller något irritationsmoment.

Patienten: -jag blev vid ett tillfälle väldigt ledsen. Jag mådde fruktansvärt dåligt och sökte akut. Jag fick en så kallad "snärt" av terapeuten som sa att det finns andra som har det värre och att ambulansen nyligen varit och hämtat en patient med blödning i tarmen. Då hajjade jag till och tänkte att man är sjuk på olika sätt. Jag kände att jag fick en pisk på stjärten.

Terapeuten: -vad var det som gjorde att du kom tillbaka.

Patienten: -jag visste att terapeuten hade rätt och jag behövde hjälp. Man måste ju även vara förnuftig.

Terapeuten: -vad var det viktigaste eller avgörande ögonblicket i terapin som gjorde att du kunde gå ett steg vidare.

Patienten: -andningsövningarna var bra. Man skulle försöka att andas genom magen i stället för bröstet.

Terapeuten: -är det någonting som terapeuten har missat som varit viktigt.

Patienten: -man kanske skulle ha gjort lite mer uppföljning men det är lika mycket mitt problem som terapeutens. Inte göra avslut så tvärt. Jag mådde ju så pass bra och trodde att jag inte behövde någon uppföljning. Men det är nog rätt så bra att följa upp och se vad som händer då det är väldigt lätt att trilla dit igen.

Terapeuten: -tror du om man följer upp regelbundet att det går fortare att hitta in på banan igen.

Patienten: -jag tror att man behöver ventilera och ha uppföljning då man varit så fruktansvärt deprimerad.

Terapeuten: -du har ju alltid möjlighet att boka tid.

Patienten: -ja det vet jag men man känner nog att man inte behöver fast man kanske skulle det.

Terapeuten: -skulle du vilja att det fanns färdiga bestämda tider.

Patienten: -ja det tror jag men alla är ju olika. Många går ju i terapi fast de inte mår så dåligt som jag gjorde och dem kanske går mer regelbundet för att bena ut sitt liv. För mig blev det en slags sjukperiod precis som när man går till doktorn. Samtidigt så vet jag ju inte hur mycket medicinen gör till att man inte trillar dit igen.

Terapeuten: -visst gör medicinen till och ibland så behöver kroppen det. Men du ska också veta att det är bara att du bokar tid om du känner och behöver samtal och medicin.

Patienten: jag tycker att det känns väldigt tryggt att man har den möjligheten att kunna ringa och boka tid. Man behöver någon som ser utifrån som kan hjälpa till så man kommer vidare.

Terapeuten: -du har ju lyckats väldigt bra tycker jag.

Patienten: -jag det tycker jag själv också men jag kan ibland känna att jag inte bryr mig så mycket om saker och ting. Jag gråter t ex inte på samma sätt när jag ser en sorglig film. Jag gråter nästa aldrig nu för tiden och det kan jag sakna lite grann men samtidigt är det skönt. Om det är medicinen och insikten eller vad det är det vet jag inte. Det är fantastiskt skönt att slippa oroa sig som jag har gjort i alla tider. Jag kan vakna på morgonen med ångest men det går över, jag har hittat ett annat sätt att hantera det hela. Vaknade jag med ångest så låg jag kvar och ångesten blev större och större medans nu om jag känner ångest så kan jag kliva upp och då försvinner det och man kan bryta det hela.

Terapeuten: -tror du att det är det något annat som vi har missta som har varit viktigt i din terapi.

Patienten: -jag har nog inte suttit här idag om jag inte har fått den hjälp jag fått.

Terapeuten: -känns det okej så tänker jag avbryta och tacka dig.

Bilaga 4 (4)

Kvalitetssäkring/uppföljning

6 månader - Apoteksgården

Namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer:
Datum för avslutande av terapi:	Månad för uppföljning:
Terapeut:	Antal besök:
Diagnosgrupp:	

Kvalitetssäkring/uppföljning Apoteksgården – 6 månaders uppföljning

1. **Hur länge har din behandling på Apoteksgården pågått?**

   Mindre än 1 månad ☐
   3 – 6 månader ☐
   6 - 12 månader ☐
   Mer än 1 år ☐

2. **Hur anser du att det allmänna bemötandet på mottagningen har varit?**

   Mycket dåligt ☐
   Dåligt ☐
   Varken bra eller dåligt ☐
   Bra ☐
   Mycket bra ☐

3. **Hur anser du att din behandlare förstått dina problem?**

   Mycket dåligt ☐
   Dåligt ☐
   Varken bra eller dåligt ☐
   Bra ☐
   Mycket bra ☐

4. **Hur nöjd är du med den behandling du fått?**

   Mycket dåligt ☐
   Dåligt ☐
   Varken bra eller dåligt ☐
   Bra ☐
   Mycket bra ☐

5. **Hur var den information du fick om dina besvär/problem, behandlings upplägg och syfte?**

   Mycket dåligt ☐
   Dåligt ☐
   Varken bra eller dåligt ☐
   Bra ☐
   Mycket bra ☐

6. **Har den behandling du fått vid mottagningen hjälpt dig med dina problem?**

   I mycket liten utsträckning ☐
   I liten utsträckning ☐
   Varken eller ☐
   I stor utsträckning ☐
   I mycket stor utsträckning ☐

7. **Hur såg din arbetssituation ut när du <u>påbörjade</u> behandling?**

Sjukskriven	☐	Om ja, hur många procent ____
Arbetslös	☐	
Sjuk/ålderspensionär	☐	Om ja, hur många procent ____
Arbetar	☐	Om ja, hur många procent ____
Ej yrkesverksam	☐	
Studerar	☐	Om ja, hur många procent ____
Föräldrapenning	☐	Om ja, hur många procent____

8. **Hur ser din arbetssituation ut <u>idag</u>?**

Sjukskriven	☐	Om ja, hur många procent____
Arbetslös	☐	
Sjuk/ålderspensionär	☐	Om ja, hur många procent____
Arbetar	☐	Om ja, hur många procent____
Ej yrkesverksam	☐	
Studerar	☐	Om ja, hur många procent____
Föräldrapenning	☐	Om ja, hur många procent____

Övriga Synpunkter

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Stort tack för din medverkan!