



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Samtalsbehandling vid depression

- En intervjustudie om kuratorers samtalsbehandling med patienter i primärvården

Socionomprogrammet

C-uppsats, ht 2009

Författare: Lisa Hanquist

Handledare: Jörgen Lundälv

Abstract

Titel: Samtalsbehandling vid depression – En intervjustudie av kuratorers samtalsbehandling med patienter i primärvården

Författare: Lisa Hanquist

Nyckelord: Kurator, samtalsbehandling, depression, kognitiv beteendeterapi

Depression är en av de vanligaste sjukdomsdiagnoserna i Sverige idag. Många patienter med depression behandlas med läkemedel och/eller samtalsbehandling. Denna studie lägger fokus på samtalsbehandling som behandlingsform mot depression, och kuratorns genomförande av samtalsbehandling i synnerhet.

Syfte: Studiens huvudsyfte var att undersöka och beskriva på vilket sätt samtalsbehandling genomförs med patienter med depression i primärvården, både av kuratorer med och utan kognitiv beteendeterapiutbildning. Vidare var syftet att göra jämförelser mellan dessa två grupper av kuratorers sätt att genomföra samtalsbehandlingen, för att utforska likheter och skillnader i beskrivningarna. En avsikt var även att identifiera eventuella kunskapsbehov hos kuratorerna. Vid genomförandet av studien användes en kvalitativ metod där intervjuer gjordes med tio kuratorer verksamma i primärvården; fem med och fem utan kognitiv beteendeterapiutbildning.

Resultat: Huvudresultatet från studien visar att samtliga kuratorer anser att framförallt relationen mellan behandlare och patient är mest central för en god samtalsbehandling med patienter med depression. Kuratorerna menade att det finns vissa specifika personlighetsegenskaper hos behandlaren som skapar en förtroendeingivande och utvecklande behandlingsrelation, framförallt *empati*, *lyhördhet* och *acceptans*. Resultatet av intervjustudien visade även på vissa skillnader mellan grupperna. Kuratorer med KBT-utbildning lade i högre grad fokus på patientens tankar och tankemönster och uttryckte ett mer enhetligt tillvägagångssätt med strukturerade kognitiva och beteendeinriktade metoder och tekniker i behandlingen. Kuratorer utan KBT-utbildning beskrev i sin tur en mer omfattande psykodynamisk tolkningsram av depressionens orsaker där fokus i högre grad låg på patientens levnadshistoria, och de använde sig i behandlingen av insiktsskapande samtalsbehandling.

Konklusion: Samtalsbehandling med patienter med depression genomförs av kuratorer på ett medvetet sätt, där framförallt en god behandlingsrelation är grundläggande i behandlingen. Behandlingen utformas även utefter vilken teoretisk förankring kuratorerna har genom utbildningsinriktning. Det som kan skilja sig i genomförandet av samtalsbehandlingen mellan kuratorer med och utan KBT-utbildning är vilket fokus de har och därmed vilket metodologiskt tillvägagångssätt som används i behandlingen.

Förord

Ett stort tack till alla kuratorer som har deltagit i min studie och som öppet delat med sig av värdefull och intressant information.

Tack även till min handledare Jörgen Lundälv som gett mig goda råd och vägledning när jag behövt.

Lisa Hanquist, Göteborg 2009-11-25

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| FÖRKORTNINGAR | 1 |
| 1. INLEDNING | 2 |
| 2. SYFTE OCH PROBLEM | 3 |
| 2.1 SYFTE | 3 |
| 2.2 PROBLEMSTÄLLNING | 3 |
| 2.3 FRÅGESTÄLLNINGAR..... | 3 |
| 2.4 AVGRÄNSNINGAR | 3 |
| 2.5 ORDFÖRKLARINGAR | 4 |
| 3. BAKGRUND | 4 |
| 3.1 VAD ÄR DEPRESSION?..... | 4 |
| 3.2 DEPRESSIONENS ORSAKER | 4 |
| 4. TIDIGARE FORSKNING | 5 |
| 4.1 STUDIERNAS UTFORMNING OCH TILLFÖRLITLIGHET..... | 5 |
| 4.2 FORSKNING OM KBT | 6 |
| 4.2.1 Jämförelser mellan KBT och PDT | 6 |
| 4.2.2 Jämförelser mellan KBT och medicinsk behandling | 7 |
| 4.3 TERAPEUTISK ALLIANS..... | 8 |
| 4.4 TERAPEUTKOMPETENS..... | 8 |
| 5. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER | 8 |
| 5.1 KOGNITIV TEORI | 9 |
| 5.1.1 Begrepp inom kognitiv teori | 9 |
| 5.1.2 Metodologi | 10 |
| 5.1.3 Den kognitiva behandlingsmodellen | 10 |
| 5.2 TEORI FÖR PSYKOSOCIALT ARBETE | 11 |
| 5.2.1 Psykodynamisk teori..... | 11 |
| 5.2.2 Systemteori..... | 11 |
| 5.2.3 Den tredelade handlingsmodellen..... | 12 |
| 5.2.4 Viktiga begrepp | 13 |
| 6. METOD OCH MATERIAL | 14 |
| 6.1 VAL AV METOD..... | 14 |
| 6.2 VAL AV ANSATZ | 14 |
| 6.3 URVAL..... | 14 |
| 6.4 SÖKNING AV TIDIGARE FORSKNING, LITTERATUR OCH INFORMATION | 15 |
| 6.5 INTERVJUGUIDE | 15 |
| 6.6 INTERVJUERNAS GENOMFÖRANDE..... | 15 |
| 6.7 ANALYSMETOD..... | 16 |
| 6.8 FÖRFÖRSTÅELSE | 16 |
| 6.9 VALIDITET | 16 |
| 6.10 RELIABILITET | 17 |
| 6.11 ETISKA ASPEKTER..... | 17 |
| 7. RESULTAT OCH ANALYS | 18 |
| 7.1 SAMTALSBEHANDLINGENS PRAKTISKA STRUKTUR..... | 18 |
| 7.2 PATIENTER MED DEPRESSION | 20 |
| 7.2.1 Depressionstillståndet | 20 |
| 7.2.2 Depressionens orsaker..... | 21 |

| | |
|---|-----------|
| 7.3 BEHANDLINGSRELATIONEN | 23 |
| 7.4 BEHANDLINGSPROCESSEN | 26 |
| 7.4.1 Första samtalet..... | 26 |
| 7.4.2 Den fortsatta behandlingen..... | 28 |
| 7.5 TEORIER..... | 30 |
| 7.6 METODER | 32 |
| 7.7 KUNSKAPSBHOV..... | 34 |
| 7.8 SAMMANFATTANDE ANALYSÖVERSIKT..... | 35 |
| 7.8.1 Likheterna – Behandlingsrelationen och Teorier..... | 35 |
| 7.8.2 Skillnaderna – Depressionens orsaker och Metoder..... | 36 |
| 8. DISKUSSION | 36 |
| 8.1 DISKUSSION AV STUDIENS RESULTAT | 37 |
| 8.2 FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING | 39 |
| REFERENSER..... | 40 |
| BILAGA 1 | 42 |
| BILAGA 2 | 44 |

Förkortningar

BAI: Becks anxiety inventory

BDI: Becks depression inventory

BHS: Becks hopelessness scale

CTS: Cognitive therapy skills scale

DSM: Diagnostic and statistical manual of mental disorders

ERIC: Education resources information center

GAF: Global funktionsskattningsskala

HAD: Hospital anxiety and depression scale

IBSS: International bibliography of the social sciences

KBT: Kognitiv beteendeterapi

MADRS: Montgomery Åsbergs depression rating scale

PDKT: Psykodynamisk korttidsterapi

PDT: Psykodynamisk terapi

SBU: Statens beredning för medicinsk utvärdering

CSA: Social services abstracts

SSRI: Selective serotonin reuptake inhibitor

1. Inledning

Det har i ett flertal rapporter från Socialstyrelsen konstaterats att den psykiska ohälsan hos befolkningen ökat på senare år. Depression är idag en av de vanligaste sjukdomsdiagnoserna och drabbar närmare 2 miljoner av dem som bor i Sverige någon gång i livet (Socialstyrelsen 2009). För dem som drabbas innebär depressionen ett stort lidande och får ofta stor inverkan på deras sociala liv, arbetsförmåga och nära relationer. Det har bl.a. påvisats att depression är en av de största bidragande faktorerna till sjukskrivning och minskad arbetsförmåga i Sverige (SBU 2003). Att denna stora folksjukdom blir alltmer utbredd skapar större behov av att den hjälp och behandling som ges verkligen fungerar och bygger på vetenskapligt stöd. De flesta människor som är deprimerade söker inte vård, eftersom de inte tror att det finns någon hjälp att få. Och många som söker hjälp, får inte rätt diagnos (Fahlén 2003). Detta är något som måste förändras för att de som drabbas av depression överhuvudtaget ska få fungerande behandling. Behandling finns nämligen, och i olika former. Den mest utbredda behandlingsmetod mot depression är antidepressiva läkemedel, som sedan 1950-talet varit den dominerande behandlingsmetoden mot depression. Behandling av depression kan även vara psykologiskt inriktad i form av psykoterapi, med syftet att skapa ett konstruktivt sätt att se på sig själv och sitt liv genom samtal och stöd (Andersson 2007). Behandlingsmöjligheterna har dock utvecklats under senare år och så även kunskaperna om depressionssjukdomens förlopp. Numera vet man att depressionssjukdomen ofta kan ha ett mer långvarigt förlopp än man trodde tidigare och att det finns en större risk att drabbas av återfall om man tidigare i livet drabbats av depression (Hollon et al 2005). I behandling av depression läggs numera därför mer fokus på förebyggande av återfall.

Samtalsbehandling i form av kognitiv beteendeterapi, KBT, har fått enorm uppmärksamhet i forskningen när det gäller depression, och har bra vetenskapligt stöd då den i flertalet undersökningar ända sedan slutet av 1970-talet visat sig vara effektiv i behandling av depression. Till skillnad från antidepressiva läkemedel, har KBT visat sig kunna förebygga återfall i depression och ge bestående resultat när det gäller tillfrisknande. KBT anses i forskningen ge minst lika bra resultat som antidepressiva eller åtminstone kombinerat med antidepressiva läkemedel (Beck 2005, Kåver 2006). KBT är en väldigt strukturerad, målinriktad och konkret form av terapi, där patienten tillsammans med terapeuten aktivt försöker hitta nya sätt att agera och tänka i olika situationer. En stor del av behandlingen bygger på hemuppgifter som patienten utför mellan samtalstillfällena, men framgångsrik behandling är framförallt beroende av samarbetet mellan behandlaren och patienten (Kåver 2006). Den dominerande psykoterapin för behandling av psykisk ohälsa i Sverige i dag är psykodynamisk terapi, PDT. I PDT utgår man från att en människas upplevelser under barndom och uppväxt har avgörande betydelse för uppkomsten av psykisk ohälsa (Cullberg 2005). PDT har i forskning visats effektiv vid ett flertal svårare psykiatriska diagnoser (Leichsenring 2008), men omnämns ofta i litteraturen som en behandlingsmodell som har relativt svagt vetenskapligt stöd när det gäller behandling av depression (Ankarberg 2006). I den granskning av det vetenskapliga stödet för olika psykologiska depressionsbehandlingar som Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, gjorde 2004 presenterades slutsatser som menar att KBT har starkt vetenskapligt stöd och är mer effektiv än PDT i behandling av depression. Denna rapport har mötts av många olika reaktioner från olika professionella på området. Vissa professionella ser det som en bekräftelse på vad som faktiskt fungerar i behandling av depression och att det därmed är självklart att man fortsättningsvis ska använda KBT som behandlingsform. Andra tycker att denna rapport drar förhastade slutsatser och inte visar hela bilden av problemet, eftersom behandlingsresultat inte enbart är avhängiga den

metod som används. KBT:s nyvunna status återspeglas dock redan i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, som nu ungefär ser ut såhär: "Hälso- och sjukvården bör i större utsträckning erbjuda KBT som ett alternativ till läkemedel vid behandling av depression och ångest. Ett effektivt omhändertagande i primärvården är också viktigt" (Socialstyrelsen 2009). Majoriteten av de som drabbas av depression söker hjälp i just primärvården, och därför är det viktigt att de fångas upp, får rätt diagnos och ges den bästa behandlingen mot depressionen och mot återfall i depression så fort som möjligt. Det kan därför vara viktigt att ta reda på hur samtalsbehandling med patienter med depression bedrivs inom primärvården.

2. Syfte och problem

2.1 Syfte

Det övergripande syftet med studien är att beskriva och undersöka på vilket sätt kuratorer i primärvården, med och utan KBT-utbildning, bedriver samtalsbehandling med patienter med depression. Vidare är syftet att göra jämförelser mellan dessa två grupper av kuratorers sätt att genomföra samtalsbehandlingen, för att på så sätt kunna hitta likheter och skillnader i tillvägagångssätt och beskrivningar. Studien syftar även till att identifiera vilka eventuella kunskapsbehov som kan finnas hos kuratorerna.

2.2 Problemställning

Depression är en av de vanligaste sjukdomsdiagnoserna i Sverige idag och behandlas ofta genom samtalsbehandling. Det har i forskning uttryckts att det finns starkt vetenskapligt stöd för att KBT fungerar särskilt bra i behandling av patienter med depression. Denna studie har som ambition att undersöka på vilket sätt samtalsbehandling av patienter med depression bedrivs, både av kuratorer med och utan KBT-utbildning i primärvården.

2.3 Frågeställningar

Utifrån studiens problemställning har fyra delfrågeställningar utformats:

- Hur beskriver kuratorer med och utan KBT-utbildning sitt sätt att genomföra samtalsbehandling med patienter med depression?
- Vilka metoder och teorier använder de olika grupperna av kuratorer sig av?
- Vilka likheter och skillnader finns i de olika grupperna av kuratorers sätt att genomföra samtalsbehandling med patienter med depression?
- Vilka kunskapsbehov kan identifieras hos kuratorerna?

2.4 Avgränsningar

Denna studie har inte som ambition att ge en heltäckande bild av hur kuratorsarbete bedrivs inom primärvården eller vilka möjliga effekter behandlingen kan ha för patienter med depression, utan avsikten är att beskriva och försöka visa likheter och skillnader i på *vilket sätt* samtalsbehandling genomförs av kuratorer med och utan kognitiv beteendeterapiutbildning. Studien lägger då enbart fokus på *samtalsbehandlingen* med patienten, inte övrigt kuratorsarbete som kan förekomma, t.ex. juridisk hjälp. Denna avgränsning har gjorts för att på ett mer direkt sätt kunna undersöka hur just samtalen går till och göra jämförelser av de olika grupperna av kuratorers sätt att genomföra samtalsbehandling med patienterna. Studien kan därmed inte beskriva annat än just samtalsbehandlingen.

2.5 Ordförklaringar

KBT: I litteraturen kan kognitiv beteendeterapi benämnas både kognitiv terapi, beteendeterapi och kognitiv beteendeterapi, vilket kan innebära en viss begreppsförvirring. Detta beror på att vissa terapiformer har sin utgångspunkt i beteenden och andra i tankar, och lägger därmed mer eller mindre fokus på kognitiva eller beteendeinriktade metoder. Alla dessa terapier faller dock under det gemensamma namnet KBT (Kåver 2006).

3. Bakgrund

3.1 Vad är depression?

Ordet depression har sitt ursprung i latinets *depressio* vilket betyder sänkning eller djup. Att vara deprimerad innebär i vardagstal att man är psykiskt nedstämd. De flesta människor är av naturliga orsaker nedstämda ibland, t.ex. när man drabbas av en svår sjukdom eller förlorar en närstående. Dessa reaktioner betecknas dock bättre sorg eller kris än depression, och bör behandlas därefter (Fahlén 2003). När nedstämdheten går så djupt att den präglar ens liv och hindrar en från att leva sitt liv på ett fungerande sätt är det något mer än nedstämdhet. Eftersom gränsen mellan nedstämdhet och depression är flytande är det viktigt att dra en gräns, så att man kan ge rätt behandling. Man använder i hälso- och sjukvården därför den medicinska DSM-IV- skalan för att fastställa när en person har en depression (Andersson 2007). De diagnostiska kriterierna för egentlig depression enligt DSM-IV ser ut såhär:

Minst fem av följande symtom ska ha förekommit under samma tvåveckorsperiod där minst ett av symtomen nedstämdhet, minskat intresse eller minskad glädje måste föreligga.

1. Nedstämdhet under större delen av dagen så gott som dagligen
2. Klart minskat intresse eller minskad glädje
3. Betydande viktnedgång eller viktuppgång
4. Sömnstörning
5. Psykomotorisk agitation eller hämning
6. Svaghetskänsla eller brist på energi
7. Känslor av värdelöshet eller skuldkänslor
8. Minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet
9. Återkommande självmordstankar, självmordsplaner, självmordsförsök.

3.2 Depressionens orsaker

För att förstå uppkomsten av depression måste man se till människans biologi, psykologi och sociala livssituation. Det finns en biologisk sida som har att göra med hur hjärnan fungerar, bl.a. i form av balansen mellan signalsubstanserna i det centrala nervsystemet. Vissa signalsubstanser hänger ihop med känslolivet och när signalsubstanserna är i obalans kan man bli deprimerad (Fahlén 2003). Den psykologiska sidan av depressionen handlar om sårbarhetsfaktorer och ens sätt att tänka. Återkommande stressande händelser i livet och tidigare depressioner ökar risken för insjuknande. Det finns flera olika psykologiska teorier om varför man drabbas av depression. Psykodynamiska teorier kring depression menar att depression är en form av hat riktat mot självet, dock inte mot personen själv utan mot införlivade bilder av personer man har ett klivet förhållande till. En människa kan bli mer depressionsbenägen om hon genom disposition och uppväxtmiljö utvecklat en ökad sårbarhet när det gäller känslor som skuld och skam (Cullberg 2005). Kognitiva teorier fokuserar mer på hur en persons tankar, känslor och beteenden tillsammans ger upphov till en depression.

Deprimerade personer har en tendens att tänka negativa tankar om sig själva, andra och omvärlden, vilket skapar ett osäkert och undrandragande beteende, som i sin tur förstärker de negativa tankarna i en ond cirkel (Beck 2008). Sociala teorier om depression menar att för att kunna förstå varför en depression utvecklas måste man förstå vilket socialt sammanhang en person befinner sig i. Depressionen kan bero på eller utlösas av en pressande livssituation; problem inom familjen eller äktenskapet, hård belastning på arbetet eller personliga problem (Bernler & Johnsson 2001).

4. Tidigare forskning

I detta kapitel kommer tidigare forskning om terapeutisk behandling av depression att presenteras. Det kommer att redogöras för forskning som gjorts om KBT och även jämförande studier av KBT, PDT och antidepressiv behandling. Vidare beskrivs forskning som berör de faktorer i behandling av depression som visat sig mest värdefulla för behandlingsresultaten utöver behandlingsformen; den terapeutiska alliansen och terapeutkompetens. Forskning om terapeutisk behandling av depression är ett enormt forskningsområde med otroligt många publicerade studier, varför fokus valts att lägga på ett axplock av dessa som ligger närmast studiens syfte. Nedan inleds detta kapitel med en beskrivning och diskussion om studiernas utformning och tillförlitlighet och hur detta kan påverka tolkningen av forskningsresultaten.

4.1 Studiernas utformning och tillförlitlighet

Begreppen evidensbaserad behandling och vetenskapligt stöd har blivit allt viktigare i diskussioner om terapeutisk behandling av psykisk ohälsa. Syftet är att se till att patienter med psykisk ohälsa får en behandling med god bevisad effekt (Ankarberg 2007). I forskning om terapibehandling av depressioner anses kontrollerade randomiserade studier mest tillförlitliga vid utvärdering av behandlingar. I dessa studier följer man deltagarna i studien över en tidsperiod för att studera behandlingens effekt och jämföra utfallet med en kontrollgrupp. Randomisering innebär att patienter slumpmässigt fördelas till olika behandlingsgrupper (Larsson et al 2005, Wilczek 2006). Flera organisationer som har som uppdrag att fastställa det vetenskapliga stödet för olika terapeutiska behandlingar, bl.a. SBU, godtar endast resultat från randomiserade kontrollerade studier (SBU 2004).

När det gäller KBT läggs stor vikt vid vetenskaplig utvärdering av metoden och de randomiserade kontrollerade studier som gjorts värderas högt. KBT är även den terapimodell där det gjorts flest randomiserade kontrollerade studier. I SBU:s rapport 2004 presenteras slutsatsen att KBT är den mest effektiva behandlingen av psykisk ohälsa, och man hänvisar till att 11 av 26 randomiserade kontrollerade studier där PDT jämförs med KBT visar på bättre effekt för KBT (Ankarberg 2007, SBU 2004). Denna studie har som tidigare nämnts skapat debatt bland olika professionella på området. Kritik gällande detta krav på studiernas utformning och tillförlitlighet finns, då vissa menar att definitionen av vetenskapligt stöd på så sätt blir för snäv eftersom det endast är randomiserade kontrollerade studier som räknas om något ska anses ha vetenskapligt stöd eller inte. Man menar att evidensdefinitionen skapar alltför starkt fokus på teknik, eftersom behandlaren i en evidensbaserad terapi enligt detta synsätt måste använda exakt samma tekniker på samma sätt som i de kontrollerade studierna. Detta kan skapa en rigid bild av hur genomförandet av behandlingen går till, då terapeutisk behandling långt ifrån är så strukturerad och förutsägbar att man kan utgå ifrån en manual, utan handlar snarare om anpassning till patienten och dennes unika behov (Ankarberg 2007). I en granskning av den teoretiska och empiriska litteraturen om KBT kritiserar en del av de

kliniska studier som gjorts, eftersom de i många fall, i fastställandet av symtomreducering, utgår från Becks depressionsskalor som skapades på 1970-talet och därmed i dagsläget skulle kunna anses vara konservativa. Becks skalor har dock granskats och utvärderats av många andra forskare, som menar att skalorna är reliabla och som inte ser några skäl till varför dessa skalor inte kan användas (Whisman 1993). Annan kritik är att det i modern forskning presenterats andra faktorer som kan vara viktigare för behandlingens effekt än behandlingsformen, bl.a. terapeutens kompetens och personlighet, alliansen mellan terapeut och patient, och även längden på terapibehandlingen (Johansson 2006).

4.2 Forskning om KBT

Aaron T. Beck utvecklade redan på 1960-talet KBT som behandlingsmetod mot depression. Beck står även bakom mätskalorna man använder för att fastställa depression och ångest i undersökningar; Becks depression inventory (BDI), Becks hopelessness scale (BHS) och Becks anxiety inventory (BAI) (Kåver 2006). År 1979 publicerade han den första kliniska undersökningen av KBT:s effekt på depression. Sedan dess har en otrolig mängd forskning gjorts på området.

4.2.1 Jämförelser mellan KBT och PDT

I sammanställningar av den psykoterapiforskning som gjorts fram till 2004 dominerar KBT totalt och utgör ca 80–85 % av de evidensbaserade psykoterapimetoderna för vuxna och barn (SBU 2004). Många studier av KBT har visat goda långtidsresultat och sammantaget har utvärderingsforskningen gett ett överväldigande stöd för KBT. I en känd studie från 1994 jämfördes effektiviteten hos KBT, PDT och ångestkontrollterapi i behandling av patienter med generell ångestsjukdom, som ofta är ett symptom på en underliggande depression (Durham et al 1994). I studien deltog 110 patienter som diagnosticerats med generell ångestsjukdom och som slumpades ut till någon av terapiformerna. Terapin gavs av erfarna terapeuter varje vecka i sex månader. Resultaten av denna studie visade att KBT var mer effektiv än PDT; ungefär 50 % av patienterna som gått i KBT mådde bättre vid uppföljningen, som mättes genom mätinstrumentet BDI. PDT gav en svag förbättring av patienternas symptom, men inte alls i lika hög grad som KBT. När man jämförde grupperna av patienter som gått i antingen PDT eller KBT så skilde sig dessa även åt genom hur de talade om sina problem. De som gick i KBT tenderade att tala om sina problem i termer av tankar och beteenden, medan de som gick i PDT talade om sina problem i termer av relationer. Patienterna som gick i PDT hade även signifikant lägre förväntningar på förbättring än de som behandlades med KBT (Durham et al 1994). Författarna av studien menar att eftersom hoppet om att bli bättre är en central del i hur tillfriskning går till, så spelar patienternas förväntningar på tillfriskning stor roll.

Det har i flertalet diskussioner varit omtvistat om psykodynamisk psykoterapi ska anses vara verkningsfullt i depressionsbehandling. Randomiserade kontrollerade studier av PDT har tidigare inte gjorts i lika stor utsträckning som KBT, vilket omöjliggjort påvisande av effekt i behandlingen av depression. De studier som gjorts tidigare har visat svag eller ingen effekt av behandlingen, varför det blivit ett allmängiltigt antagande att det vetenskapliga stödet för PDT är begränsat (Ankarberg 2007). Detta kan dock idag sägas vara en missvisande bild som har byggts på bristen på forskning och som inte tar med i beräkning de nya randomiserade kontrollerade studier som gjorts och som nu görs. Detta kan bl.a. ses i den metastudie som gjordes 2008 som granskade 23 olika studier med sammanlagt över tusen deltagare, där patienterna fick individuell psykoterapi under minst ett år eller 50 samtalstillfällen (Leichsenring 2008). Forskarna kunde visa att psykodynamisk psykoterapi är effektiv mot flera allvarliga personlighetsstörningar och kronisk psykisk sjukdom. Man menar att när det

gäller dessa tillstånd fungerar korttidsterapier som KBT inte lika bra, eftersom problemen är mer djupliggande och behöver mer tid. Man jämförde även PDT med KBT, familjeterapi och medicinsk behandling, och effekten av PDT var överlägsen de andra behandlingsformerna även efter behandlingens avslut (Leichsenring 2008). Denna studie visar att PDT är en verkningsfull och användbar psykoterapi vid svåra och djupliggande psykiatriska diagnoser. Den ger dock inga klara besked om PDT kan anses vara lika användbar vid mindre svåra vanliga sjukdomstillstånd som depression. Det finns dock ett antal studier av psykodynamisk korttidsterapi, PDKT, som visar att den kan ha effekt vid behandling av depression. PDKT definieras som behandling som ges ungefär en gång i veckan under 20 tillfällen. I en randomiserad kontrollerad studie jämfördes PDKT med Stödjande psykoterapi för att undersöka effektiviteten (Maina et al 2005). 30 patienter som diagnostiserats med egentlig depression slumpades till dessa behandlingsgrupper. Man följde upp patienterna efter behandlingen och sex månader senare. Båda terapiformerna visade signifikanta förbättringar efter behandlingen och sex månader senare. Men PDKT var mer effektiv i uppföljningen. Författarna av studien menar att PDKT därför kan vara bra i behandling av olika depressionssjukdomar (Maina et al, 2005).

4.2.2 Jämförelser mellan KBT och medicinsk behandling

I de studier där KBT har jämförts med olika medicinska behandlingar, framförallt SSRI-behandlingar, har det visat sig att KBT i de flesta fall ger lika bra resultat som dessa och framförallt när det gäller långtidsresultat (Hollon et al 2005). Förbättringen kommer antagligen av de förändringar i beteendet och den ökade förståelsen för vad tankarnas inverkan på problematiken som patienter åstadkommer genom KBT. In brittisk studie gjordes en empirisk utvärdering av KBT och antidepressiva läkemedel för behandling av depression hos äldre människor (Laidlaw et al 2003). 114 deltagare med diagnosen mild till måttlig depression deltog i studien. Alla deltagare blev bättre av båda behandlingarna och mådde även bättre sex månader efter. KBT och läkemedelsbehandling var för sig visar på signifikanta förminskade depressionssymtom. Författarna menar att KBT därmed kan vara ett alternativ för äldre som inte kan ta mediciner p.g.a. sin hälsa (Laidlaw et al 2003).

Majoriteten av deprimerade patienter tillfrisknar från en depression, men kommer ändå att vara känsliga mot återfall. Därför är det viktigt att hitta behandling som minimerar risken för återfall. Patienter som behandlas med KBT eller KBT i kombination med medicin, har bra skydd mot återfall. KBT:s effektivitet och långtidsresultat är framförallt beroende av att man i behandlingen använder sig av specifika kognitiva och beteendemässiga tekniker och en struktur med specifika mål varje samtalstillfälle (Beck 2005). Antidepressiva mediciner är effektiva i behandling av medel till svår depression och förhindrar att symtom kommer tillbaka så länge medicineringen fortsätter. Men det finns inga bevis för att risken för återfall har förminskats när man väl slutar med medicinerna. I en studie där man undersökte återfall i depression fann man att patienter som slutade med KBT var mindre troliga att återfalla i depression än de som slutade med sin antidepressiva medicin (30,8% respektive 76,2%) (Glaugen et al 2006). I en annan studie jämfördes patienter som behandlades med KBT och patienter som behandlades med antidepressiv medicin. 240 patienter som diagnosticerats med depression slumpades ut i den ena eller den andra behandlingsgruppen, och följdes i 16 veckor. Resultaten av denna studie pekar på att KBT har en bestående effekt som reducerar risk för återfall om man genomgått framgångsrik behandling. Författarna menar därmed att de finns två sätt att skydda patienter mot återfall: antingen fortsätta med antidepressiva mediciner eller ge KBT-behandling (Hollon et al 2005).

4.3 Terapeutisk allians

Begreppet allians används för att definiera behandlingsrelationen och den gemensamma målsättningen hos den som behandlar och den som blir behandlad (d'Elia 2001). Psykologen och psykoterapeuten Håkan Johansson skrev 2006 en avhandling om vad patienter inom allmänpsykiatri uppfattade var god psykiatrisk vård. Johansson menar att diskussioner om behandling nuförtiden är alltför inriktade på frågan om det finns någon form av psykoterapi som är bättre än någon annan. Han menar att den sammantagna forskningen på området visar att olika terapiformer kan anses ha ungefär lika jämbördig effekt, och menar därför att den psykoterapeutiska effekten inte ligger i terapiformen och dess specifika metod utan i andra faktorer, såsom den *terapeutiska relationen*. Han gör en bedömning att specifika faktorer såsom terapiformen, står för ca 8 % av effekten, medan generella faktorer såsom relationen, står för ca 70 % (Johansson 2006). Den terapeutiska alliansen innehåller två aspekter: dels en känslomässig relationell aspekt, som handlar om att behandlare och patient har en god känslomässig anknytning till varandra, och dels en samarbetsaspekt som innebär att behandlare och patient är överens om behandlingens *mål* och *medel*. Johansson menar att den terapeutiska relationen ska karaktäriseras av stöd, värme och empati, samt att behandlaren har förmåga till hållbarhet av patienternas lidande. Det måste även finnas en trygghet och stabilitet i behandlingens ramar och struktur (Johansson 2006).

4.4 Terapeutkompetens

Faktorer som gäller terapeuten själv, allt från personlighetsdrag till professionell skicklighet, kan ha stor inverkan på terapieresultaten. Personlighetsegenskaper som visat sig väsentliga hos behandlaren för god psykoterapeutisk behandling är: *värme*, *empati* och *äktighet*. Värme innebär att terapeuten accepterar patienten som han är, empati innebär att terapeuten kan leva sig in i den andres känsloläge utan att blanda in egna önsknings och behov, och äktighet handlar om att det inte finns någon förställning, falsk optimism eller överlägsen distans från behandlarens sida i behandlingsrelationen (Cullberg 2005). Terapeutkompetens handlar om terapeutens skicklighet; att skapa en bra relation och trygg miljö, att kartlägga patientens problem inom en specifik teoretisk ram och att applicera erkända tekniker eller metoder som ligger i samma spår som målen med behandlingen (Wilczek 2006). I en studie ville man undersöka hur terapeutkompetensen påverkade resultaten i behandlingen med KBT. Hypotesen var att högre nivå av kompetens skulle ha ett samband med bättre behandlingsresultat. 162 patienter som diagnostiserats med egentlig depression deltog i studien och fick behandling vid 12-15 samtalstillfällen. Terapeuterna var åtta KBT-terapeuter som mättes med en CTS-skala (cognitive therapy skills scale) för att bedöma deras kompetens. Patienterna fick fylla i en BDI-skala efter behandlingen, som skulle visa om de blivit bättre. I analysen förklarar författarna att det finns visst stöd för hypotesen att det finns ett samband mellan terapeutkompetens och minskning av depressiva symtom hos patienterna. Man kunde visa på att flera av de terapeuter som skattades högt på CTS-skalan även hade patienter som enligt BDI-skalan mätte bättre efter behandlingen (Elkin et al 1999).

5. Teoretiska utgångspunkter

I detta avsnitt kommer de teorier som valts för att tolka och analysera empirin att beskrivas. Teorier som kommer att användas är kognitiv teori och teori för psykosocialt arbete. Att välja kognitiv teori som teoretisk tolkningsram baseras på studiens syfte och skapar en bra grund för vidare utveckling av centrala begrepp som framträder ur intervjumaterialet där aspekter av KBT beskrivs. Valet av teori för psykosocialt arbete föll sig också naturligt, då denna teori utarbetats just för sådant psykosocialt arbete som samtalsbehandling och då psykosociala

teorier är sprungna ur psykodynamisk teori och systemteori, som är vedertagna teorier som används i behandlingsarbete. Nedan kommer först den kognitiva teorin beskrivas, därefter teori för psykosocialt arbete.

5.1 Kognitiv teori

Kognitiv teori utvecklades på 1960-talet av psykiatriprofessorn Aaron T. Beck, som en behandlingsmodell för patienter med depression. Beck var från början psykoanalytiker, men upptäckte snart att samtalsbehandlingen med patienter med depressioner inte gav resultat när han genomförde behandlingen enligt denna modell. Han började därför se på hur patientens negativa tankar och känslor såg ut. Beck upptäckte att det känslomässiga lidandet hos patienten förstärktes av dennes tankar, som ofta kretsade kring att man var värdelös och oduglig. De negativa tankarna bidrog till att öka det känslomässiga lidandet och även till ett tillbakadraget beteende, som i sin tur bekräftade patientens känsla av att värdelöshet (Beck 2008, Kåver 2006). Antagandet om samverkan mellan tanke, känsla och beteende blev grunden till kognitiv teori och kognitiva behandlingsmetoder

5.1.1 Begrepp inom kognitiv teori

Kognition som begrepp innefattar mer än de verbala tankarna som man vanligen översätter ordet med. Kognition kan vara: perception, uppmärksamhet, minne, begreppsbildning, resonering, problemlösning, verbala tankar, drömmar, mentala bilder och fantasier. Beck (2008) beskriver tre olika sorters tänkande på tre olika medvetandenivåer: *automatiska tankar*, *grundantaganden* och *kognitiva scheman*. Automatiska tankar är snabba spontana tankar eller bilder som dyker upp utan att man är medveten om dem, eftersom de är del i ett vanemönster av tänkande. Tankarna kan vara minnen från tidigare händelser, tolkningar av situationer och bilder, och härstammar från personens grundantaganden. Grundantaganden är djupt rotade tankemönster som styr hur man tolkar och beter sig i situationer, som ofta skapas tidigt i livet. Kognitiva scheman kan beskrivas som ett slags generaliserade personliga sanningar om den egna personen, om andra och om världen (Beck 2008). Ett självschema kan vara "jag klarar mig inte ensam", ett interpersonellt schema kan vara "människor är opålitliga" och ett schema i relation till världen kan vara "bara negativa saker händer mig". I svåra situationer aktiveras ens grundantaganden, och tolkningar görs automatiskt mot bakgrund av dessa (Lundin et al 2006). Tankarna kan framkalla eller förstärka känslor och fysiska och psykiska symtom. Både de automatiska tankarna och de känslomässiga symtomen bekräftar grundantagandena och den onda cirkeln består. Beck (2008) beskriver en rad vanligt förekommande *tankefällor* som han såg hos deprimerade patienter: selektiv uppmärksamhet, förhastade slutsatser, övergeneralisering, förstoring och förminskning, känslotänkande, etikettering, personalisering och allt eller inget-tänkande. Selektiv uppmärksamhet innebär att en person automatiskt väljer ut en liten detalj i ett större sammanhang eller hos en person och sedan grundar sin uppfattning om situationen eller personen endast utifrån den detaljen. Förhastade slutsatser handlar om att personen drar slutsatser som är helt ogrundade. Övergeneralisering handlar om att man drar slutsatser om framtiden utifrån en enstaka händelse. Förstoring och förminskning handlar om att man blåser upp eller minimerar betydelsen av något. Känslotänkande handlar om att man tror att ens känslor speglar verkligheten; om jag är rädd, så betyder det att situationen är farlig. Etikettering innebär att man sätter negativa eller överdrivna etiketter på sig själv, tillvaron eller andra. Personalisering innebär att en man tar på sig ansvaret eller skulden för något som har inträffat utan att det finns någon anledning till det. Allt eller inget-tänkande handlar om att man kategoriserar omgivningen och upplevelser i svartvita kategorier, man har inget både och-perspektiv (Beck 2008). *Beteende* som begrepp har en något bredare betydelse inom KBT än i vardagspråk; beteende innefattar medvetna handlingar, omedvetna eller automatiska reaktioner, vanor,

fysiologiska reaktioner, känslor och även tankar. Beteende är något som kan förändras genom olika former av inläring (Kåver 2006).

5.1.2 Metodologi

Beteendetekniker som används för att förändra automatiska tankar är: rollspel, kognitiva förhör, självförtroendeträning och avledningstekniker. Kognitiva förhör innebär att be en patient att föreställa sig varje steg inom att klara av en viss uppgift. Detta hjälper honom att fokusera sin uppmärksamhet på den specifika uppgiften och terapeuten att identifiera hinder som gör uppgiften svår för patienten. Självförtroendeträning innebär att patienten lär sig att ta ansvar för rutinaktiviteter såsom att duscha, klä på sig och laga mat, som ofta känns tungt och övermäktigt när man är i en depression. Detta leder till att patienten får ökad kontroll över sina känslomässiga reaktioner (Beck 2008). Rollspel kan användas för att ta fram automatiska tankar hos patienten i interpersonella situationer och kan skapa nya sätt att reagera och bete sig i sociala möten. Distractionstekniker innebär att patienten lär sig att distrahera sig från negativa tankar genom fysisk aktivitet, sociala kontakter, arbete eller lek, så att intensiteten i smärtan reduceras (Beck 2008). *Kognitiva tekniker* används för att ta fram och testa automatiska tankar och identifiera scheman. Patienten måste lära sig att känna igen de automatiska tankar som kommer före känslorna, såsom vrede, sorg, ångest. Behandlare och patient kan även testa automatiska tankar genom ”vetenskaplig prövning”; man samlar data, utvärderar bevis och drar slutsatser. Patienten lär sig då att hans sätt att se verkligheten är väldigt olik från det som faktiskt äger rum. Självhjälpshemläxor utformas tillsammans med patienten och efter dennes behov, och är det är viktigt att patienterna systematiskt använder det dem lär sig i terapin i sina liv eftersom det är så man utvecklas (Beck 2008). *Sokratisk frågeteknik* är central i behandlingen och innebär att terapeuten med vägledande frågor hjälper patienten att utforska sina tankar och dess påverkan på beteende och humör (Kåver 2006). Tanken är att patienten själv ska göra den största delen av det terapeutiska jobbet, i stället för att terapeuten ska tala om hur det ligger till.

5.1.3 Den kognitiva behandlingsmodellen

Den kognitiva behandlingens mål är att få patienten att återfå kontroll över sig själv och sitt liv genom att behandlaren tillsammans med patienten undersöker hur dennes tankar, känslor och beteende hänger ihop. I de första samtalen i behandlingen definierar man tillsammans patientens problem och behandlaren demonstrerar några av de strategier som kommer att användas för att hantera problemen. Behandlaren frågar en serie frågor för att klargöra patientens problem och avgöra om det handlar om missanpassade scheman, misstolkningar av händelser eller orealistiska förväntningar (Kåver 2006). När detta är gjort så börjar man gemensamt sätta upp prioriteringar och beslut. En *arbetsallians* etableras och man arbetar tillsammans mot utveckling inom det problemområde man valt att fokusera på. Behandlaren vill även visa patienten vilket nära samband tanke och känsla har genom att demonstrera detta, och patientens *socialiseras* på så sätt till den kognitiva metoden (Beck 2008). Behandlaren summerar vad som sagts under samtalstillfället och man kommer överens om en hemläxa till nästa gång. När man kommit en bit in i behandlingen skiftar man fokus till innehållet och mönstren i patientens tänkesätt. Man undersöker patientens tankar och antaganden om specifika situationer och problem, och underliggande scheman som har samband. När scheman identifieras avslöjar de regler och formler som individen använder för att förstå världen. Ju mer terapin framskrider, desto mer ansvar tar patienten själv för att identifiera problem, komma med lösningar och förändra sina tankar, känslor och beteenden (Beck 2008).

5.2 Teori för psykosocialt arbete

Psykosocialt arbete innebär olika former av förändringsarbete som genom beteckningen ”psykosocial” vill visa att man både arbetar med människans *inre* och *yttre verklighet*. För att kunna hjälpa en patient krävs att man har teorier för att analysera patientens situation och metoder för handling. I teorin för psykosocialt arbete har begrepp ur psykodynamisk teori och systemteori valts för att bilda en ny teori, vilket kallas *eklekticism* (Bernler och Johnsson 2007). Denna eklekticism ska dock inte ses som ett godtyckligt plockande här och var, utan den eklektiska hållningen är beroende av de valda teoriernas förenlighet. Nedan kommer det att redogöras för de väsentligaste teoretiska begrepp inom psykodynamisk teori och systemteori, för att sedan återkoppla till teorin för psykosocialt arbete och den handlingsmodell som återfinns här.

5.2.1 Psykodynamisk teori

Enligt psykodynamisk teori styrs människan av omedvetna konflikter och motiv. Med begreppet *psykodynamisk* menas de psykiska krafter som samverkar till vad en människa upplever och hur hon handlar. Dessa psykiska krafter är till stor del omedvetna och måste därför förstås i bakgrund av individens tidigare utvecklingshistoria (Cullberg 2005). Grundläggande psykodynamiska begrepp som ger fördjupad förståelse av individens inre psykiska värld är framförallt *omedvetna psykiska processer*, som kan förklara en del reaktioner som patienter visar upp i behandlingssammanhang. Varje psykiskt fenomen är antingen *medvetet*, *förmedvetet* eller *omedvetet*. Medvetna är de psykiska processer som man är på det klara med hos sig själv i nuet. Förmedvetet är allt det som man för ögonblicket inte tänker på, men som kan bli medvetet om man ändrar fokus (Bernler 2007). Omedvetna är de psykiska funktioner och processer som man antingen inte alls kan bli medveten om eller som kräver stor psykisk energi för att göra medvetet. Tidigare bortträngda, omedvetna behov och önsknings har en central position när det gäller uppkomsten av psykiska störningar och symtombildning (Cullberg 2005). *Detet*, *jaget* och *överjaget* är andra viktiga teoretiska konstruktioner som betecknar centrala processer inom psyket. Detet tillhör det omedvetna och står för det primitiva tänkandet och de grundläggande biologiska drifterna i form av sexualiteten, aggressiviteten och lusten. Jaget har som uppgift att integrera och samordna personligheten i handlandet och observerar och registrerar yttre och inre faktorer som påverkar organismen. Överjaget är den personlighetsstruktur har som uppgift att kritiskt bedöma de andra funktionerna, och har främst två delfunktioner: samvetet som ger straff vid övertramp av normgränser, och jagidealet som är en idealbild som individen har av sig själv och vill leva upp till. För att undgå ångest använder sig jaget av olika *försvarsmekanismer* som har till uppgift att dosera ångest vid konflikter inom individen eller mellan individen och hans omgivning för att på så sätt hålla personligheten i jämvikt, t.ex. förnekande, bortträngning, rationalisering o.s.v. (Bernler & Johnsson 2007, Cullberg 2005). Begrepp som är centrala i den psykoterapeutiska processen är *motstånd* och *överföring*. I all behandling uppstår motstånd, vilket betyder att alla krafter som patienten har motsätter sig den psykoterapeutiska processen, eftersom insikt skapar ångest. Överföring är också vanligt i den terapeutiska processen; patienten tillskriver behandlaren egenskaper i avsikt att skapa en situation som påminner om den tidiga barndomen (Cullberg 2005). Inom psykodynamisk teori menar man att det är insikt hos individen som leder till förändring.

5.2.2 Systemteori

Ett system är en samling delar som inbegriper någon form av strukturell organisation eller relation mellan delarna, och där helheten är mer än summan av delarna. Alla människor är delaktiga i ett system; familjen, vänkretsen, arbetsgruppen osv. Med ett systemtänkande försöker man att undvika att enbart fokusera på individen eller enbart omgivningen, utan ser

hela tiden helheten och flera faktorer som orsaker till problem. Istället för att beskriva sociala processer i termer av orsak och verkan, har man i det systemteoretiska perspektivet ett *circulärt* eller *spiralformat* tänkande, där relationer, interaktioner, transaktioner och samband ligger i fokus i hur man betraktar omvärlden (Bernler och Johnsson 2007). *Helhetsbegreppet* är ett av de mest centrala i systemteorin; man måste kunna se hur olika delar ömsesidigt påverkar varandra i tillvaron. System är *hierarkiska*, vilket innebär att varje system kan betraktas som ett subsystem inom ett större system. Man kan t.ex. se en patient som ett eget system, eller som en del i systemet familj, eller familjen en del inom det större systemet kommunen o.s.v. Vilken nivå man väljer påverkar vad man ser och hur man bedömer det man ser (Bernler och Johnsson 2007). System kan betraktas som *öppna* eller *slutna*. Ett slutet system, t.ex. en familj, innebär att en utomstående inte släpps innanför de osynliga murarna. Detta kan ge upphov till starka krav på lojalitet hos familjemedlemmarna och ge våldsamma reaktioner mot dem som sviker eller mot den som försöker bryta sig in i familjesystemet, t.ex. en familjeterapeut (Cullberg 2005). Sociala system brukar dock oftast ses som öppna, eftersom de alltid har relationer till andra system där det sker utbyte av material, energi eller information. Processerna inom systemet kan därför förändras genom yttre påverkan. Ett av de mest centrala begreppen i systemteorin är begreppet *isomorfi*. Det betyder likformighet och beskriver strukturlikheter mellan två eller flera reella företeelser och mellan två bilder. Isomorfi kan föreligga på samma eller olika logiska nivå. Samma logiska nivå kan t.ex. vara att två personer är lika eller att två teorier är lika. Isomorfi på olika nivå är när personen eller teorin är lik den verklighet den representerar. *Anisomorfi* innebär att två system är helt eller delvis olika. Isomorfi mellan olika logiska nivåer är nödvändig för optimal systemfunktion, sociala och individuella system måste ha en överensstämmande bild av den yttre världen och av andra sociala system men också av andras bilder av samma verklighet (Bernler 1993, Bernler och Johnsson 2007).

5.2.3 Den tredelade handlingsmodellen

Det psykosociala förändringsarbetet bedrivs enligt Bernler och Johnsson (2007) utifrån tre förhållningssätt. De olika handlingsstrategierna måste kombineras i behandlingsarbetet för vara verkningsfulla.

- Behandlaren åstadkommer förändringar i patientens situation genom *egen aktion*. Här tar behandlaren hela ansvaret för förändringen, patienten tar inget eget ansvar. Behandlaren kan agera på eget initiativ, t.ex. genom sjukskrivning, remiss till psykiatri och liknande.
- Behandlaren åstadkommer förändringar i patientens situation genom *direkt styrning*. Behandlaren står för interventionen och kommer med förslag på vad patienten ska göra. Patienten får dock agera själv och se till att handlingen utförs. Exempel på direkt styrning är råd och samtal av olika slag; behandlaren kan råda patienten att utföra vissa hemuppgifter, ta olika kontakter osv.
- Behandlaren åstadkommer förändringar i patientens situation genom *indirekt styrning*. Behandlaren arbetar genom detta förhållningssätt med insiktsskapande tekniker. Patienten tar själv ansvar för sin förändring men behandlaren ansvarar för att för *att* besluten fattas. Man kan säga att behandlaren har ansvar för processen, medan patienten har ansvar för intentionen och aktionen. För att kunna åstadkomma förändringar krävs en behandlingsrelation mellan behandlare och patient. Det är utifrån denna relation som behandlaren genom samtal och handlingar kan hjälpa

patienten att komma till insikt om behov av och möjligheter till förändring i dennes livssituation.

I denna behandlingsmodell betonas behandlaren ansvar för förändringsprocessen vilket innebär att behandlaren ska inta en aktiv hållning, men inte så pass att patienten blir passiviserad. Med behandling avses här den psykoterapeutiskt influerade behandlingsmodellen, och innebär enligt Bernler och Johnsson (2007) en systematisk, positiv *interferens* i en persons problemskapande processer, där man i kontakten med patienten försöker man skapa en psykologisk och social helhetsbild för att kunna urskilja dessa processer.

5.2.4 Viktiga begrepp

Behandlingsrelationen anses i teorin vara det allra viktigaste; om inte relationen har en bra grund kan ingen hjälp förmedlas till patienten. Relationen är dock definitionsmässigt en *komplementär asymmetrisk relation*, eftersom behandlaren har rollen som hjälpare och patienten den som blir hjälpt och befinner sig i en behovssituation (Bernler 1993). Det är viktigt att behandlaren påvisar för patienten att denne förstår sig själv bäst och har ansvaret för den förändring som kan komma till stånd i behandlingen. Behandlaren måste kunna se patienten som en medmänniska och känna ett basalt gillande för att kunna arbeta tillsammans. För att det inte ska råda någon oklarhet i behandlingssituationen så är det viktigt att behandlaren från början gör en *sammanhangsmarkering*, som innebär att man klargör ramarna och syftet med behandlingen och att man uttrycker de förväntningar som finns. Man brukar tala om *arbetsallians* för att beteckna den del av behandlingsrelationen där man tillsammans med patienten gör överenskommelser om tider, arbetssätt och mål, för att skapa gemensam riktning i relationen (Bernler och Johnsson 2007). Begreppet *interventioner* avser ingripande i enstaka handlingar som sker vid en viss omständighet i behandlingen, och *strategier* är olika interventioner som används med varierande förutsättningar. I etableringen av behandlingsrelationen kan behandlaren använda sig av olika *isomorfi-strategier*, för att få till stånd en arbetsallians med patienten (Bernler och Johnsson 2001). En typ av strategi kan vara att påvisa medmänskliga likheter mellan behandlare och patient när det gäller t.ex. ålder, kön, föräldraskap, värderingar eller fysiska attribut. En annan strategi kan vara att man visar patienten att man i behandlingsrelationen har samma mål: att lösa patientens problem. Och detta kan behandlaren visa genom att uttrycka sin lojalitet mot patienten (Bernler och Johnsson 2007). Man kan även ge uttryck för emotionellt stöd, genom att t.ex. lyssna, visa förståelse och empati. För att hjälpa patienten kan behandlaren inte bara visa på likheter, utan ibland är av större vikt att "gå emot" patienten genom ett positivt ifrågasättande, vilket är en *anisomorfi-strategi*. *Omtolkning* är en medveten intervention som innebär att behandlaren sätter en uppfattning eller ett beteende i ett annat ljus än den patienten presenterar. Svåra handlingar eller situationer kan då ses i ett nytt ljus, så att t.ex. en, av patienten, negativt uppfattad personlighetsegenskap kan vändas till en positiv egenskap som kan bli till en resurs för patienten (Bernler 1993). I psykosocialt arbete är det viktigt att behandlaren försöka förstå patientens tillstånd genom en dynamisk förståelse istället för en statisk analys. Den *dynamiska analysen* är en kontinuerlig process som löper parallellt med behandlingen och kan ses som en cirkulär process. I en dynamisk analys försöker man analysera alla samspelande faktorer: uppväxtförhållanden, traumatiska händelser, relationer, nuvarande livssituation, hälsotillstånd osv. I behandlingsrelationen är det viktigt att behandlaren är medveten om patientens *försvarsmekanismer*, och behandlaren måste ha förmåga att *härbergöra* det patienten berättar och *bearbeta* det på ett moget sätt (Bernler 1993). Systemperspektivet i det psykosociala arbetet gör att man i analysen måste växla mellan olika hierarkiska nivåer. På den

intrapsykiska nivån fokuserar behandlaren enbart på individen, genom att t.ex. lyssna till patientens berättelse om olika problem, tankar och känslor, eller förstå patientens motstånd- och försvarsreaktioner i behandlingen. På den *interpersonella nivån* ligger fokus på att förstå patientens interaktionsmönster i viktiga relationer för patienten, t.ex. familjen. Den *strukturella nivån* handlar om att förstå patientens livssituation i ett större perspektiv, t.ex. på samhällsnivå. Man kan oftast inte hitta förklaringen på patientens problem på endast en nivå, men man kan lägga mer eller mindre fokus på dessa.

6. Metod och material

I detta kapitel kommer det att redogöras för val av metod och ansats, urvalsprocessen, litteratursökning, intervjuguide och genomförandet av intervjuerna. Vidare beskrivs analysmetod, förförståelse, validitet, reliabilitet och slutligen etiska aspekter.

6.1 Val av metod

Då studiens syfte var att undersöka och beskriva på vilket sätt de studerade kuratorerna genomförde samtalsbehandling, har avsikten varit att ge en informationsrik och nyanserad beskrivning av deras egna tankar och erfarenheter, för att sedan tolka och analysera innehållet i informationen. Metodvalet föll naturligt på den kvalitativa metoden i form av kvalitativa intervjuer, som av Kvale (2008) beskrivs som en känslig och kraftfull metod för att fånga erfarenheter och innebörder ur intervjupersonernas egen upplevelsevärld. Med hjälp av kvalitativa forskningsintervjuer blev det möjligt att mer ingående undersöka det valda ämnesområdet för att belysa studiens frågeställningar och förstå dessa i relation till den intervjuades unika sammanhang.

6.2 Val av ansats

Studien har tre ansatser: en deskriptiv, en explorativ och en komparativ. Den deskriptiva ansatsen innebär att man undersöker ett område och så systematiskt som möjligt försöker beskriva de iakttagelser man gör av det studerade fenomenet. Den explorativa ansatsen innebär att man utforskar och undersöker de begrepp som används i intervjupersonernas beskrivningar av studieämnet, för att upptäcka nya dimensioner hos detta undersökta ämne (Kvale 2008). Den komparativa ansatsen innebär att man gör jämförelser mellan grupper av deltagare i en studie; man kan se till likheter och skillnader i deltagarnas beskrivningar eller hur de uppger att de går tillväga.

6.3 Urval

Urvalsstrategin har delvis haft formen av ett så kallat snöbollsurval och delvis selektivt urval. Ett snöbollsurval är ett icke-slumpmässigt urval av personer där man via redan valda personer letar sig vidare till andra personer som man tar med i urvalet. Kontakt togs med en kurator, för förfrågan om hjälp med deltagare, och denna kurator kontaktade i sin tur två andra kuratorer som var villiga att delta i studien och som togs kontakt med. Via e-post sändes en förfrågan om deltagande i min studie till en primärvårdsområdeschef, och hon hänvisade vidare till en kurator i detta område, som var villig att delta i studien. Denna kurator vidarebefordrade även den tidigare förfrågan om deltagande i studien till övriga kuratorer i primärvården i Göteborg som hon hade i sin e-postlista, ca 45 personer. Denna lista användes sedan tre gånger till för förfrågan om fler deltagare. Ett informationsbrev skickades till alla i e-postlistan, som ombads att antingen ringa eller höra av sig per e-post för deltagande eller vidare information. Ett selektivt urval gjordes då två kuratorer letades fram genom Primärvården Göteborgs hemsida

och kontaktades per telefon, och bokades för deltagande i studien när de ringde upp mig. Två personer med anställning som psykoterapeuter erbjöd sig att delta i studien, men eftersom studien handlar om kuratorer gjordes en bedömning att dessa inte skulle delta, detta för att höja studiens validitet. Datum och tider för intervju bokades per telefon med fem kuratorer, resterande per e-post. Intervjuerna genomfördes på kuratorernas arbetsplatser. Allt som allt fick studien tio deltagare. Av de fem kuratorer med KBT-inriktning hade samtliga grundläggande psykoterapiutbildning i KBT steg 1. Av dessa hade även en kurator gått psykodynamisk psykoterapiutbildning steg 1 och en kurator var legitimerad familjeterapeut. Av de resterande fem kuratorer som inte hade KBT-utbildning hade fyra grundläggande psykoterapiutbildning i PDT steg 1, och en kurator hade enbart socionomutbildning. Därmed fick studien fem kuratorer med och fem utan KBT-utbildning. Samtliga deltagare var kvinnor. Fördelen med denna urvalsstrategi har varit att kontakt har tagits med just de personer som har den erfarenhet, kunskap och kompetens som är relevant för att besvara studiens frågeställningar. Nackdelen med detta selektiva urval är att det inte är slumpmässigt, varför inga generaliseringar kan göras till en större population.

6.4 Sökning av tidigare forskning, litteratur och information

Sökning av litteratur, forskning och information gjordes via flera olika databaser såsom CSA, PsycInfo, PsycArticles, ERIC, IBSS, Libris och Google scholar. Litteratur har även sökts på Göteborgs Universitets bibliotek och på Göteborgs stadsbibliotek. Sökord som använts i olika sammansättningar har varit: cognitive behavior therapy, psychotherapy, psychosocial therapy, depression, primary care, kognitiv beteendeterapi, samtalsbehandling, psykoterapi, kurator, primärvården. Eftersom det har bedrivits så omfattande forskning på området var det svårt att begränsa sökningarna på ett konstruktivt sätt i databassökningarna. Då gjordes valet att komplettera den forskning som hittats med att använda referenshänvisningar i den litteratur som visade sig mest relevant, för på så sätt få uppslag för att söka vidare och finna böcker, rapporter och artiklar.

6.5 Intervjuguide

Efter att ha sökt och tillgodogjort mig relevant litteratur och tidigare forskning, utkristalliserades de teman relevanta för undersökningen och som skulle ge svar på studiens frågeställningar. Dessa centrala teman har använts till att utveckla empiriskt användbara kategorier och frågeställningar, vilka kommit att ligga till grund för intervjuerna samt den fortsatta bearbetnings- och analysprocessen (Svenning, 2003). Den intervjuguide som användes var en halvstrukturerad intervjuguide, som inbegrep relevanta frågor som var relaterade till studiens frågeställningar och var utformade till lättförståeliga frågor utan akademisk jargong. Intervjuguiden var uppdelad i sju områden; bakgrund, patientgrupp, samtalsbehandlingens ramar, samtalens innehåll, behandlingsrelationen, teorier och metoder och kunskapsbehov. Dessa underrubriker kretsade kring uppsatsens syfte och frågeställning. I informationsbrevet som skickades ut till samtliga deltagare beskrevs studiens syfte samt vad intervjuerna skulle handla om. De mer explicita intervjufrågorna valdes dock att inte skicka ut i förväg eftersom det bedömdes vara meningsfullt och intressant att få höra deltagarnas spontana svar.

6.6 Intervjuernas genomförande

Genomförandet av de tio intervjuerna ägde rum på respektive kurators arbetsplats. Inledningsvis gicks de teman som under intervjun skulle avverkas igenom. Intervjuerna spelades in efter samtliga deltagares samtycke. Fördelen med att spela in intervjuerna var att det blev möjligt att lyssna mer aktivt i intervjusituationen och att detaljer inte glömdes bort

efteråt. Vid första intervjutillfället användes både en analog bandspelare och ljudupptagning på en telefon, för att se vilken som gav bäst ljud och därmed var mest användbar. Ljudupptagningen på telefonen gav väldigt bra ljud och gav även möjlighet att lägga in ljudfilen på datorn för smidigare transkribering, varför denna fortsättningsvis föredrogs. Det verkade inte som att någon deltagare verkade besvärad av att intervjuerna spelades in. Parallellt med ljudupptagningen fördes oftast också anteckningar om detta blev aktuellt, vilket deltagarna informerades om. Intervjuerna tog oftast ca en timme, men varierade ungefär mellan trettio minuter till en timme och fyrtio minuter. Varje intervju avslutades med att deltagaren tillfrågades om det fanns något mer hon ville tillägga. Intervjuerna genomfördes under en treveckorsperiod, med tre till fyra intervjuer i veckan. Detta gav möjlighet att transkribera intervjumaterialet i sin helhet efter varje intervju.

6.7 Analysmetod

I analysen och tolkningen av intervjureultatet har ett *hermeneutiskt perspektiv* använts, där forskarens förförståelse anses viktig för tolkningen av textens mening. Det dynamiska växelspelet mellan teori och praktik, mellan del och helhet, kallas "*hermeneutisk cirkel*", och visar att erfarenhet och förförståelse förutsätter varandra i en ständig kretsångång för att utveckling mot verklig förståelse ska ske (Thurén 2007). Studien är förankrad i denna hermeneutiska utgångspunkt, vilket innebär att empirin tolkats genom en process där samtals eller textens olika delar formas av hur forskaren förstår sammanhangets helhetliga mening. Intervjureultatet genomgick en kodningsprocess, där olika kodningar eller teman som speglade studiens frågeställningar användes för att urskilja mönster i informationen. Materialet gick systematiskt igenom för att sortera och urskilja mönster, och dessa har sedan fått utgöra grunden för studiens fortsatta analys och tolkning.

6.8 Förförståelse

Med förförståelse menas att man inte uppfattar verkligheten enbart med sina sinnen, utan att det som verkar vara rena sinnesintryck i själva verket innehåller mycket tolkning. Allt man upplever, hör, ser, tänker och tycker bygger på förförståelse, även vetenskapliga teorier och perspektiv (Thurén 2007). Min egen förförståelse består bl.a. i en praktikperiod i två olika kuratorsverksamheter inom hälso- och sjukvården, där samtalsbehandling var en betydande del av kuratorsarbetet. Där erhöles praktisk erfarenhet av att sitta med som observatör i ett större antal samtal som genomfördes av två verksamma kuratorer, samt flertalet egna samtal, vilket innebär en grundläggande förståelse för hur samtalsbehandling kan genomföras. Genom fördjupade litteraturstudier finns det även en del förkunskap om de teorier, perspektiv och förhållningssätt som kurators sätt att bedriva samtalsbehandling kan bygga på. Att vara socionomstudent kan även bidra med en viss förförståelse, då detta innebär att man är väl införstådd med den litteratur som ligger till grund för socialt arbete och mer specifikt psykosocialt arbete. Patienter med depression som patientgrupp fanns dock ingen utökad kunskap eller förförståelse om.

6.9 Validitet

Validiteten hänför sig till den utsträckning i vilken en metod undersöker vad den är avsedd att undersöka (Kvale 2008). Validering innebär att man förhåller sig kritisk till sin analys och att man är noggrann i tolkningen av resultatet. Det har i forskningsprocessen hela tiden varit viktigt att återkoppla till studiens syfte och frågeställningar för att se till att det ämne som avsågs undersökas var den information som efterhämtades hos intervjupersonerna samt togs med i analysen. Vidare har ett kritiskt förhållningssätt till de egna tolkningarna varit viktigt, för att avgöra rimligheten i dessa. Man kan enligt Svenning (2003) skilja på en undersöknings

interna och externa validitet. Den interna validitetsaspekten handlar om själva studien och kopplingen mellan teori och empiri. Viktiga aspekter här är till exempel att välja att intervjua de personer som har relevans för studiens syfte och vilket denna studie strävat efter att göra, bl.a. genom att exkludera två personer som arbetade som psykoterapeuter. Intern validitet handlar även om att intervjufrågorna är väl genomarbetade och reflekterar det man vill undersöka, vilket i denna studie gjorts genom väl utvalda begrepp i intervjuguide och exkludering av irrelevanta frågor. En studies externa validitet innebär undersökningens helhet samt möjligheten att generalisera utifrån en specifik studie och ett begränsat urval till att omfatta en större population (Svenning 2003). Då intervjupersonerna består av tio deltagare innebär detta att min studies empiriska underlag är relativt litet, varför det inte kan dras några generella slutsatser från intervjuerna.

6.10 Reliabilitet

Reliabilitet avser materialets tillförlitlighet. Om flera forskare kommer till samma resultat med samma undersökningsmetod, avseende mätinstrument, begrepp och frågeställningar så har studien hög reliabilitet (Svenning, 2003). I kvalitativa studier kan detta handla om intervjuarens tillvägagångssätt och intervjufrågornas kvalitet (Kvale 2008). I en strävan efter att höja studiens grundläggande reliabilitet, har samma frågor ställts till samtliga deltagare och klara definitioner på de begrepp som diskuterats under intervjutillfällena har använts. En effekt som kan uppstå i intervjusituationen är att intervjuaren påverkar intervjupersonens svar genom minspel och kroppsspråk eller tolkar intervjupersonernas svar felaktigt (Svenning 2003). Detta var något som blev viktigt att medvetandegöra i intervjusituationen, vilket resulterade i ett undvikande av att ställa ledande frågor, att ställa följdfrågor till intervjupersonen vid sådant som var oklart, och att bekräfta det intervjupersonen sa för att se om det sagda hade uppfattats rätt. Det ska dock nämnas att det inte är säkert att dessa strävanden efter att vara en bra intervjuare alltid har lyckats. Det är heller inte säkert att de beskrivningar som erhöles av hur kuratorerna genomför samtalsbehandling faktiskt speglar hur de gör utan endast hur de uppger att de gör.

6.11 Etiska aspekter

Denna studie har utgått från de fyra forskningsetiska principerna som finns inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning (www.vr.se):

- Informationskravet
- Samtyckeskravet
- Konfidentialitetskravet
- Nyttjandekravet

Informationskravet innebär deltagarna ska informeras om syftet med den aktuella forskningsstudien, vilket gjorts via både informationsbrev och muntligen i intervjusituationen. Samtyckeskravet innebär att deltagaren själv kan bestämma över sin medverkan, har rätt att inte svara på frågor och kan avbryta intervjun när den så önskar (Kvale 2005). Nio av tio deltagare gavs möjlighet att skriva under en samtyckesblankett och gjorde detta, medan en tionde deltagare gav sitt muntliga samtycke efter att ha blivit delgiven information. Konfidentialitetskravet innebär att personen i undersökningen ska försäkras anonymitet och att obehöriga inte får tillgång till deras personuppgifter (www.vr.se). Allt insamlat material har förvarats så att ingen utomstående kunnat ta del av det, och allt transkriberat material kommer att raderas vid studiens avslutande. Nyttjandekravet innebär att insamlade uppgifter

om enskilda personer endast används för forskningens ändamål. Det material som insamlats för denna studie har endast använts till studiens nytta.

Då denna studie även syftade till att göra *jämförelser* mellan kuratorernas sätt att genomföra samtalsbehandling, skulle det kunna finnas en osäkerhet eller oro hos deltagarna för att den ena behandlingsmetoden eller teorin ska framställas som bättre än den andra. Detta är en etisk aspekt som ständigt varit närvarande och medvetandegjorts i forskningsprocessen. Men eftersom denna studie främst syftade till att *beskriva* och *undersöka* kuratorernas tillvägagångssätt och där inbegripna teorier, metoder och praktisk tillämpning, så fanns ingen tanke på att försöka fastställa några sanningar eller säga att det ena är bättre än det andra. Tanken var att utforska flera tillvägagångssätt och perspektiv på studiens ämne, vilka kan fungera som utgångspunkt för fortsatta diskussioner och vidare forskning.

7. Resultat och Analys

I detta kapitel kommer resultatet från intervjuerna presenteras tillsammans med analys och tolkning. Detta upplägg innebär att det först kommer att redogöras för ett avsnitt resultat och därefter ges analys och tolkning i ett stycke i direkt anslutning. Som tolkningsram kommer studiens valda teorier kognitiv teori och teori för psykosocialt arbete att användas. De teman som kommer att redogöras för är: samtalsbehandlingens praktiska struktur, patienter med depression, behandlingsrelationen, behandlingsprocessen, teorier, metoder och kunskapsbehov. Huvudresultatet visar att samtliga kuratorer anser att behandlingsrelationen och skapandet av denna är det mest centrala i samtalsbehandlingen. Kuratorerna angav en gemensam bild av den kompetens och de personlighetsegenskaper som krävs hos behandlaren för att en bra behandlingsrelation ska uppnås, bl.a. empatisk förmåga, lyhördhet och acceptans. Samtliga kuratorer med KBT-utbildning lägger i behandlingen störst fokus på patientens tankar, och beskriver flertalet gemensamma kognitiva eller beteendeinriktade metoder i sitt genomförande av samtalsbehandlingen. Resultatet visar även att kuratorer utan KBT hade en omfattande teoretisk tolkningsram för depressionens orsaker, där det psykodynamiska perspektivet och centrala begrepp ur denna var framträdande. I slutet av detta kapitel ges en sammanfattande analysöversikt där den komparativa analysen av resultatet framställs.

När det i resultatredovisningen nedan görs skillnad mellan de olika grupperna av kuratorer omnämns de i texten ”kuratorer *med* KBT” och ”kuratorer *utan* KBT”. När det inte görs någon skillnad mellan kuratorerna benämns de kort och gott ”kuratorerna”.

7.1 Samtalsbehandlingens praktiska struktur

Samtalsbehandlingens struktur hänför sig till hur kontakten med patienten uppstår, hur många samtal behandlingen består av och hur lång tid varje samtal är. Kontakten med patienten uppstod på liknande sätt hos alla kuratorer:

- Läkare, sköterska eller annan vårdpersonal skriver remiss eller tar på ett mer informellt sätt kontakt med kuratorn då behov av samtal finns hos patienten
- Patienten tar själv kontakt med kuratorn genom att ringa och boka tid

Fyra kuratorer nämnde att man ibland får fråga sig vem det är som egentligen vill att patienten kommer för samtalsbehandling, då det kan hända att det är läkaren eller sköterskan som vill

att patienten går i samtal, och inte patienten själv. Det är viktigt att det är patienten som själv uttrycker en önskan om kuratorskontakt för att behandlingen ska vara verkningsfull.

När det gällde samtalens antal i en behandling sa samtliga kuratorer att detta är beroende på den patient man har framför sig och vilket behov som finns hos denne. Sex kuratorer menade att de inte hade några formella begränsningar på antalet samtal som behandlingen får innehålla och kunde inte uppge ett genomsnittligt antal samtal, utan menade att samtal gavs i relation till behov. De menade samtidigt att det finns en medvetenhet om att man inte kan bedriva långtidspsykoterapi inom primärvården, då långa behandlingar korkar igen och skapar alltför långa köer. Fyra kuratorer hade uttalade begränsningar på antal samtal, denna gräns låg på ca tio samtal. Men dessa uttryckte att de ändå försökte anpassa antal samtal efter patientens behov, då vissa patienter kanske bara behöver fem samtal medan andra kan behöva femton. En kurator förklarade att hon känt en viss frustration då hon från början av sin anställning haft uttalade begränsningar av antal samtal ovanifrån:

”Men alltså när jag började här fanns det en nivå på att jag skulle bara träffa en person fem gånger, men det var ju alldeles... hur ska man arbeta med en person med depression fem gånger, det är ju ganska meningslöst”.

Denna kurator menade att man inte kan se begränsningarna som annat än riktlinjer att sträva mot, och inte en färdig struktur man ska pressa in patienten i. Ett par kuratorer med KBT tog upp detta att det finns ett utspritt missförstånd, både inom media och i vårdpolitiken, om att KBT-behandlingar är så kortsiktiga att det bara behövs ett litet antal samtal för att en patient ska tillfriskna från sitt sjukdomstillstånd. En kurator sa:

”Annars har ju politikerna numera anammat allt som har med kognitiv behandling att göra, det här med att de ser framför sig att folk blir pigga och raska på fem samtal, och så är det ju inte”.

När det gäller tätheten på samtalen var detta något som oftast både kunde anpassas efter behovet hos patienten och samtidigt genom medvetenhet om behandlingsprocessen kunde bestämmas av behandlaren. Tre kuratorer uppgav att de brukade göra en ny behovsbedömning efter ett antal samtal, för att se hur man skulle gå vidare. Om patientens depression är djupare kanske man träffas minst en gång i veckan till en början, så att behandlingen snabbt kommer igång. Tätheten på samtalen glesas ut efterhand patienten blir bättre, men det är bra om man får en *kontinuitet* i behandlingen för att det ska bli en process. De angivna tidsramarna för varje samtal låg mellan 45-60 minuter. Tre kuratorer menade dock att det första samtalet, som innebär bedömning och kartläggande av livssituation och problem, kunde ta längre tid än så och att man fick anpassa detta efter patienten. Det var inte ovanligt att kuratorerna remitterade patienter vidare till annan instans, vanligtvis psykiatrin, då depressionen är mer komplex och av svårare natur och kuratorn anser att problematiken ligger utanför hennes kompetensområde. Åtta kuratorer uppgav att man i avslutandet av behandlingen ger möjlighet för patienten att höra av sig till kuratorn per telefon om behov finns i framtiden, detta främst för att patienten ska känna sig trygg med att kontakt finns nära till hands. Samtliga kuratorer förde journalanteckningar, antingen i direkt anslutning till samtalet eller i slutet på arbetsdagen.

7.2 Patienter med depression

7.2.1 Depressionstillståndet

Här ombads kuratorerna ge en beskrivning av patienter med depression och kännetecknande problematik i anslutning till denna. Gemensamt i samtliga kurators beskrivningar var att depressionstillståndet ansågs präglad av framförallt *ensamhet, isolering, passivitet* och *låg självkänsla*. Många deprimerade personer har svårigheter med att fungera i vardagen, i arbete och relationer, och depressionen innebär en oerhörd trötthet, minskad aptit, svårigheter att ta sig för aktiviteter och frånvaro av mening med sådant man förut känt lust inför. En kurator ger beskrivningen:

”Låg självkänsla, att inte riktigt tro på någon framtid, att vara väldigt kritisk till sig själv, att inte se något positivt i livet, att ha svårt att glädjas åt det man blev glad över förut, inte ha matlust, initiativsvårigheter, uteblivanden, det finns många tecken på depression”.

Problem som kommer av passivitet, trötthet och minskad lust är att patienten kan få svårt att bli engagerad och motiverad, varför behandlingsarbetet ibland får en trög start eller tar längre tid. Tre kuratorer gav utifrån sin erfarenhet mer konkreta exempel på vilka personer som vänder sig till vårdcentralen för behov av samtalsbehandling mot depression: ofta handlar det om medelålders kvinnor, ofta med invandrarbakgrund, som är långtidsarbetslösa, som har icke-fungerande nätverk och stor ensamhetsproblematik. Fyra kuratorer påpekade samtidigt att deprimerade patienter *inte* är en homogen grupp, utan att depression kan se ut på helt olika sätt för olika individer. Det kan vara allt från lindriga till svåra depressioner, det kan vara patienter med personlighetsstörningar i botten, och även depressioner som har med livssituationen att göra. En kurator menade att det finns patienter som säger att de är deprimerade och mår dåligt, men att detta uttryck snarare är en konsekvens av samhällets påtryckningar i form av krav på yttre prestation och lycka. Hon menade att detta då egentligen inte är någon klinisk depression, utan har med livssituationen att göra. Detta resonemang utvecklas av en kurator som beskriver den ”reaktiva depressionen” som i grund och botten är en reaktion mot faktiska förhållanden i livet som gör att man blir nedstämd, t.ex. destruktiva relationer eller förlust av närstående, och depressionen blir då en manifestation av att man till slut har vänt denna destruktivitet inåt mot självet. En annan kurator säger:

”Livskris benämns ofta depression, men om en kvinna blir slagen och mår dåligt är hon ju inte deprimerad, hon är ju inte sjuk”.

Depression som kommer av problem i patientens livssituation blir ur detta perspektiv inte bättre av samtal, utan kan kräva mer aktiva insatser och förändringar av mer praktisk natur. Fem kuratorer uttryckte uppfattningen att diagnosen depression och depressiv episod används för vidlyftigt inom vården, att dessa termer lätt blir tomma och innehållslösa när de används utan urskiljning. Åtta kuratorer använde i samtalsbehandlingen olika skattningsskalor för att fastställa depression, bl.a. Becks depression inventory (BDI), Becks anxiety inventory (BAI), Hospital anxiety and depression scale (HAD), Montgomery Åsberg depression rating scale (MADRS) och även Global funktionsskattningsskala (GAF), för att mäta funktionsnivån hos patienten. Skattningsskalorna kan i behandlingen fylla fler funktioner än att enbart fastställa depression; de kan fungera som utgångspunkt och diskussionsunderlag för den fortsatta behandlingen, för utvärdering av patientens förändringsprocess och för att bedöma om annan instans, oftast psykiatri, kan behöva kontaktas.

Analys och tolkning: Ur ett psykosocialt perspektiv kan man i kuratorernas beskrivningar av den deprimerade patientens tillstånd se att deras fokus växlar mellan olika *hierarkiska analysnivåer*, där varje analysnivå innebär att man får en viss ”upplösning” i synsättet (Bernler och Johnsson 2007). På den *intrapsykiska nivån* fokuserar kuratorn enbart på individen och lyssnar då i patientens berättelser efter uttryck för dennes känslor och problem. På denna nivå kunde kuratorerna se att depressionen uttrycks hos individen genom bl.a. fysiologiska *symtom*; bristande aptit, sömnsvårigheter och trötthet i kroppen. Kuratorerna kunde även se depressionens uttryck hos individen genom passivitet, initiativlöshet och ett negativt synsätt på sig själv och sin livssituation. Patientens psykiska lidande framstår på denna analysnivå som något som pågår *inom* patienten, och kuratorn kan då söka efter orsaken till problemet i individens tänkesätt, självbild eller uppväxt. Många kuratorer talade även om patientens depression i termer av patientens sociala sammanhang, och då befinner man sig i analysen på den *interpersonella nivån* (Bernler och Johnsson 2007). Kuratorerna talade om sådana sårbarhetsfaktorer som destruktiva relationer, icke-fungerande nätverk och brist på nära relationer som vanliga vid det depressiva tillståndet. Man försöker på denna analysnivå förstå patientens *kommunikations- och interaktionsmönster* i viktiga relationer för patienten, ofta kan det handla om familjerelationer. Några kuratorer beskrev en struktursyn på depression, i form av samhällets allt hårdare krav och påtryckningar på individen att prestera och ”vara lycklig” inom olika delar i livet. Detta är den *strukturella nivån* och handlar om att förstå patientens livssituation i ett större perspektiv (Bernler och Johnsson 2007). Man måste här kunna tänka in att bristfälliga yttre sociala omständigheter och den yttre materiella situationen, t.ex. i form av arbetslöshet eller ekonomiska svårigheter, kan spela in i en depression. Dessa yttre strukturer kan i förstärka den negativa självbilden hos personen och bli en bekräftelse på oförmågan att leva upp till idealistiska föreställningar. De flesta kuratorer uttryckte ett *helhetsperspektiv*, där de försöker växla mellan dessa *hierarkiska nivåer* i analysen av patientens problem. Men fokus i samtalsbehandlingen ligger först och främst på intrapsykisk nivå eller interpersonell nivå, då problem på strukturnivå ofta inte förbättras för att patienten går i samtalsbehandling, utan ofta kräver mer konkret stöd.

7.2.2 Depressionens orsaker

Det kunde urskiljas en skillnad i fokus i de olika gruppernas av kuratorers sätt att tala om depressionens orsaker och vilka begrepp som ansågs centrala. Nedan ges först beskrivningar av de resultat som kom av kuratorerna med KBT, därefter kuratorerna utan KBT.

Kuratorer med KBT talade i hög utsträckning om depression i termer av *tankar, tankefallor, tankemönster, tolkningar*, och beteenden som kommer utav patientens negativa tänkesätt. Samtliga kuratorer med KBT beskrev det depressiva tillståndet som framförallt en produkt av den deprimerade patientens negativa, svartvita och nyanslösa tankar. Fyra kuratorer talade om att deprimerade patienter har *grundantaganden* och *kognitiva scheman* om sig själva som är negativa; att de inte klarar av saker, att de är misslyckade och att livet är meningslöst, och menade att det är framförallt dessa tankemönster som är centralt i depressionen. Två kuratorer med KBT menade dock att fokus på patientens tankar inte innebär att man i behandlingen bortser från patientens historia. En kurator säger:

”Det händer ju att människor tror att inte bakgrunden är viktig om man jobbar kognitivt, att man då inte bryr sig om hur det var när man var liten och så, men det är ju inte riktigt sant. För våra kognitioner, våra tankar, våra föreställningar, våra erfarenheter, dem bygger ju på vad man fick med sig när man växte upp”.

Uppväxt och livshistoria kan alltså spela roll i behandlingen, eftersom de negativa grundantaganden eller livsregler som den deprimerade patienten förvärvade här. Det kan handla om att man växte upp i ett destruktivt familjeförhållande där man blev tvungen att skapa vissa *livsregler* för att psykiskt överleva. Dessa livsregler har sedan blivit destruktiva allteftersom tiden gått och tankarna fått allt större inverkan i patientens liv, varför patienten i behandlingen behöver ändra dem. En kurator med KBT menade att hon kunde se att just depression innebär mer historia än vad t.ex. ångest eller depressiv episod gör, där man tittar mer på nuet. Hon menade att depression kan ses som en *inåtriktad aggressivitet*, genom att personen inte ger utlopp för sina känslor eller sina behov till omgivningen, utan istället trycker ner sig själv på ett aggressivt sätt. Denna aggressivitet beror i sin tur på att man inte fått en bra anknytning till sina föräldrar under barndomen. Två kuratorer uttryckte att den biologiska komponenten är en faktor som man måste ta med i beräkningen i upphovet till depressionen, även om individens tänkesätt och livssituation är av större vikt. En kurator med KBT förklarade på ett väldigt överskådligt sätt hur hon ser på bidragande faktorer till depression:

”Jag brukar ofta försöka att diskutera utifrån att en depression är ganska mycket som en tårta, med olika bitar som kan se lite olika stora ut. Och det finns ju ofta, men inte alltid, en genetisk ’predisposition’, att man har psykisk ohälsa i släkten. Sen finns det ju inte sällan att det händer mycket i livssituationen, det kanske har hänt mycket under en lång tid att man utarmats i form av psykisk kraft. Sen har vi ju det här med självbild. Det finns många jag träffat som varit utsatta för mobbning under sin uppväxt”.

Kuratorer utan KBT tenderade att i högre grad tala om depression i termer av uppväxt, relationer, jagfunktioner och självbilder. Två talade även om tankemönster och tänkesätt. Fyra kuratorer utan KBT uttryckte att uppväxten och livshistorian var viktig att kartlägga, eftersom det är där man hittar det psykiska trauma som sedan ofta byggts på under livet och mynnat ut i en depression. Ett svagt utvecklat jag nämndes av tre kuratorer som en viktig faktor att ta med. En kurator säger:

”Vissa har inte en realistisk syn på problemet /.../ istället för att komma till insikt så blir lösningen problemet. Depressionspatienter är sådana som från uppväxten inte fått den här jagstyrkan eller jagfunktionerna utvecklade /.../ Då leder det till dålig självkänsla, negativ självbild, dåligt självförtroende, och det leder till att de får problem i samspel med andra”.

En annan kurator menade att depression ur ett psykodynamiskt perspektiv benämns *melankoli* och i grunden handlar om förlusten av ett kärleksobjekt. Hon säger:

”... melankoli har ju funnits sedan urminnes tider och handlar om nedstämdhet och /.../ är ju i sig förlusten av ett kärleksobjekt. Man förlorar någonting, någon person som man älskar, och det skapar naturligtvis oerhörd nedstämdhet, och ju tidigare i uppväxten detta har inträffat desto större sorg. Och det är de depressiva symtomen, symtomen på att du förlorat någonting”.

Depressionen är i detta synsätt en konsekvens av att man under sin uppväxt haft svåra psykiska trauman som man inte bearbetat. Det kan t.ex. handla om att man i barndomen växt upp med en psykiskt frånvarande förälder som varit deprimerad, där anknytningen inte blivit av. Detta kan sedan pålagras under livets gång med andra psykiska trauman som förstärker känslan av förlust, kanske genom mobbning under skoltiden eller destruktiva

kärleksförbindelser. Om man inte får hjälp med att bearbeta detta grundtrauma, denna ”kärleksförlust”, så vänder man sorgen in mot sig själv och blir deprimerad.

Analys och tolkning: Samtliga kuratorer med KBT uttryckte ett kognitivt synsätt på orsakerna till depression och utvecklar resonemang om tänkandet; hur patientens negativa tankar påverkar hans känslor och beteende som i sin tur återverkar på patientens tankar i en ond cirkel. Kuratorerna talade om patientens *kognitiva scheman, grundantaganden* och *livsregler*; kognitiva teoretiska begrepp. Kognitiva scheman kan vara sanningar om självet, andra personer eller om livet i stort, såsom exemplet som gavs ”livet är meningslöst”. Grundantaganden och livsregler är djupt rotade tankemönster som styr hur man tolkar och beter sig i situationer. Flera nämnde kännetecknande *tankefallor* hos de deprimerade patienterna, framförallt tankefallor som känslotänkande, etikettering och svartvitt tänkande. Känslotänkande handlar om att patienten tror att dennes känslor speglar verkligheten, och att om man i en situation känner t.ex. rädsla, så betyder det att situationen är farlig. Etikettering innebär att patienten sätter negativa eller överdrivna etiketter på sig själv, såsom att ”jag kan ingenting” . Svartvitt tänkande innebär att patienten kategoriserar omgivningen och upplevelser i svartvita antingen eller – kategorier (Beck 2008). Flera kuratorer med KBT poängterade dock att den relationella delen av depression inte ska förbises, och att patientens livshistoria kan vara viktig att ta med i beräkningen eftersom det är där personens tänkande formats som det gjorts.

Kuratorer utan KBT kunde också se den deprimerade patientens tänkande som väsentligt, men framförallt som en produkt av faktorer i uppväxten. Särskilt fyra kuratorer utan KBT (samtliga med PDT- utbildning) uttryckte en tydligt *psykodynamisk syn* på depressionens orsaker och menade att det är den låga självvärderingen hos patienten förhindrar möjligheten att utveckla en optimistisk syn på livet. Framförallt en kurator talade om depressionen i termer av *objektörlust*. Ur ett psykodynamiskt perspektiv brukar depressionsutlösande orsaker röra sig om just en icke genomarbetad objektörlust från de första levnadsåren. Den deprimerade personen börjar angripa sitt eget jag som värdelöst och attackerar sig själv på ett aggressivt sätt, något som även en kurator med KBT resonerade kring. Enligt psykodynamisk teori gäller denna attack egentligen ett tidigt förlorat kärleksobjekt som jaget identifierat sig med och vägrar släppa, och man behandlar sig själv på samma sätt som man känner att den övergivande har gjort. Personen ger delar av det egna jaget skulden för den tomhet som upplevs (Cullberg 2005). Alla människor skapar på så sätt utifrån sina barndomsupplevelser en inre förväntan på livet, som leder till att man ser och tolkar verkligheten utifrån dessa. Särskilt tre kuratorer utan KBT betonade hur relationen mellan en individ och viktiga personer runt omkring tidigt utvecklas och hur dessa relationer kommer att få betydelse för individens självuppfattning och inställning till omvärlden. Under barndomen läggs grunden till *jagstyrkan* och *jagfunktionerna*, som är en förutsättning för att individen ska kunna utvecklas och gå igenom kriser utan att bli psykiskt sjuk (Cullberg 2005). Två kuratorer talade om detta att deprimerade patienter kan ha svagt utvecklade jagfunktioner, d v s att de har svårt att samordna sin personlighet och skapa jämvikt mellan den inre och yttre verkligheten, vilket skapar en otydlig identitetsuppfattning och dåligt självförtroende, vilket i sin tur ofta bottnar i *traumatiska händelser* under uppväxten (Bernler och Johnsson 2007, Cullberg 2005).

7.3 Behandlingsrelationen

Samtliga kuratorer var överens om att relationen mellan behandlare och patient är grundbulten i behandlingen. Relationen ansågs vara en förutsättning för att behandlingen överhuvudtaget ska fungera, och fyra kuratorer uttryckte att relationen står över både teorier och metoder. En bra relation krävs för att patienten ska kunna öppna upp sig och känna

förtroende för behandlaren och behandlingsprocessen. Kuratorerna menade att relationen måste ses som avhängig behandlarens egen förmåga till relationsskapande och menade att det finns vissa personlighetsegenskaper som kan vara av betydelse i denna process. Kuratorerna angav en rad olika egenskaper och förhållningssätt som är viktiga för att det ska komma till stånd en bra relation. Samtliga kuratorer uttryckte att ett *aktivt lyssnande, empatisk förmåga* och *lyhördhet* är nyckelfaktorer i att skapa en god relation; måste kunna känna in hur patienten känner och känna av vilka behov som finns, och detta genom att framförallt lyssna med fokus och koncentration på patientens berättelse. Det måste i behandlingssituationen finnas ett *öppet och accepterande klimat*, där patienten känner att det är möjligt att berätta om sina svårigheter utan att bli dömd eller ifrågasatt av behandlaren. Att vara nyfiken, intresserad och närvarande i situationen var också egenskaper som av de flesta kuratorer ansågs väsentliga. Ett par menade att man både i samtalet och genom sitt kroppsspråk ska visa patienten att man är *här och nu* med just den här personen och engagerad i det man pratar om just nu. En kurator talade om att man även på det fysiska planet kan visa intresse och förståelse genom att rent kroppsligt vara vänd mot patienten, ha öppen ögonkontakt och använda gester som bjuder in. Det är bra om man speglar och sammanfattar det patienten säger, så att han förstår att man bryr sig och tar det han säger på allvar, och inte sitter och tänker i egna banor. Det är viktigt att man som behandlare också kan känna av det som händer i rummet och kan stanna upp och bemöta patientens känslor, t.ex. när man ser att en patient är ledsen. Hälften av kuratorerna talade om vikten av att patienten ser att man tillåter sig att bli berörd av det han berättar och att man samtidigt klarar av och kan "bära" det han berättar. En kurator uttryckte att det har betydelse att man själv har en genuin positiv grundsyn på livet och på förändring, för att patienten ska kunna känna hopp. Två kuratorer menade att *likheter* mellan behandlare och patient kan vara viktigt att påvisa i relationen för att skapa en grund att utgå från. En kurator säger:

"Man måste vara personlig och professionell. För i det professionella finns ju förändringspotentialen då, och i det personliga /.../ finns ju detta att man möter, att den här personen kan känna här är någon som är intresserad av mig, här är någon som kan tänkas förstå min situation eller som har erfarenhet, har träffat liknande, kan tänkas ha barn i min ålder, kan tänkas ha gamla föräldrar eller vad det nu kan vara för problematik, och att i det mötet skapa det förtroendet som gör att de vågar berätta om vad som är problemet".

Ett par kuratorer uttryckte att det också kan vara viktigt att inte hålla med patienten och stötta dennes uppfattning i allt, utan istället visa på andra sätt att se på saken. En kurator gav exemplet att istället för att hålla med patienten om dennes begränsningar i att t.ex. komma ut på arbetsmarknaden igen efter en period av sjukskrivning, så kan man visa på patientens resurser och möjligheter. Detta var dock något man kunde göra först när relationen var någorlunda etablerad och patienten inte känner sig ifrågasatt eller påhoppad av ett sådant förslag. *Arbetsallians* var ett uttryck som fyra kuratorer använde för att förklara relationen; det handlar både om att skapa en god känslomässig relation och att kunna känna att man är ett team som tillsammans strävar mot ett mål i behandlingen. Detta med arbetsalliansen talades om av dessa som en absolut nödvändighet för att patienten inte ska bli passiv i behandlingen, då alliansen kräver aktivt deltagande från patientens sida. Allians som begrepp ansågs dock av ett par kuratorer vara en term som ibland skapar svårigheter. En kurator med KBT sa:

"... det finns en väldigt strikt terminologi som jag har lite svårt för, alltså där (i KBT) pratar man ju om att man bildar en allians /.../ att man är två jämbördiga vetenskapsmän som forskar /.../ Man är aldrig jämbördig som patient, även om inte jag sätter mig på mina höga

hästar för någon så ska jag ju inte tro att... alltså de kommer ju hit som hjälpsökande, oavsett hur jag beter mig så är de i ett underläge och det måste jag ha klart för mig”.

En kurator utan KBT menade istället att behandlingsrelationen inte är menad att vara jämbördig utan att behandlare och patient har helt olika roller. Hon menade att den terapeutiska rollen innebär att man måste ha en härbärgerande förmåga och ett förhållningssätt som är ganska lik föräldrarollen:

”Personen själv har lösningarna på sina problem, jag kan lyssna, och föra tillbaka i smält form, som någon sa. Jag smälter det som personen säger och ger tillbaka. Det är den vanliga föräldraegenskapen, föräldrar gör ju så, lyssnar på vad barnet kommer med för bekymmer, omformar, smälter, ger tillbaka i smält form. Föräldrarollen är ganska lik”.

Analys och tolkning: I teorin för psykosocialt arbete menar man att behandling är beroende av att behandlare och patient etablerar och utvecklar en god behandlingsrelation, vilket av samtliga kuratorer uttrycktes som den absolut viktigaste faktorn i behandlingen. Skapandet av en *allians* mellan behandlare och patient ansågs viktig i behandlingen, vilken innebär dels ett känslomässigt band till varandra och dels att man samarbetar och är överens om behandlingens mål. Det uttrycktes att man för att etablera en arbetsallians kan använda sig av olika medmänskliga likheter mellan behandlare och patient, något som i teori för psykosocialt arbete kallas *isomorfi strategier* (Bernler och Johnsson 2007). Dessa strategier handlar dock inte om ett rent tekniskt förhållningssätt där man försöker skapa en låtsad gemenskap, utan strategierna måste alltid botten i empati, omtanke och genuin förståelse. Isomorfi strategier som beskrevs kunde handla om likheter i form av erfarenhet, familjeförhållanden eller kunskap. Detta uttrycker att behandlaren är en människa som precis som patienten, samt att man har erfarenheter och värderingar som man tillsammans kan dela och utgå ifrån i det gemensamma behandlingsarbetet (Bernler 1993). Isomorfi strategier kan även handla om att behandlaren visar uttryck för emotionellt stöd, deltagande, sympati och förståelse, något som de flesta kuratorer ansåg viktigt. Ett par kuratorer påpekade dock att det i vissa situationer vara viktigt att gå emot patienten i dennes uppfattning om sina bristande möjligheter, och istället visa på alternativ, vilket kallas *anisomorfi strategi* (Bernler och Johnsson 2007). Precis som en av kuratorerna nämnde i sin kritik mot begreppet arbetsallians är det viktigt att behandlaren förstår att relationen mellan behandlare och patient är *asymmetrisk*, eftersom behandlaren har rollen som hjälpare och patienten den som blir hjälpt och befinner sig i en behovssituation (Bernler och Johnsson 2007). Det är viktigt att behandlaren här intar en *psykoterapeutisk hållning*, som innebär att behandlaren visar respekt för patientens beroendeställning och även hans unika erfarenhetsvärld. Flertalet kuratorer ansåg att behandlaren måste ha en förmåga till ett *härbärgerande* av patienternas lidande. Detta kallas inom psykodynamisk teori för *containing function* och innebär ungefär den hållning som föräldern har gentemot barnet när det är förtvivlat och behöver tröst och empati (Cullberg 2005). Behandlaren är en container för patientens känslor av ångest och depressivitet, eftersom dessa svåra känslor tas emot, accepteras och omformuleras av behandlaren. Detta uttrycks på ett tydligt sätt av en kurator utan KBT som menar att den terapeutiska rollen är väldigt lik föräldrarollen och att man i samtalet med patienten ”smälter” och omformulerar det patienten berättar. De personlighetsegenskaper hos terapeuten som i forskning visat sig viktiga i behandlingen är: *empati*, *värme* och *äkthet*. Empati innebär att man kan leva sig in i den andres känsloläge utan att blanda in sina egna behov, värme innebär att man accepterar patienten som han är och äkthet handlar om att det inte finns någon förställning från behandlaren sida i behandlingsrelationen (Cullberg 2005). Samtliga kuratorer talade om vikten av empati och att kunna bli berörd av patientens berättelse. Flertalet uttryckte att det

var viktigt att ha en accepterande inställning gentemot patienten, så att denne inte känner sig dömd eller ifrågasatt. En kurator uttryckte även detta med behandlaren själv måste ha en *genuin positiv grundsyn* på livet, att man på riktigt tror på patientens förmåga till förändring.

7.4 Behandlingsprocessen

7.4.1 Första samtalet

Samtliga kuratorer menade att det första samtalet är något av ett bedömningsamtal eller intervju och innebär en kartläggning av patientens problem och livssituation. Vissa följer i intervjun journalramar, som innefattar vissa specifika frågor gällande väsentliga delar av patientens livssituation. Andra går efter egenutformade listor eller strukturer som de genom erfarenhet internaliserat. De områden som kan komma att tas upp i ett bedömningsamtal är: besöksorsak, diagnos, remiss, livssituation, utbildning, arbete, relationer, nätverk, civilstånd, sjukskrivning, fritid, ekonomi, boendesituation, tidigare behandlingar, läkemedel, alkohol, narkotika, myndighetskontakt, behovsformulering, mål, resurser, hinder, och förväntningar. Alla dessa områden behöver dock inte nödvändigt tas upp, utan det kan vara beroende av vem patienten är och/eller vad behandlaren vill lägga fokus på. I vissa fall kan denna kartläggning fortsätta över det andra och tredje samtalet. Sju kuratorer beskrev att de inledningsvis även ger en presentation av sig själva, vilken erfarenhet och utbildning de har, hur de jobbar och behandlingens praktiska ramar, i form av antal samtal och samtalstid. Ett par kuratorer nämnde detta att *sammanhangsmarkering* är viktigt, vilket innebär att både behandlare och patient berättar vilka de är, vad de ska göra tillsammans och vad detta arbete kommer att innebära. Det är alltså av största vikt att patienten får göra en presentation av sig själv och med egna ord försöka ringa in vad problemet är. Det är bra att ta reda på patientens förväntningar på behandlaren och på behandlingen, så att man utgår från samma premisser. Tre kuratorer sa att de i det första samtalet också kan utgå från remissen eller annan förhandsinformation för att stämna av med patienten, ta reda på vad det är patienten har för problematik och vad patienten själv tycker att samtalstiden ska användas till. Två kuratorer ville även be om samtycke från patienten för att kunna tala om patienten i det team de arbetade i. Sex uttryckte att patienten i det första eller andra samtalet får fylla i en skattningsskala, så att man kunde fastställa om det handlar om depression och hur allvarlig den är. Flertalet kuratorer menade dock att första samtalet i grunden handlar om att skapa en *behandlingsrelation*, eftersom denna är en förutsättning för att patienten ska kunna öppna upp sig och känna förtroende för behandlaren.

Samtliga kuratorer med KBT beskrev *problemformuleringen* som huvudsyftet under första samtalet. När man inhämtat allt material genom samtalet, och fått en bild av patientens livssituation och familj, då kan man formulera problemet och sedan även målet med behandlingen. En kurator menade att vissa patienter har väldigt klart för sig vilka specifika mål de vill uppnå, och att det då kan vara viktigt att stanna upp. Hon beskriver målformuleringsprocessen:

”Man kan diskutera att det är jättebra att det målet finns men man vill kanske ha delmål på vägen, och då brukar jag rita en trappa, det tycker jag är så bra bildligt, alltså att man kan se att man ska göra något på varje trappsteg så att man inte pressas av det här som är högst uppe”.

Samtliga kuratorer med KBT sa att man det första eller andra samtalet gör en *socialisering* av vad KBT som behandling innebär; hur man jobbar, vad man har för värderingar i terapin, hur patienten kommer få lära sig tänka och att KBT är en aktiv terapi. Första samtalet avslutas

ofta med en summering av vad som blivit sagt och hemuppgift om det finns utrymme. Ett par kuratorer menade att en vanlig hemuppgift kan vara att patienten funderar på vilka mål han har.

Tre kuratorer utan KBT benämnde intervjumaterialet *anamnes*. Den anamnes som man som behandlare tar innehåller de ovan beskrivna ämnena i journalramarna, men kan även inkludera ämnen som barndom, uppväxtförhållanden, föräldrakontakt, objektrelationer och personliga förutsättningar. En kurator beskriver första samtalet:

”När en patient kommer till mig måste jag först förstå hur problemet ser ut, vad vill patienten ha ut av samtalsbehandlingen, klarar patienten av förändringen när det gäller de förutsättningar patienten har gällande jagstyrka, jagfunktioner och allt detta”.

Ett par kuratorer menade att patienterna ofta inte själva kan sätta ord på problemet och dess orsak, men att det i anamnesen ofta kommer upp något väsentligt, ofta ett trauma, som har haft inverkan på personen. En kurator summerar första samtalet:

”Man går igenom uppväxtförhållandena och fram till dagens datum, sen ser man var ligger problemet. Och alla svar finns i intervjun. Sen sätter man upp ramar runt terapin”.

Fyra kuratorer uttryckte att det vid första tillfället är viktigt att klart uttrycka ramarna för behandlingen. Man berättar tid, antal samtal och hur man kommer gå tillväga, eftersom detta ger patienten trygghet.

Analys och tolkning: Enligt teorin för psykosocialt arbete lägger man i det första samtalet grunden för relationen, och det är då viktigt att lyssna och vara lyhörd inför hur patienten själv beskriver sitt problem och sin livssituation, något som samtliga kuratorer ansåg var viktigt. I det första bedömningsamtalet ska behandlaren försöka skapa sig en psykologisk och social helhetsbild, i vilken man sedan urskiljer de problemskapande processerna. Det är viktigt att behandlaren försöker förstå patientens tillstånd genom en *dynamisk förståelse* istället för en statisk analys som t.ex. diagnosen. Den dynamiska analysen är en kontinuerlig process som löper parallellt med behandlingen och kan ses som en cirkulär process. I en dynamisk analys försöker man analysera alla samspelande faktorer: uppväxtförhållanden, traumatiska händelser, relationer, nuvarande livssituation och hälsotillstånd (Bernler 1993). Denna dynamiska analys stämde bra in på de faktorer framförallt kuratorer utan KBT lyssnade efter i bedömningsamtalet, då uppväxtförhållanden och traumatiska händelser inte låg i fokus på samma sätt för kuratorerna med KBT. Ett par kuratorer nämnde att det i början av behandlingen är viktigt att göra en *sammanhangsmarkering*, där både behandlare och patient berättar vilka de är, vad de ska göra tillsammans och vad behandlingen kommer att innebära. Detta menar Bernler och Johnsson är viktigt så att behandlare och patient i den fortsatta behandlingen har samma utgångspunkt (Bernler och Johnsson 2007).

Enligt kognitiv teori är syftet med första intervjun eller bedömningsamtalet att behandlaren tillsammans med patienten skaffar sig en helhetsbild av patientens problem och sedan gör en *problemformulering*, något som samtliga kuratorer med KBT talade om. Under de första tillfällena brukar man även *socialisera* patienten till KBT genom att berätta den teoretiska bakgrunden, sambanden mellan hur man tanke och de känslorna man får och hur man fortsättningsvis kommer att arbeta med detta i behandlingen. Detta uttryckte alla kuratorerna med KBT att de gjorde, fast på lite olika sätt. Behandlaren måste också förklara vikten av hemuppgifterna för patienten och kan kanske redan vid första tillfället ge en hemuppgift, så

att patienten får sätt att hantera konkreta situationer. Även detta angavs av kuratorerna som en viktig punkt att avklara vid första samtalet.

7.4.2 Den fortsatta behandlingen

I den fortsatta samtalsbehandlingen utgick kuratorerna efter patientens unika problem och behov i utformningen av behandlingen. Samtliga kuratorer uttryckte att de inleder varje samtal med en återkoppling till förra samtalet, vilket innebär att man pratar om vad man gjorde, vad man kom fram till sist och även om det var något patienten varit tveksam inför eller något annat han vill fråga eller berätta. Kuratorer som gett hemuppgifter kanske sedan pratar om hur denna gick, vad som kommit fram när patienten gjort uppgiften. I början kan det finnas behov av att man informerar grundligt om vad depression är, något som åtta kuratorer klart uttryckte att de brukade göra. Ett par kuratorer menade att det kan vara viktigt att man ger kunskap om hur hjärnan fungerar, t.ex. vad som händer i hjärnan då serotonin är i obalans och hur medicinerna fungerar här. Patienten kan också få med sig BDI eller annan depressionsskattningsskala hem att fylla i, eller så fyller man i den tillsammans. En kurator brukade även bjuda in anhöriga eller viktiga personer för patienten, och arbetar på så sätt med depressionen med hjälp av hela systemet. Åtta kuratorer uttryckte att de kan använda hemuppgifter av enklare natur i behandlingen, som att patienten ska försöka komma ut i naturen, motionera, få struktur i sin vardag, umgås med familjen osv. För ett par kuratorer var gruppbehandling något som de trodde mycket på; att patienten tillsammans med andra i liknande situation utför olika aktiviteter och tillsammans får lära sig om vikten av tillräcklig sömn, kost, motion och socialt umgänge. Ett par kuratorer talade om vikten att myndigförklara patienten, att man uttryckligen säger till patienten att "du klarar det här, det är du som bestämmer i ditt liv". Sex kuratorer menade att det kan vara bra för patienten att skriva dagbok, antingen för att skapa sig en "bank" över positiva tankar, eller för att lära sig reflektera över sig själv på ett bättre sätt.

Samtliga kuratorer med KBT menade att man med patienten vanligtvis sedan skapar en punkt som är dagens arbete, och så kommer man överens om vad man ska gå tillväga. Alla med KBT brukade i den fortsatta behandlingen visa patienten ett arbetsblad eller rita på en tavla ett *kognitivt schema* eller en *situationsanalys*, som innebär att man tillsammans med patienten går in i och studerar en situation där patienten mått dåligt och fått negativa tankar. Det är viktigt att patienten förstår att de negativa tankar och känslor han får är inte bottnar i situationen, utan i hans *tolkningar* av situationen. De flesta kuratorer med KBT menade att det kan vara viktigt att prata om vad känslor är, att ha "känsloskola", och informera patienten om vad känslor fyller för funktion. Man förklarar att känslor är naturliga och finns till för människans överlevnad, t.ex. att rädsla fyller funktionen att man aktar sig för sådant som är farligt och kan skada en. Schemat visar på att tankar och känslor hänger ihop, men att de inte är samma sak. En kurator säger:

"Många gånger när man frågar någon vad kände du då, så kan dom säga jag kände mig misslyckad, och egentligen är det ingen känsla, det är en tanke om att man är misslyckad, känslan finns ju inte där, känslan kanske är rädsla eller sorg eller ilska eller så".

En kurator menade att man i samtalet försöker identifiera vilka *tankefällor* som dyker upp när man analyserar patientens tankar utifrån tankeschemat. Att en patient tror att han kommer att göra bort sig inför andra i en situation för att han t.ex. tänker att han är värdelös, är detta ett katastroftänkande. Som behandlare kan man då hjälpa patienten att tänka annorlunda, att bemöta tankarna på ett annat sätt och att resonera med sig själv på olika sätt. En kurator med KBT menade att hos deprimerade patienter kan *scheman* upplevas som ett slags inre mantra,

som om och om inuti huvudet säger till dem hur dem är eller vad de måste göra. Klassiska exempel är att patienten har *grundregler* som säger att man t.ex. måste prestera bra eller att man måste vara alla till lags. Dessa grundregler är inte lätta att ändra på, men i behandlingen kan man börja med att ifrågasätta dem och se på alternativa tankar som kan vara bättre för patienten. I detta syfte kan patienten fylla i olika tanketest och situationstest. För att hjälpa patienten att ändra sitt sätt att tänka kan man installera någon form av inre varningslampa, så att så fort dessa tankar börjar komma så kan patienten säga ”Stopp! Är det verkligen så här?”, för att på så sätt träna sig i att ifrågasätta sina tankar. Fyra kuratorer med KBT nämnde detta med att lära patienten att *vetenskapligt pröva* sina tankar, t.ex. hur sannolikt det är att man kommer att bryta ihop för att man tänker en tanke att man är värdelös. Patienten lär sig att ifrågasätta hur de tänker och tolkar situationer och att tankarna skapar reaktioner i kroppen som även påverkar beteendet. Hemuppgifter användes av alla kuratorer med KBT, och kan innebära att patienten tränar sig i att analysera och resonera med sina tankar och att träna sig i att handla på andra sätt.

Kuratorerna utan KBT menade att det är viktigt att i början av varje samtal återkoppla till det förra samtalet genom att summera och spegla hur man uppfattat det patienten berättat. Man frågar patienten om de fått några tankar eller funderingar sedan förra samtalet. Detta kan även fylla funktionen att få en röd tråd i samtalen. Ett par kuratorer menade att man ibland kan låta samtalet falla sig naturligt för att patienten ska känna sig fri att ta upp vad som än känns relevant, men att man ibland även kan komma överens om vad man ska prata om. En kurator använde en *kognitiv situationsanalys* för att kartlägga patientens tankar och känslor i en för patienten svår situation. Två kuratorer menade att det med deprimerade patienter kan vara värdefullt med att inta ”ett kognitivt förhållningssätt”, d v s att man försöker att lägga mer fokus på hur patienten tänker om saker och ting, men samtidigt att man tolkar patientens berättelser i ljuset av den *anamnes* man tagit. Vidare ansåg tre kuratorer att man måste undersöka vad patienten hade glädje av innan han blev deprimerad, för att kunna hjälpa patienten att överkomma motståndet till att ta initiativ till denna aktivitet igen, t.ex. att patienten verkligen tar sig för att träffa en vän eller går och tränar. När patienten sedan överkommit motståndet och gjort detta han tidigare kände lust inför, kommer han att må bättre och få bättre *självkänsla*. Fyra kuratorer utan KBT menade att det är viktigt för patienten att komma till *insikt* om varför han formats som han har genom uppväxt och olika trauman, och att patienten själv måste komma på hur han ska hantera detta. En kurator utan KBT menade att behandlingen i grunden handlar om att få *kontakt* med patienten. En deprimerad person kan med alla medel motsätta sig kontakt med behandlaren, eftersom *insikt* om sitt problem, vem man är och hur ens liv ser ut innebär smärta och ångest. Men som behandlare måste man framhärda och förlita sig på att alla människor i grunden har svaret inom sig och vill komma till insikt. Att släppa in behandlaren och komma till insikt innebär ofta en stor sorg för patienten, men gör att han kan gå vidare och utvecklas. Denna kurator menade att behandlingen, när kontakten är etablerad, till stor del handlar om att ur patientens berättelse se vilka faktorer och samband som skapat problemet:

”Berättelsen är ju en länk mellan det omedvetna och det medvetna. Ur berättelsen eller orden kommer insikt. Jag tolkar personens berättelse och sammanför olika händelser för att det ska bli samband mellan vad som hände då och vad som händer nu. Att återupprätta samband, det är det”.

Tre kuratorer utan KBT nämnde att ramarna kring behandlingen också var viktigt att trycka på, så att patienten kan vara trygg i att behandlingen kommer ske på samma tid, samma plats, med samma behandlare och samma behandlingssituation.

Analys och tolkning: I psykosocialt arbetssätt innebär den fortsatta behandlingen att interferera i patientens problemskapande processer på ett systematiskt, medvetet och teorianslutet sätt. Behandlingen ska ha intentionen att påverka de problemskapande processerna i en riktning som gör att dessa processer förändras till mindre problemskapande. Behandlingen kan bestå av interventioner på olika nivåer: Behandlaren åstadkommer förändringar i patientens situation genom *egen aktion*, *direkt styrning* eller *indirekt styrning* (Bernler och Johnsson 2007). Egen aktion används i samtalsbehandlingen i mindre skala, den enda tydliga egna aktionen som flera talade om var om behandlaren skriver remiss till psykiatri, då den deprimerade patienten behöver specialistvård. Att åstadkomma förändringar i patientens situation genom direkt styrning gav flera exempel på, detta kunde handla om att ge råd och hemuppgifter av olika slag: att patienten ska spendera mer tid med familjen, att gå ut och promenera ett visst antal gånger i veckan, att få rutin på sina måltider osv. Men i samtalsbehandlingen låg mest fokus på att åstadkomma förändring hos patienten genom indirekt styrning; att i samtalet och genom olika samtalstekniker hjälpa patienten att förstå hur han tänker eller få insikt om orsakerna till depressionen. Kuratorerna utan KBT arbetade i högre grad med att medvetandegöra och bearbeta centrala konflikter hos patienten. Flera kuratorer utan KBT talade även om vikten av *praktiska ramar* runt behandlingen, något som lyfts fram av Bernler och Johnsson (2007) som viktigt för patienten, eftersom bara faktumet att man får komma till samma person kontinuerligt under samma former innebär en trygghet som personen ofta inte är van vid.

Enligt kognitiv teori ska man i den fortsatta behandlingen identifiera de *samband* som finns mellan patientens tankar, känslor och livssituationen i stort och väljer därefter arbetssätt. I kuratorernas beskrivningar ser man just detta att de tillsammans med patienten försöker upptäcka automatiska tankar hos patienten som hänger ihop med känslor som vrede, sorg och ångest. Detta gjorde samtliga kuratorer med KBT genom att ta reda på hur patienten tänker i en svår situation, ofta genom situationstest eller kognitiva scheman. Kuratorerna visar visa patienten om hans problematik handlar om missanpassade scheman eller misstolkningar av situationer, och därefter väljs en kognitiv eller beteendemässig teknik som behandlaren förklarar för patienten. Flera kuratorer nämnde olika kognitiva tekniker, som *vetenskaplig prövning av tankar*, *resonerande med tankar* och *distraktionstekniker*. Strukturen på behandlingen förändras inte under behandlingen, men efter en tid skiftar man fokus mer till *innehållet* i de grundschema patienten har om sig själv och livet. Några kuratorer nämnde grundregler hos patienter som kanske säger att man måste prestera, vara andra till lags eller att man har grundschema som säger att man är värdelös, och det är ju genom dessa som patienten tolkar allting. Dessa dysfunktionella grundregler förändras till det bättre i behandlingen, vilket gör att patienten även kommer tolka situationer annorlunda och ändra sitt beteende därefter.

7.5 Teorier

Av de teorier som kuratorerna uppgav att de använde kunde ingen systematisk skillnad mellan grupperna av kuratorer ses, utöver just de teorier som ingick i de utbildningar som nio av tio hade d v s *kognitiv teori* och *psykodynamisk teori*. Samtliga kuratorer menade att de använde flera olika teorier i samtalsbehandlingen, att de arbetar eklektiskt, vilket innebär att olika teoretiska begrepp tillsammans skapar ett nytt teoretiskt perspektiv. När kuratorerna ombads nämna teorier och perspektiv som de använder i samtalsbehandlingen gavs en generös beskrivning av dessa:

- Kognitiv teori
- Psykodynamisk teori
- Teori för psykosocialt arbete
- Systemteori
- Kommunikationsteori
- Nätverksteori
- Utvecklingspsykologi
- Anknytningsteori
- Kristeori
- Sorgeteori
- Motivationsteori
- Förbindelseteori
- Genusteori
- Det salutogena perspektivet

De teorier som användes av flest kuratorer var naturligt kognitiv teori och psykodynamisk teori. Utöver detta angav sju kuratorer att de använde systemteori, sex använde teori för psykosocialt arbete och fem använde anknytningsteori. Vissa kuratorer kunde i intervjuerna tydligt redogöra för vilka teorier och begrepp de använde sig av och ge exempel på hur dessa tillämpades. En kurator med KBT arbetade t.ex. väldigt systemiskt och menade att systemteori och nätverksteori har blivit integrerat i henne och hennes eget tänkesätt, då hon har för vana att alltid bjuda in patientens nära system och arbeta med hela systemet. En kurator med KBT menade att anknytningsteori och utvecklingspsykologi är användbart när man ser till patientens historia. En kurator utan KBT menade att hon hade stor användning för teori för psykosocialt arbete och den hierarkiska systemsyn man intar i detta perspektiv, då det i behandling alltid är viktigt att få en helhetssyn på patientens problematik. Ett par kuratorer hade svårare att precisera vilka teoretiska perspektiv de använde och menade att teorierna efter lång erfarenhet internaliserats och integrerats i behandlingsarbetet på ett automatiskt sätt. Flera menade att man måste vara flexibel i behandlingen, att man inte kan applicera specifika teorier eller perspektiv på alla patienter, utan att man måste se till vad som är användbart för just denna patient, med dennes problematik och förutsättningar. En kurator med KBT sa:

”Människor är ju inte skapta på ett sådant sätt att den kognitiva behandlingen stämmer till fullo för alla, utan ofta är att det ju att det får vara en mix, och det är det som är vår styrka kan jag känna, som socionomer, likaväl som det är vår svaghet, att vi är breda. Vi är eklektiska”.

Av de fem som hade KBT-utbildning angav endast en att hon använde psykodynamisk teori, och hon var även den som hade både KBT och PDT -utbildning. Några menade att det viktigaste när det gäller teorier kanske är att man använder sig av en teori som man själv tror på att känner är rätt. En kurator uttrycker hur hon tänkte efter sin KBT-utbildning:

”Jag tänkte ungefär såhär fast jag hade ju inte direkt teorierna så strukturerade som jag fick. Jag kände att på något sätt fick jag väldigt mycket bekräftelse på hur jag hade tänkt /.../ mer struktur har det blivit i mitt eget sätt att tänka”.

Samtliga kuratorer med KBT använde som tidigare nämndes först och främst den kognitiva teorin i sitt arbete och talade således mycket utifrån begrepp som härstammade därifrån. Nästan alla kuratorer med KBT nämnde *depressionstriaden*, som i den kognitiva teorin innebär ett teoretisk tänkande kring negativa tankar, om sig själv, om andra och framtiden. Någon nämnde också *normalitetstriaden*, som visar hur tanke, kropp, situation, känsla och beteende hänger ihop. Tre kuratorer nämnde också *Padeskys ringar*; det är fyra symboliska ringar som illustrerar hur tanke, känslor, andningen och beteende, hänger ihop. Dessa kognitiva teoretiska modeller tillämpas i behandlingen genom att patienten tillägnar sig denna kunskap för att förstå sambanden mellan tanke, känsla och beteende, vilket är det centrala i kognitiv teori. Den kurator som hade både KBT och PDT- utbildning menade att hon kunde

se att både kognitiv teori och psykodynamisk teori var viktiga i samtalsbehandlingen, fast kanske på olika sätt. Hon menade att kognitiv teori innehåller många strukturerade och konkreta metoder och arbetssätt som är fungerar väldigt bra med många patienter, särskilt depressions- och ångestpatienter. Hon kunde samtidigt tycka att psykodynamisk teori innebär en mer gedigen tolkningsram att luta sig mot, något som kognitiv teori kanske inte alltid har. Hon tyckte dock inte att kognitiv teori och psykodynamisk teori behöver innebära ett motsatsförhållande, utan såg snarare att de kompletterar varandra.

Av de fem utan KBT angav tre att de kunde använda kognitiv teori i sitt arbete, två kallade detta ett *kognitivt förhållningssätt*, då man försöker kartlägga negativa tankemönster hos patienten. De kunde se att kognitiv teori var användbart just i behandlingen med patienter med depression och ångest. Samtliga fyra som hade PDT- utbildning angav att psykodynamisk teori låg närmast deras eget sätt att tänka och använde i sina beskrivningar psykodynamiska begrepp som motstånd, överföring, jagfunktioner, försvarsmekanismer, det omedvetna, objektförlost. Samtliga menade att oavsett om man kanske använder en kognitiv metod eller teknik i behandlingen, så är den psykodynamiska teorin ändå en bra grund att stå på. En uttryckte dock att eftersom socialstyrelsens nationella riktlinjer nu lägger stort värde vid KBT, har hon försökt att införliva ett kognitivt förhållningssätt i sitt sätt att arbeta också, och även valt en kognitivt inriktad handledare för detta syfte. Tre kuratorer utan KBT hade även gått korta kurser i KBT.

Analys och tolkning: Samtliga kuratorer menade att de använder ett eklektiskt förhållningssätt i sitt teorival, och de teorier som angavs mest användbara var gemensamma för många och vanliga i socionomutbildningen, nämligen teori för psykosocialt arbete, systemteori och anknytningsteori. Den eklekticism som uttrycks är kännetecknande för psykosocialt arbete, och innebär möjlighet till en bredare tolkningsram och fler begrepp. Kuratorerna använde dock först och främst de teorier som deras utbildningar grundar sig på, kognitiv teori och psykodynamisk teori, vilket uttrycks både i intervjuerna men även genom hur de beskriver genomförandet av samtalsbehandlingen. Vanligt förekommande begrepp ur kognitivt perspektiv som användes var grundantaganden, scheman, tankefallor, kognitioner, socialisering, osv. Återkommande psykodynamiska begrepp var jaget, jagfunktioner, det omedvetna, psykiska trauman, objekt, försvarsmekanismer osv. Begrepp som visar på systemteoretiskt tänkande är: system, interaktionsmönster, hierarkiska nivåer, cirkulär process. Systemtänkandet ansågs centralt av framförallt tre kuratorer, varav en familjeterapeut som har för vana att arbeta med patientens hela system. Ur teori för psykosocialt arbete användes begrepp som indirekt styrning, strategier, sammanhangsmarkering, förändringsarbete osv. Begrepp ur anknytningsteori var främst anknytning i kombination med andra uttryck, t.ex. anknytningsmönster och anknytningsprocess.

7.6 Metoder

Kuratorerna tillfrågades här om det fanns några specifika metoder eller tekniker de använde i samtalsbehandlingen. Samtliga kuratorer ansåg att man precis som med andra aspekter i behandlingssituationen måste anpassa metod och tillvägagångssätt efter patienten, och inte försöka sätta in patienten i en förutbestämd form. Ett par talade om att ett *eklektiskt förhållningssätt* i valet av metod är fördelaktig. Samtidigt uttryckte fem kuratorer att det viktigaste egentligen är att man som behandlare själv tror på den metod man använder. Vissa patienter kanske har stor nytta och behov av struktur och aktiv behandling; hemuppgifter, dagbok, speciella dagsrutiner och liknande, och då är det nödvändigt att kunna erbjuda detta. Andra patienter kanske inte tycker om eller klarar av att skriva eller har de goda kognitiva

funktioner som t.ex. det kognitiva upplägget kräver. Detta nämndes av både kuratorer med och utan KBT. Behandlaren måste kunna hitta alternativa vägar att nå fram till patienten. Metoden kan även vara beroende av hur djup depressionen är; om patienten är svårt deprimerad kan behandlingen till en början handla om att patienten överhuvudtaget ska klara av att ta sig till behandlingen; att gå upp ur sängen, sätta på sig kläder, vara i tid osv. Samtalet i sig förblir dock den viktigaste metoden, eftersom det är i samtalet patienten kommer till insikt eller lär sig att resonera med sina tankar, och detta var överensstämmande för alla kuratorer. Det kunde dock i intervju svaren urskiljas en skillnad mellan grupperna av kuratorer, då samtliga kuratorer med KBT uttryckte gemensam metodologi och samtalsteknik, medan kuratorer utan KBT gav olika svar.

Samtliga kuratorer med KBT använde både *beteende-* och *kognitiva tekniker* i behandlingen. De använde i hög utsträckning olika test, arbetsblad, skattningsskalor, ritade på tavla och använde frekvent hemuppgifter. *Kognitiva tekniker* användes för att ta fram och testa automatiska tankar och identifiera scheman. Samtliga beskrev just kognitiva *tankescheman* och *situationsanalyser* som viktiga redskap för patienten att förstå sitt depressiva tänkande. Behandlaren sätter här ord på de negativa automatiska tankarna och illustrerar hur de vanemässigt dyker upp mellan yttre händelser och personens känslomässiga relationer till dem, t.ex. genom att rita upp ett kognitivt schema eller göra en situationsanalys (Beck 2008). Fyra kuratorer med KBT nämnde en kognitiv teknik som innebär att man lär patienten att ”*vetenskapligt testa*” sina automatiska tankar som en hypotes, i det att patienten samlar data, värderar bevisen och drar slutsatser om riktigheten i sina negativa tankar. Detta gör att patienten förstår att hans synsätt kan vara långt från verkligheten innebär att han kan förkasta den gamla automatiska tanken. *Beteendetekniker* användes också, det kan handla om att patienten får lära sig *avledningstekniker*, som innebär att han lär sig att distrahera sig själv från sina negativa tankar genom att göra något annat, t.ex. fysisk aktivitet, socialt umgänge, eller arbete, vilket gör också att intensiteten i de smärtsamma känslorna minskar. *Självförtroendeträning* var också något som användes av de flesta kuratorer, och detta innebär att patienten lär sig att ta ansvar för rutinaktiviteter såsom att duscha, klä på sig, laga mat och liknande och även lär sig nya beteende i dessa aktiviteter (Beck 2008). Samtliga kuratorer med KBT brukade även använda avslappningsövningar, andningstekniker eller mindfulness i behandlingen, för att patienten skulle lära sig hur man lugnar ner kroppen när den är i ett stressat läge. En av kuratorerna med KBT arbetade med patientens hela system d v s familj eller viktiga personer i patientens omgivning, och brukade i samband med detta ofta göra *familjekartor*. Nästan alla kuratorer med KBT brukade även ge rekommendationer eller information om vikten av motion och struktur i tillvaron.

När det gäller kuratorerna utan KBT fanns några likheter med den andra gruppen. Tre kuratorer använde hemuppgifter och dagbok som metoder, främst för att patienten ska lära sig reflektera över sig själv och sitt liv bättre. En av kuratorerna använde även den kognitiva situationsanalysen som redskap. Ett par kuratorer menade att gruppsamtal och gruppaktiviteter är viktiga metoder för att patienten ska komma till insikt och aktivera sig själv. Det kan behövas att patienten får kontakt med andra som är i liknande situation och förstår att han inte är ensam med sin problematik. Här kan patienten också få möjlighet till gemenskap och delaktighet. Två så att de brukade använda sig av avslappningsövningar, mentalisering och mindfulness, då ångest ofta är nära förknippat med depression och patienten kan behöva lära sig hur man slappnar av och andas rätt. En kurator använde motiverande samtal, MI, i behandlingen för att patienten ska få det stöd och den självtillit som behövs för förändring. Ett par kuratorer menade att detta med tydliga praktiska ramar kunde ses som en metod i sig, eftersom man måste få patienten att känna sig trygg i

behandlingsituationen för att denna ska kunna öppna sig. Flera gav även konkreta råd och information om att det för patienten är viktigt att komma ut i friska luften, bli mer aktiv och få rutin i vardagen. Tre uttryckte att den enda egentliga metoden var samtalet i sig, och att då genom *insiktsskapande tekniker* göra möjlig en förändringsprocess hos patienten. Flera talade om vikten att i samtalet använda sig av spegling av patientens känslor, omformulering av det berättade genom att ge tillbaka detta i ”smält” bearbetad form och förmåga att visa patienten att man kan ”bära” det svåra som patienten delar. Det var också viktigt att genom specifika frågor få patienten att konfronteras med problemet. Ett par menade att berättandet och tilliten till behandlaren i sig leder till insikt. En kurator uttryckte:

”Processen handlar om att personen knyter an till mig. Att våga knyta an till mig och att våga separera från mig sen. Slutet är med redan från början. Det ska människan bli påmind om under hela terapin /.../ terapin fortsätter sen för dem själva, de måste ut i livet och använda sig av insikterna”.

Analys och tolkning: I kuratorernas beskrivningar av sina metoder kan man se att det finns gemensamma nämnare mellan grupperna av kuratorer, där vanliga metoder i behandlingen är dagbok, hemuppgifter, avslappningsövningar och strukturering i vardagen. I behandlingen med patienter med depression talade samtliga kuratorer om just vikten av att patienten måste aktiveras, bryta isoleringen, komma ut och röra på sig, få rutiner i vardagen och informeras om vad depressionen innebär både psykiskt och fysiskt.

Man kan dock se att metoderna hade en mer enhetlig struktur hos kuratorerna med KBT och att dessa grundade sig på både beteende- och kognitiva tekniker. Samtliga kuratorer med KBT använde kognitiva *tankescheman* och *situationsanalyser* som viktiga redskap för patienten att förstå sitt depressiva tänkande, fyra använde *vetenskaplig prövning* av tankar som metod. Beteendetekniker som *självförtroendeträning* och *avledningstekniker* användes för att patienten ska lära sig nya beteenden och undkomma de negativa tankarnas inverkan.

Kuratorer utan KBT nämnde i högre grad samtalet i sig som metod, och att man däri kan använda *insiktsskapande tekniker*. De nämnde metoder som *spegling*, *omformulering*, *härbargering* och *anknytningsprocesser* som i samtalsbehandlingen kan leda till insikt hos patienten. Och insikten leder till förändring. Detta är en tydligt psykodynamisk grundinställning till problematiken och hur man ska komma till rätta med denna.

7.7 Kunskapsbehov

Vid frågan om eventuellt kunskapsbehov hos kuratorerna svarade många att man som behandlare aldrig kan se sig vara fullärd, utan att man lär sig nya viktiga saker hela livet och måste sträva efter större kunskap hela tiden. En kurator tyckte att det är viktigt att man som behandlare inte låser fast sig vid en teori eller metod och envist håller fast vid denna, utan att man i möjligaste mån vidgar sitt spektrum och försöker vara så öppen som möjligt inför ny forskning och andra perspektiv. Flera uttryckte att de ville komplettera sin befintliga utbildning genom att gå steg 2 också. Tre av kuratorerna utan KBT uttryckte ett behov och en önskan om att få komplettera sin utbildning med en kognitiv utbildning. En kurator menade att hon kunde se ett behov av kognitivt arbetssätt med vissa patienter och uttryckte sig såhär:

”... att det skulle ha varit bra med en del patienter så, och då tänker jag på lindrigare depressioner framförallt, skulle man kunna ha använt sig av en väldigt strukturerad kognitiv behandling. Och det kan inte jag. Jag märker att det är hjälpsamt för just dem. Alltså inte,

absolut inte, när det är svårare depressioner kanske inte ens måttliga, för patienterna tar inte in detta, men när det är lindrig depression är man ju mer vaken för att ta till sig, alltså att man får verktyg kring hur man ska tänka”.

Ett par kuratorer sa att de hade velat förstå den biologiska sidan av depressionen bättre, eftersom de märker att patienter ofta är osäkra och oroliga inför hur kroppen påverkas av depressionen och ofta frågar om detta. Två kuratorer menade att de kunde se att det på vårdcentraler finns ett behov av mer samverkan med andra yrkesgrupper om patienter, så att patienten för en större helhet i sin behandling samt att alla vårdpersonal får ett starkare samarbete och större förståelse för varandras kompetens och arbetsområde. En kurator nämnde även att hon tyckte att man skulle jobba mer med videoinspelningar av samtalen också, något som ger bra utvärdering av den metodologiska sidan av behandlingen och som hon tyckte gav otroligt mycket kunskap om vad man kan göra bättre och utveckla. Flera uttryckte att handledningen var jätte viktig för ökad kunskap och förståelse av behandlingsarbetet, och uttryckte att mer tid till reflektion och diskussion om behandlingssätt och patientproblematik hade varit konstruktivt. En kurator med KBT uttryckte att även om KBT är användbart och effektivt i många behandlingar, kunde hon känna sig handfallen ibland vid svårare psykisk problematik, t.ex. vid svåra personlighetsstörningar, och menade att hon hade velat ha mer kunskap om psykiatri. En kurator utan KBT menade att hon anser det viktigt för kuratorer i framtiden att institutionen för socialt arbete hänger med i samhällsutvecklingen och uppdaterar kursupplägg och kunskap för kvaliteten och relevansen av utbildningen. Att man även skulle kunna lägga in mer konkreta kurser om hur olika typer av behandlingsarbete går till, vilka arbetssätt och metoder som finns, teoretisk bakgrund osv. Flera kuratorer menade att de hade velat ha mer tid överhuvudtaget; för reflektion, för behandlingarna, för samtalen osv.

7.8 Sammanfattande analysöversikt

För att göra den komparativa analysen av resultatet mer överskådlig har här valts att göra en sammanställning av *likheterna* och *skillnaderna* i de olika grupperna av kuratorers sätt att beskriva genomförandet av samtalsbehandlingen och centrala begrepp i de väsentligaste delarna av resultatet. De likheter och skillnader som kunde ses mellan kuratorsgrupperna gäller naturligtvis inte renodlat för alla kuratorer; det fanns ibland någon som tyckte något annat eller ett par som inte nämnde lika mycket om ett ämne än andra. Men av de likheter och skillnader som ändå kunde urskiljas ges beskrivningar nedan.

7.8.1 Likheterna – Behandlingsrelationen och Teorier

Likheterna mellan kuratorernas sätt att genomföra behandlingen var naturligt större än olikheterna, vilket ligger i arbetets natur. De tillvägagångssätt man har när det gäller behandlingens praktiska struktur och de inledande bedömningsamtalens innehåll såg ofta likadana ut för de flesta kuratorer. En stor likhet mellan alla kuratorer var även att samtliga ansåg att behandlingsrelationen var den absolut viktigaste förutsättningen för behandlingen, att denna stod över både teorier och metoder i behandlingen. Man talade om att det från behandlarens sida krävs vissa personlighetsegenskaper för att en god relation ska kunna uppstå, något som vissa benämnde kompetens. Kuratorerna talade om vikten av aktivt lyssnande, empatisk förmåga, lyhördhet, acceptans av patienten, att kunna vara närvarande här och nu, och en förmåga till hårbärgerande av patientens lidande. Att dessa egenskaper ansågs viktiga för relationsskapandet och en bra samtalsbehandling tycktes gemensamt för samtliga kuratorer. Vidare kunde även likheter ses i de teorier och eklektiska förhållningssätt som kuratorerna angav användes i samtalsbehandlingen. Kuratorerna angav utöver de teorier

som ingick i deras utbildningar (kognitiv teori och psykodynamisk teori) att de använde teorier som ingår i socionomutbildningen: systemteori, teori för psykosocialt arbete, kristeori och anknytningsteori. Detta kunde även urskiljas i olika återkommande begrepp som användes av de flesta kuratorer såsom: system, hierarkiska nivåer, livssituation, interaktionsmönster, sammanhangsmarkering, hårbärgerande förmåga, anknytning, obearbetat trauma osv.

7.8.2 Skillnaderna – Depressionens orsaker och Metoder

Skillnaderna mellan kuratorernas beskrivningar av samtalsbehandlingen kunde först urskiljas i de olika gruppernas tolkningar av depressionens orsaker. Kuratorer med KBT lade störst fokus på patientens *tankar och tankemönster*, och menade att det var detta som gav upphov till patientens depression. Flera menade dock att man inte enbart kan se till tankarna, utan att även relationer och till viss del historien kan vara viktiga aspekter. Kuratorer utan KBT, främst de fyra med PDT, uttryckte ett tydligt *psykodynamiskt synsätt* på depressionens orsaker och talade om bl.a. omedvetna objektförkluster, dåligt utvecklade jagfunktioner och psykiska trauman i uppväxten, för att visa på hur orsakerna till depressionen ligger latenta i det förflutna som obearbetade trauman. Detta är en viktig skillnad, eftersom hur man tolkar orsaken till ett problem säger något om vart du letar efter lösningarna. En annan skillnad som kunde ses mellan grupperna låg i de metoder eller tekniker som användes i samtalen för att hjälpa patienten att komma ur sin depression. Kuratorer med KBT använde *kognitiva eller beteendeariktade tekniker* för att lära patienten att ändra sina negativa tankemönster, sina grundantaganden, automatiska tankar och scheman. Detta kunde innebära att man i behandlingen illustrerade sambanden genom att rita upp tankescheman, tillsammans med patienten göra situationstest eller ge patienten specifika hemuppgifter som innebär att han tränar sig på att förändra sitt beteende i olika situationer. Kuratorer utan KBT lade mer fokus på *insiktsskapande tekniker* i samtalen, där patientens berättelser om sin levnadshistoria innehåller svaren på var problemet ligger. Mycket vikt läggs också vid att patienten ska kunna knyta an till och öppna upp sig för behandlaren och berätta om de tidiga konflikter eller trauman som lämnats obearbetade och mynnat ut i en depression. Att lita på behandlaren och att våga konfrontera de svåra känslorna av förlust innebär möjlighet till insikt och därigenom förändring.

8. Diskussion

Innan genomförandet av denna studie fanns hos mig som författare ingen fördjupad förståelse av hur samtalsbehandling med patienter med depression genomförs av kuratorer, hur kuratorers utbildning eller val av terapiform avtecknas i behandlingen eller vad kuratorerna själva anser är viktigast i samtalsbehandlingsarbetet med patienter med depression. Denna studie kan anses ha uppnått sitt syfte och besvarat sina frågeställningar på ett tillfredsställande sätt, då det i den analys av intervju svaren som systematiskt gjorts har kunnat urskiljas mönster i vissa delar av behandlingsarbetet som ger en bild av hur samtalsbehandling genomförs och vilka teorier och metoder som används. Det har även kunnat urskiljas vissa skillnader mellan kuratorsgrupperna, samt kunnat identifieras ett visst kunskapsbehov. Denna studie har därmed uppnått sina tre ansatser: att ge en *beskrivning* av kuratorernas tillvägagångssätt i samtalsbehandlingen, att *utforska* vilka begrepp och perspektiv som används i dessa beskrivningar och att göra *jämförelser* mellan de olika grupperna av kuratorers sätt att genomföra samtalsbehandling. Valet av kognitiv teori och teori för psykosocialt arbete har fungerat väldigt bra i analysen där framträdande begrepp ur dessa teorier har kunnat utvecklas, men även begrepp ur systemteori och kanske främst psykodynamisk teori, som har

visat sig vara av större betydelse. I detta avsnitt kommer de viktigaste resultaten som erhållits genom intervjuundersökningen och som besvarar studiens frågeställningar att diskuteras. Därefter kommer även förslag till vidare forskning att ges.

8.1 Diskussion av studiens resultat

I beskrivningarna av depressionstillståndet gav samtliga kuratorer en helhetsbild av depressionens uttryck, symtom och problematik i relation till detta, som framförallt handlar om ensamhet, isolering, passivitet och dålig självkänsla. Dessa beskrivningar stämmer väl överens med de diagnoskriterier som presenterades i bakgrunden, och hur depression i övrigt beskrivs i litteratur och forskning. Samtliga kuratorer resonerade kring multipla faktorer till depressionen som kunde urskiljas på *intrapsykisk, interpersonell och strukturell nivå*. De kunde se att depressionen inte alltid har en enkel statisk utgångspunkt, utan ofta innebär en samverkan mellan olika faktorer i en *spiralprocess*. I kuratorernas beskrivningar av depressionens orsaker kunde dock mer intressanta beskrivningar och tolkningar erhållas, och som även innebar vissa skillnader mellan grupperna. Kuratorerna med KBT talade framförallt om depressionens orsaker utifrån patientens tankar och hur dessa samverkar med individens känslor, kroppsreaktioner och beteende. De talade om *kognitiva scheman, grundantaganden, automatiska tankar* och *tankefällor*, vilka är begrepp ur ett utpräglat kognitivt synsätt som anger att det i grunden är det negativa tänkandet hos patienten som kommer till uttryck genom depression. Grundtanken i behandlingen är då att patienten ska bli medveten om dessa tankar, för att sedan få *beteendeinriktade* eller *kognitiva verktyg* med vilka han successivt kan göra sig av med dessa och ersätta dem med nya mer konstruktiva sätt att tänka. Kuratorer utan KBT, eller främst de fyra kuratorer som hade PDT- utbildning, talade mer om depressionen i termer av *jagfunktioner, objektförlust, psykiska trauman* och *självbilder*, vilka är utpräglat psykodynamiska begrepp. Depressionens orsaker ges större betydelse här eftersom behandlingen fokuserar på ursprunget; det psykiska trauma eller symboliska objektförlust som lämnats obearbetat under uppväxten och nu manifesterats i en depression måste kartläggas i behandlingen genom patientens berättelser. Syftet i samtalsbehandlingen är då att patienten ska komma i kontakt med detta omedvetna obearbetade trauma, och komma till *insikt* om detta traumas inverkan på honom, och i den fortsatta behandlingen bearbeta denna upplevelse för att kunna gå vidare från sin depression. Denna skillnad i fokus är relevant i o m att *genomförandet* av behandlingen tar sig olika uttryck beroende på om behandlaren ser till patientens tankar eller patientens obearbetade trauma; behandlingen kan innebära en kartläggning av automatiska tankar, grundantaganden och scheman eller en kartläggning av levnadshistorian, tidiga relationer och trauman. Om patienten antas vara deprimerad p.g.a. negativa tankar, så blir samtalet ett *medel* i vilket dessa negativa tankar ska komma fram i ljuset och förändras genom olika kognitiva och beteendeinriktade tekniker. Om depressionen istället ses som ett obearbetat trauma, kanske de negativa tankarna bara är vidare *symtom* på depressionens grundorsak nämligen det obearbetade traumat. Samtalet i sig är då *målet* i behandlingen. Om man tvärtom börjar leta i patientens förflutna för att hitta ett obearbetat trauma eller en objektförlust, och inte finner något speciellt av denna typ, hade det kanske varit mer konstruktivt att försöka arbeta konkret med att förändra patientens negativa tänkande.

I resultat- och analysavsnittet presenterades under rubriken ”behandlingsprocessen” första samtalet och den fortsatta behandlingen, för att på ett överskådligt sätt redogöra för hur samtalsbehandlingen olika steg ser ut. I denna beskrivning framkom att samtliga kuratorer anser det första samtalet vara ett bedömningsamtal, där man genom en intervju får kunskap om väsentliga delar av patientens liv för att få en helhetssyn på patientens problematik. Dessa ämnen kunde se lite olika ut bland kuratorerna, och kuratorer utan KBT lade mer fokus vid

historia och tidiga relationer. Problem- och målformulering var viktigt för de flesta, men var mer uttalat för KBT-kuratorer. Den fortsatta behandlingen uttrycktes lite olika av de två grupperna. Medan KBT-kuratorer arbetade med att identifiera negativa automatiska tankar, ha känslolösa, eller göra situationstest, så menade flertalet av kuratorer utan KBT att samtalsbehandlingen handlade om att genom insiktsskapande tekniker få patienten att komma till insikt. Här fortsätter de skillnader som gör sig gällande redan i definitionen av patientens problem och orsak till problem. Hur man uppfattar problemet ger "lösningen" på problemet. När det gäller teorierna kunde ingen skillnad ses mellan grupperna utöver de teorier som de förvärvat i sina utbildningar. Vanligt förekommande teorier var teorier som ingår i socionomutbildningen: systemteori, teori för psykosocialt arbete, kriteori och anknytningsteori. När det gällde användandet av metoder kunde en skillnad mellan grupperna ses främst genom att kuratorer med KBT uttryckte gemensamma metoder och tekniker som de använde i behandlingen, och som är väldigt strukturerade och tydliga i syfte och funktion. Det kunde handla om kognitiva tekniker såsom tankescheman, situationsanalys eller vetenskaplig prövning av tankar. Det kunde även handla om beteendearbetade tekniker såsom självförtroendetekniker och distraktionstekniker. Det kunde även vara strukturerade hemuppgifter där patienten får öva på att resonera med sig själv och träna på nya sätt att tänka och bete sig. Denna kognitiva metod ger en väldigt konkret bild av hur patienten ska gå tillväga i behandlingen, vilket också tydligt förklaras av behandlaren på olika sätt. Kuratorer utan KBT ger en lite mer otydlig metodologisk bild, då *samtalen* är den främsta metoden i sig och där patienten ska *komma i kontakt* med sina obearbetade trauman och *komma till insikt* om dess inverkan på patientens liv. Denna samtalsmetod ger inte ett lika strukturerat och överskådligt intryck som det kognitiva upplägget, vilket naturligtvis inte behöver betyda att metoden är mindre effektiv eller värdefull för patienten.

I resultaten från hur kuratorerna beskrev relationens betydelse för behandlingen och hur en god behandlingsrelation kommer till stånd fanns en stor konformitet i svaren. Samtliga kuratorer ansåg att relationen är det mest centrala i behandlingen, att den står över teorier och metoder, och att det är upp till behandlaren att skapa en god relation. Det gavs en nyanserad men samstämmig bild av hur en god behandlingsrelation uppstår och flera talade om behandlarkompetens utifrån personlighetsegenskaper som *empati*, *lyhördhet* och *acceptans*. Detta stämmer bra med hur forskningen ser ut, där egenskaper som värme, empati och äkthet anses mest väsentliga hos behandlaren.

När det gäller kuratorernas kunskapsbehov gav tre kuratorer utan KBT uttryck för en önskan om att få något slags KBT-utbildning. En kurator menade att hon kan se att behovet av kognitiva tekniker finns hos en del depressionspatienter, som hade tjänat på att få ett mer strukturerat och handfast sätt att hantera sin depression. En annan kurator menar att socialstyrelsens nationella riktlinjer som uttrycker att KBT bör användas i högre utsträckning i primärvården visar på ett behov av anpassning i arbetssätt i behandlingsarbetet, och menar att hon gärna skulle vilja komplettera sin tidigare utbildning med en kognitiv i detta syfte. En tredje, som inte hade någon terapiutbildning alls, menade att hon kunde se att den kognitiva utbildningen hade varit användbar i behandlingsarbetet, men kanske i konkurrenssyfte också, då kuratorer med KBT-utbildning kan komma att efterfrågas i högre grad än kuratorer utan. Att socialstyrelsen har kommit med rekommendationer om ökad användning av KBT verkar alltså ha inverkan på kuratorernas synsätt på olika sätt, och att behov av KBT-utbildning finns i viss utsträckning. Man kan då undra hur detta behov ska tillgodoses. Ska primärvården se till att de kuratorer som inte har KBT får denna utbildning, eller ska detta ligga på eget initiativ och på egen bekostnad? Kan det finnas möjlighet att ge speciella kurser i kognitiv metodologi anpassad till sjukdomstillstånd där denna terapiform har visat sig vara mest användbar, d v s

depression och ångesttillstånd? Som tidigare nämnts i forskningskapitlet kan det vara bra att ifrågasätta kriterierna för fastställandet av dessa riktlinjer och hur konstruktiva de är för behandlingsarbetet i primärvården. Som Johansson (2008) diskuterade kan det faktiskt finnas andra generella faktorer som är mer väsentliga i behandlingsarbetet med psykisk sjukdom än terapiformen, såsom *den terapeutiska relationen* och *terapeutkompetens*. Kanske är det viktigare med en kompetent behandlare och en fungerande behandlingsrelation än en specifik terapiform? Det kan tyckas orimligt att ett sådan stark tyngd ska ligga på vilken terapiform som används i behandlingen, särskilt om det nu är så att både KBT och PDT har vetenskapligt stöd i forskning. Det kan vara så att KBT fungerar bättre just med patienter med depression och ångestproblematik, eftersom dessa är relativt ”enkla” tillstånd där patienterna kan behöva tydlig struktur och konkreta redskap för att kunna ta sig ur sitt tillstånd. Och PDT kanske fungerar bättre med svårare psykiatriska diagnoser där patienten behöver mer tid och där det kan vara mer användbart med insiktsbetonade samtal. Men det kan vara nödvändigt att fråga sig hur man på politisk nivå resonerar om varför just KBT ska införas i större utsträckning i primärvården nu, utöver faktumet att det har vetenskapligt stöd i forskningen. Kanske finns det, precis som en kurator nämnde, en utbredd uppfattning om att KBT är en så pass kort korttidsterapi som innebär att patienter blir ”friska” på bara några samtal? Detta är i sådana fall en grov förenkling av terapin, och som inte gynnar patienterna i det långa loppet. Flertalet kuratorer uttryckte snarare behov av mer tid och utrymme för reflektion och samverkan med andra yrkesgrupper kring patienten och dennes problematik och mer tid till handledning.

8.2 Förslag till vidare forskning

Denna studie har visat på hur kuratorer med och utan KBT-utbildning genomför samtalsbehandling med patienter med depression i primärvården, och av studiens resultatredovisning och analys kunde viktiga aspekter av samtalsbehandlingen urskiljas; definition av depressionens orsak, metoder i behandlingen och behandlingsrelationens behandlaregenskapers betydelse i behandlingen. Framtida forskning kommer antagligen fortsätta visa intresse för terapiformen som avgörande faktor för behandlingseffekten, varför det hade varit intressant att här göra mer renodlade kvantitativa jämförande studier mellan olika terapiformer. Jag anser dock att mer forskning borde läggas på att utreda vad terapeutkompetens kan innebära och ha för inverkan på behandlingsresultaten.

Referenser

- Addis, J, Dimidjian, M. E.(2006).Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(4), 658-670
- Andersson, G. (2007) *Ut ur depression och nedstämdhet med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Viva.
- Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953–959.
- Beck, A.T. (2008) *Cognitive therapy for depression*. Barlow, D. (red) Clinical handbook of psychological disorders. New York: The Guilford press.
- Bernler, G., Johnsson, L.& Skårner, A. (1993) *Behandlingens villkor: om relationen och förväntningarna i det sociala arbetet*. Stockholm: Natur och kultur.
- Bernler, G., Johnsson, L. (2001): *Teori för psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur och kultur.
- Cullberg, J. (2005) *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och kultur.
- Durham R.C, Murphy, T., Allan T (1994) Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *Journal of Psychiatry*, 165, 315
- DÉlia, G. (2004) *Kognitiv psykoterapi i primärvården*. Stockholm: Natur och kultur.
- Fahlén, T. (2003) *Vägen tillbaka. Information till patienter och anhöriga om depressioner och depressionsbehandling*. Malmö: Duro grafiska.
- Elkin, B. F., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, T. M., Dobson, K. S., et al. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67, 837–846
- Gloaguen, V., Cottraux, J., & Cucherat, M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of affective disorders*, 49, 59–72.
- Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Amsterdam, J.D., Salomon, R.M., Reardon, P.O., et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depression. *Archives of general psychiatry*, 62, 417–422.
- Johansson, H. (2006). *Terapeutisk allians i allmän psykiatrisk vård*. Doktorsavhandling, Department av psychology: Lund.
- Kvale, S. (2008) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kåver, A. (2006) *KBT i utveckling: En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och kultur.

Larsson, S., Lilja, J. & Mannheimer, K. (2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Laidlaw, K., Thompsson, L.W., Gallagher-Thompsson, D. & Dick-Siskon, L. (2003). *Cognitive behavior therapy with older people*. New York: John Wiley and sons.

Leichsenring, F., Rabung, S. (2008) *Effectiveness of long-term Psychodynamic psychotherapy: A metanalysis*. *Jama* 2008;300(13):1551-1565

Lundin, A, Benkel, I, de Neergard, G, Johansson, B. Marie. & Öhrling, C (2007): *Kurator inom hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.

Milne, D., Baker, C., Blackburn, I.-M., James, I., Reichelt, K. (1999). Effectiveness of cognitive therapy training. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30, 81–92.

SBU (2003). *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport 167. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

SBU (2004). *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt* SBU rapport 166. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*.

Svenning, C. (2003) *Metodboken: Samhällsvetenskaplig metod och metodutveckling. Klassiska och nya metoder i informationssamhället*. Eslöv: Lorentz förlag.

Thurén, T. (2007) *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Liber.

Trepka, C., Rees, A., Shapiro, D. (2004). Therapist competence and outcome of cognitive therapy for depression cognitive therapy and research. Vol 28(2), pp. 143-157

Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 114, 248–265.

Internetkällor

Ankarberg, P. (2006). Starkt vetenskapligt stöd för psykodynamisk psykoterapi: En kontinuerligt uppdaterad översikt av forskningsläget.

Wilczek, A. (2006) Evidensläget: Psykoterapi har effekt, men flera frågor är obesvarade.
http://www.delphiinstitutet.se/admin/filer/Psykoterapiforskning_Wilczek.pdf

www.vr.se

Bilaga 1

Intervjuguide

Introduktion

Presentation av syftet med studien och vad intervjun ska handla om. Ger en överblick av intervjun; vilka ämnen som kommer att belysas och i vilken ordning. Deltagaren ombeds fylla i blankett om informerat samtycke.

Bakgrund

- Hur lång erfarenhet har du av att arbeta som kurator?
- Vilken utbildning har du?

Patienter med depression

- Hur skulle du beskriva patienter med depression utifrån deras problemområde och hjälpbehov?

Samtalsbehandlingsramar

- Hur många samtalstillfällen brukar samtalsbehandlingen vanligtvis innehålla?
- Hur lång tid är samtalen?

Samtalens innehåll

- Hur ser det första samtalet ut mellan dig och patienten?
- Vad ger du för information till patienten om samtalsbehandlingen vad gäller syfte, mål och tillvägagångssätt?
- Finns det några specifika ämnen som du tycker är viktigt att behandla i samtal med patienter med depression? Vilka?
- Finns det något speciellt du brukar lyssna efter i patientens berättelser om sig själv och sin situation?
- Finns det någon medveten struktur på samtalen? Ge exempel!
- Hur förbereder du patienten på avslutet av kontakten? Hur genomför du avslutet?

Behandlingsrelationen

- Hur viktig är relationen för behandlingen? Hur försöker du skapa en bra relation mellan dig själv och patienten?

Teorier och metoder

- Finns det några speciella teorier och begrepp som du anser är av särskilt värde i samtalsbehandlingen? Kan du ge exempel på hur dessa är användbara?
- Finns det några metoder eller tekniker du använder dig av i samtalsbehandlingen? Kan du ge exempel på hur du använder någon?

Kunskap

- Finns det något du skulle vilja få utökad kunskap om när det gäller samtalsbehandling med patienter med depression?

Övrigt

- Är det något som du vill tillägga som vi inte har tagit upp?

Bilaga 2

Informerat samtycke

Information

Jag heter Lisa Hanquist och studerar sjätte terminen på Socionomprogrammet vid Institutionen för socialt arbete på Göteborgs Universitet. Jag skriver nu C-uppsats och min studie fokuserar på hur kuratorer i hälso- och sjukvården, med och utan kognitiv beteendeterapiutbildning, bedriver samtalsbehandling med patienter med depressioner. Som deltagare i denna studie kommer du att bli intervjuad om ditt sätt att genomföra samtalsbehandling och vilka teorier och metoder du använder dig av. Jag kommer även att ställa frågor om vilka eventuella kunskapsbehov du upplever finns. Under denna forskningsprocess följer jag Vetenskapsrådets forskningsetiska riktlinjer och principer. Som deltagare är du anonym och allt material kommer att behandlas konfidentiellt. Det samlade materialet kommer endast att presenteras i min uppsats. Deltagandet är frivilligt och du kan närsomhelst välja att avbryta din medverkan utan att motivera varför.

Informerat samtycke

- Jag har blivit informerad om hur studien kommer att genomföras och presenteras.
- Jag samtycker till att delta i studien och bli intervjuad.
- Jag är informerad om att deltagandet är frivilligt och att jag närsomhelst kan avbryta min medverkan utan att motivera varför.
- Jag är medveten om att jag i studien kommer att vara anonym.

Göteborg

Datum:

Underskrift

Namnförtydligande