

**Att utveckla gemenskap vid relationell ovisshet och emotionell instabilitet:
En kvalitativ studie om upplevelsen av gruppsammanhållning för patienter i dialektisk
beteendeterapi med borderline personlighetssyndrom**

Alex Jönsson och Martin Thunell

Institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete

Örebro universitet

PS3111: Psykologi, avancerad nivå, Examensuppsats

Jan Carlsson

1 juni 2021

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka upplevelsen av gruppsammanhållning i dialektisk beteendeterapi vid behandling av borderline personlighetssyndrom. Utifrån detta syfte formulerades frågeställningarna: Hur beskriver BPS-patienter sin upplevelse av gruppsammanhållning vid dialektisk beteendeterapi som behandlingsmetod vid borderline personlighetssyndrom? Vilka teman uppstår vid beskrivning av upplevelsen? Vilket kärntema kan användas för att förstå gruppsammanhållning utifrån patientperspektivet?

Nio deltagare rekryterades och intervjuades angående deras erfarenheter av gruppsammanhållning i DBT-grupper och intervjuerna analyserades med induktiv tematisk analys. Av analysen kunde fyra huvudteman som beskriver upplevelsen av gruppsammanhållning identifieras: trygghet, socialt samspel, emotionell påverkan och kontext för behandling. Samverkan mellan dessa fyra huvudteman sammanfattades i ett kärntema: Den komplexa processen att utveckla gemenskap vid emotionell relationell ovisshet och emotionell instabilitet. Av denna studie framkommer det att detta kärntema utgör en teori som möjliggör förståelse för och förklarar upplevelsen av gruppsammanhållning.

Nyckelord: Dialektisk beteendeterapi, Borderline personlighetssyndrom, gruppsammanhållning, induktiv tematisk analys

Innehållsförteckning

INLEDNING	5
Borderline personlighetssyndrom	5
Översikt av psykoterapeutisk behandling av BPS	7
Dialektisk beteendeterapi	8
Färdighetsträning i DBT	9
DBT-behandling och dess effektivitet.....	10
Förändringsfaktorer vid gruppterapi	11
Gruppsammanhållning	11
Gruppsammanhållningens funktion och struktur.....	13
Definition av gruppsammanhållning.....	14
Definition av upplevelse.....	15
Sammanfattning.....	16
Syfte och frågeställning.....	16
METOD	17
Metodval.....	17
<i>Tematisk analys</i>	17
Tillvägagångssätt	18
Urval och deltagare	18
Datainsamling	19
Dataanalys	21
Författarnas förförståelse och process.....	23
Etiska överväganden	24
RESULTAT	26
Huvudtema 1 – Trygghet.....	27
Subtema 1.1: Förståelse.....	29
Subtema 1.2: Gruppklimat.....	29
Subtema 1.3: Gemensam värdegrund.....	30
Huvudtema 2 - Socialt samspel	30
Subtema 2.1: Bemötande.....	32
Subtema 2.2: Relationellt förtroende	32
Subtema 2.3: Hjälpa varandra.....	33
Subtema 2.4: Terapeutinterventioner	34

ATT UTVECKLA GEMENSKAP VID EMOTIONELL INSTABILITET	4
Huvudtema 3: Emotionell påverkan	34
Subtema 3.1: Affekt	35
Subtema 3.2: Konflikt	36
Subtema 3.3: Förväntningar	36
Subtema 3.4: Symtomintensitet	37
Huvudtema 4 – Kontext för behandling	37
Subtema 4.1: Yttre påverkansfaktorer	38
Subtema 4.2: Kontrakt	39
Subtema 4.3: Gruppsammansättning	39
Subtema 4.4: Stabilitet	40
Kärntema: Den komplexa processen att utveckla gemenskap vid relationell ovisshet och emotionell instabilitet	40
DISKUSSION	42
Gruppsammanhållning, terapeuter och påverkan av tid	43
Gruppsammanhållning och BPS	44
Gruppsammanhållning och DBT	46
Metoddiskussion	49
Framtida forskning	52
Kliniska implikationer	54
Sammanfattning	54
REFERENSER	56
BILAGOR	61
Bilaga 1 – Intervjuguide	61
Bilaga 2 – Mail – rekrytering	62
Bilaga 3 – Rekryteringsblad	63
Bilaga 4 – Samtyckesdokument för deltagande i forskningsstudie	64
Bilaga 5 – Förförståelse	66

Den komplexa processen att utveckla gemenskap vid emotionell relationell ovisshet och emotionell instabilitet

Studien syftar till att utforska upplevelsen av grupsammanhållning i dialektisk beteendeterapi (DBT) som behandlingsmetod vid borderline personlighetssyndrom (BPS). Patientgruppen är av intresse för författarna då diagnosen karaktäriseras av emotionell instabilitet, relationella svårigheter och förvrängd självbild (American Psychiatric Association, 2013). Gruppterapi och gruppmoment vid psykologisk behandling förekommer i svensk vårdkontext och rekommenderas av Socialstyrelsen vid flera psykiatriska diagnoser såsom alkoholism, sociala svårigheter och BPS (Socialstyrelsen, 2019a, b, d). BPS har beskrivits som ett svårbehandlat syndrom och modern forskning indikerar att DBT är en effektiv behandlingsmetod som kan inkludera gruppmoment (Linehan & Linehan, 2015). Tidigare forskning antyder att god grupsammanhållning ökar möjligheterna för positiv förändring vid gruppbehandling (Burlingame et al., 2018). Författarna har valt att fokusera på grupsammanhållning vid behandling av patienter med BPS som går i DBT-behandling och dessa begrepp presenteras nedan.

Borderline personlighetssyndrom

I svensk vård används två diagnostiska manualer: ICD-10 (Socialstyrelsen, 2021) används för diagnostik (Socialstyrelsen, 2019e) och DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). I denna studie kommer benämningen och definitionen från DSM-5 primärt användas, det vill säga *Borderline personlighetssyndrom* (BPS; American Psychiatric Association, 2013). Benämningen kommer användas synonymt med *Emotionellt instabil personlighetsstörning* (EIPS; Socialstyrelsen, 2021). Beskrivningarna av diagnosen är snarlika i båda manualer och är centrerad kring en instabil inre värld i kombination med yttre destruktiva beteenden som orsakar lidande för individen. ICD-10 beskriver personer med detta syndrom som impulsiva och med bristande konsekvenstänk i kombination med affektiv

instabilitet (Socialstyrelsen, 2021). DSM-5 konkretiserar syndromet ytterligare och presenterar nio kriterier, varav fem måste uppfyllas för att en individ ska få diagnosen. DSM-5 beskriver att individer med diagnosen till varje pris undviker att bli övergivna och att rädslan för att bli övergiven kan vara såväl som reell som imaginär (American Psychiatric Association, 2013). Individens rädsla för att bli övergiven påverkar hur hen upplever relationer, som ofta är av stormig karaktär, enligt både DSM-5 och ICD-10. Den ofta stormiga inre och yttre världen kan, enligt dessa manualer, leda till negativ självbild, känsla av meningslöshet och ångest. Både ICD-10 och DSM-5 karaktäriserar patientgruppen som att vara i riskgrupp för självskadebeteende, aggressivt beteende och suicidalitet (Socialstyrelsen, 2021; American Psychiatric Association, 2013). Enligt DSM-5 genomför 8–10% av populationen suicid och det är vanligt med hot om eller försök till suicid (American Psychiatric Association, 2013).

Orsaken till att BPS är komplex och stora skillnader mellan individer kan förekomma i hur syndromet utvecklas. Återkommande är dock att personer med BPS kännetecknas av ett mönster av instabilitet i personliga relationer (American Psychiatric Association, 2013; Barlow, 2014). Enligt American psychiatric association (2013) finns en förhöjd risk för syndromet hos personer vars föräldrar har syndromet jämfört med normalpopulationen, vilket innebär att det finns en ärftlig komponent i utvecklandet av syndromet. Fonagy et al., (2017) presenterar att 40–50% av uppkomsten av BPS går att koppla till genetik och 50–60% går att koppla till miljöfaktorer. Vidare presenteras resultat som ytterligare ökar komplexiteten kring utveckling av BPS, där vissa studier kopplar det till tidiga relationella trauma (Schore, 2002), och andra till anknytning (Fonagy et al., 2003). Konsensus kring hur diagnosen utvecklas saknas.

Andelen personer i befolkningen som uppfyller kriterierna för BPS skiljer sig markant mellan olika källor. Enligt DSM-5 är andelen 1.6% men det presenteras även att denna siffra

kan vara underdriven (American Psychiatric Association, 2013). Inom psykiatrisk verksamhet kan förekomsten av BPS hos patienter vara så hög som 20% (American Psychiatric Association, 2013). Av de som diagnosticeras med BPS är en majoritet kvinnor (American Psychiatric Association, 2013).

Vid behandling av BPS används både farmakologisk behandling och psykoterapeutisk behandling. Vid farmakologisk behandling av BPS uppmanar Neacsiu och Linehan (2014) till försiktighet. Viss effekt kan påvisas till följd av farmakologisk behandling men patientgruppen beskrivs ha stora svårigheter med att följa rekommendationer för behandling samt vara i riskgrupp för att använda medicin på ett inkorrekt sätt (Neacsiu & Linehan, 2014). Den dokumenterade nyttan med farmakologisk behandling kommer bäst till sin rätt i kombination med annan, psykoterapeutisk behandling.

Översikt av psykoterapeutisk behandling av BPS

Behandling av BPS har varit ett intresseområde för psykoterapi och olika tillvägagångssätt har presenterats för att hjälpa patientgruppen. Otto Kernberg utvecklade en behandlingsmetod, benämnd överföringsfokuserad psykoterapi, ur ett psykoanalytiskt objektrelationsteori bygge (Kernberg, 1986). Behandlingsmetoden utvecklades för att behandla vad Kernberg (1986) benämnde som patienter med borderline personlighetsorganisation. Under två till tre sessioner i veckan utforskas oförenliga tankar, relationellt motsägelsefulla förhållningssätt och emotionell instabilitet kopplade till dessa klyvningar (Kernberg, 1986). Utöver Kernbergs behandlingsmetod för BPS har ytterligare behandlingsmetoder vidareutvecklats i psykodynamisk tradition. I den psykodynamiska behandlingsmetoden mentaliseringsbaserad terapi (MBT) ligger fokus på patientens anknytningsmönster och hur detta påverkar mentaliseringsförmåga samt emotionsreglering (Morberg Pain et al., 2018). MBT har både inslag av individualterapi såväl som gruppterapi.

BPS har även behandlats inom i en kontext av kognitiv beteendeterapi (KBT). I KBT konceptualiseras BPS som svårigheter med tankars innehåll och strukturen av dessa tankar. Vid behandling av BPS med KBT ligger fokus på kognitiv omstrukturering i kombination med att hjälpa patienten att utveckla meningsfulla, stöttande relationer (Neacsiu & Linehan, 2014).

Marsha Linehan, som är grundare av DBT som behandlingsmetod, har beskrivit sina egna erfarenheter av suicidalitet, emotionell instabilitet och dess behandlingsformer (Carey, 2011). Linehans samlade erfarenheter mynnade ut i att de etablerade behandlingsmetoderna hon erbjöds var otillräckliga, vilket hon också hypotiserade var fallet även för andra patienter med liknande erfarenheter. Linehan menade att det fanns behov av en ny behandlingsform för suicidbenägna patienter (Carey, 2011). Detta behov ledde till att Linehan började utveckla en egen behandlingsmetod: DBT. DBT är ett behandlingspaket med inslag av gruppterapi som utvecklats för att behandla suicidalitet hos patienter diagnostiserade med BPS (Linehan & Linehan, 2015). Genom att fokusera på validering och acceptans samt att främja ett dialektiskt synsätt kan patienten få hjälp med att jobba både målfokuserat och utforskande (Linehan & Linehan, 2015). DBT är en av få behandlingar som rekommenderas av Socialstyrelsen vid behandling av BPS (Socialstyrelsen, 2019d).

Dialektisk beteendeterapi

Dialektisk beteendeterapi har utvecklats från KBT av Marsha Linehan och har tre utgångspunkter: beteendevetenskap, dialektisk filosofi och zenbuddistisk tradition (Neacsiu & Linehan, 2014). Metoden utgår ifrån ett biosocialt och dialektiskt synsätt. Den biosociala modellen, som används i DBT, tillhandahåller en förklaringsmodell för hur svår dysreglering av känslor utvecklas på grund av biologisk sårbarhet i kombination med sociala aspekter, exempelvis vårdnadshavares oförmåga att tillgodose sitt barns behov (Linehan & Linehan, 2015). Ett dialektiskt synsätt beskriver att världen och dess betingelser inte är svartvita.

Dialektik innebär att undvika att se människor som statiska och istället fokusera på den komplexitet som föreligger samt i vilken kontext någon verkar, exempelvis att en person kan vara både ond och god samtidigt (Kåver & Nilsson, 2002). I en dialektisk värld behöver människor vara anpassningsbara och ha förmågan till att se sin omgivning utifrån flera perspektiv för att förstå både sig själv och andra.

I DBT är fyra områden i fokus för att skapa en god behandling för BPS: individualterapi, färdighetsträning (som ofta bedrivs i grupp), telefonkonsultation och teamhandledning för terapeuten. Då denna uppsats ämnar undersöka gruppssammanhållning kommer fokus nedan vara på färdighetsträningsmomentet, som rekommenderas att bedrivs i grupp (Linehan & Linehan, 2015).

Färdighetsträning i DBT

Färdighetsträning i DBT består av fyra delar: 1. medveten närvaro, 2. interpersonell effektivitet, 3. emotionsreglering och 4. att stå ut i och hantera en kris. Linehan och Linehan (2015) framhåller att det finns en rad fördelar med att bedriva färdighetsträning i grupp snarare än individuellt. Exempelvis kan terapeuten ta vara på de relationer som uppstår i gruppen och använda dem som terapeutiskt innehåll. Det nämns även att behandla i grupp är mer effektivt än att behandla enskilt och för klienten finns det stora vinningar i att kunna ta hjälp av andra med liknande svårigheter som de själva upplever. I en svensk vårdkontext rekommenderas att DBT-behandling för BPS innehåller gruppmoment (SBU, 2005). Nedan listas de olika modulerna som ingår i färdighetsträningen i DBT:

1. Modulen för medveten närvaro syftar till att ge deltagarna verktyg att kunna uppleva och betrakta såväl sin omgivning som sitt känsloliv på ett icke-dömande sätt, utan partiskhet och med nyfikenhet. Modulen för medveten närvaro presenteras ofta först för personer i DBT-behandling, då Linehan och Linehan (2015) menar att kunskaper i medveten närvaro är nödvändiga för att kunna ta till sig av efterföljande moduler.

2. Instabila relationer är vanligt bland patienter med svårigheter att reglera känslor. Detta riskerar att resultera i instabila, konfliktfyllda relationer som patienterna i DBT ofta ändå har svårt att släppa taget om. Träning i att skapa och underhålla relationer inkluderas därför som den andra färdighetsträningsmodulen i DBT och denna modul kallas interpersonell effektivitet (Linehan & Linehan, 2015).

3. Den tredje färdighetsträningsmodulen behandlar förmåga till emotionell reglering. I denna modul inkluderas dels träning i att känna igen och reglera känslor men även träning i att sätta ord på känslor och hur man kan förhålla sig till dem när de påverkar en situation (Linehan & Linehan, 2015).

4. Den fjärde modulen syftar till att ge deltagaren i DBT färdigheter för att stå ut i och hantera en kris (Linehan & Linehan, 2015). Modulen syftar även till att patienten ska lära sig att stå emot impulser som inte är adaptiva. Kriser som kan behöva hanteras kan exempelvis vara impuls att självskada, tankar eller önskan om att inte leva och även försök till suicid.

DBT-behandling och dess effektivitet

Effekten av DBT har undersökts i empirisk litteratur. Linehan et al. (2006) undersökte effekten av DBT i en randomiserad kontrollerad studie med kvinnliga deltagare som genomgick DBT i en öppenspsykiatrisk vårdkontext. I denna studie framgick att DBT är en effektiv behandlingsmetod för att signifikant minska försök till suicid bland deltagare och även signifikant minska behovet av inläggning på psykiatriska vårdenheter. En signifikant skillnad fanns mellan deltagare som genomgick DBT och deltagare som mottog en kontrollbehandling som bestod av kognitiv beteendeterapi som tillhandahölls av erfarna terapeuter. I denna studie mottog deltagarna en standardiserad DBT-behandling som utformats i enlighet med DBT-manualen (Linehan et al., 2006; Linehan & Linehan, 2015).

I en randomiserad kontrollerad studie av Soler et al. (2009) genomgick deltagarna en modifierad version av DBT, där deltagarna behandlades med enbart DBT-modulen

färdighetsträning, beskriven ovan. Resultaten jämfördes med en kontrollgrupp som erbjöds gruppterapi för BPS. Deltagare som mottog färdighetsträning deltog i större utsträckning i hela behandlingen. Deltagare i färdighetsträning visade även signifikant bättre resultat vid utvärdering av psykopatologi, BPS inkluderat (Soler et al., 2009).

Förändringsfaktorer vid gruppterapi

Begreppet grupsammanhållning populariserades av Irvin Yalom och Modyn Leszcz (2005). I syfte att identifiera generella, goda förutsättningar för gruppterapi formulerade Yalom och Leszcz (2005) terapeutiska faktorer som syftar till den process genom vilken förändring sker. Elva olika terapeutiska faktorer beskrivs ligga till grund för komplexa och invecklade mellanmänniska faktorer som uppstår i gruppterapi. Dessa är: *hoppningivning, generaliserbarhet, rådgivning, altruism, relationsmönster, utveckling av socialiserande, imitativt beteende, interpersonell inlärning, grupsammanhållning, katarsis och existentiella faktorer* (Yalom & Leszcz, 2005). Bland dessa faktorer är grupsammanhållning inkluderat. I denna studie är fokus på just faktorn grupsammanhållning vilken beskrivs nedan.

Grupsammanhållning

I en omfattande metaanalys av Burlingame et al. (2018) granskades artiklar som utvärderade grupsammanhållning. Studierna som utvärderades var av blandad karaktär och granskade inte en specifik diagnos eller patientgrupp. Syftet med artikeln var att skapa förståelse om hur grupsammanhållningens struktur och kvalitet påverkar utfallet av gruppbehandlingar. Struktur syftar till de mellanmänniska relationer som uppstår mellan gruppdeltagare samt relationen mellan gruppen och terapeuter. Kvaliteten på dessa relationer syftar till hur väl man knyter an emotionellt, affektivt och interpersonellt. Resultaten indikerade att god grupsammanhållning påverkar behandlingsresultatet positivt, oberoende av patientgrupp (Burlingame et al., 2018). Vidare indikerade resultaten sex olika signifikanta faktorer som påverkade grupsammanhållningen och behandlingsresultatet: interventioner

med syfte att öka gruppsammanhållning, teoretisk inriktning, grupptyp, betoning på gruppinteraktion, antal grupp-sessioner och val av resultatmått (Burlingame et al., 2018). Trots det positiva resultatet indikerar detta ett behov av standardiserad forskning på ämnesområdet, då flera av dessa variabler påverkar hur behandlingsresultatet utvärderas.

För att undersöka hur gruppsammanhållning påverkar utfallet av en behandling över tid genomförde Bonsaksen et al. (2013) en longitudinell studie. I denna studie formuleras gruppsammanhållning som en arbetsrelation som uppstår i behandling utifrån tre komponenter: aktivt deltagande i gruppterapin, konflikt och konflikthantering mellan gruppdeltagare och undvikande av gruppterapin. Bonsaksen et al. (2013) menar att aktivt deltagande var en viktig faktor för förändring och att högt undvikande av gruppmoment gav ett negativt utfall för behandlingen. Utifrån resultaten är det viktigt att hjälpa patienter att aktivt delta i gruppmoment och ta tillvara på grupprocessen, då dessa faktorer visade sig spela roll för behandlingsutfallet (Bonsaksen et al., 2013).

I en longitudinell studie utvärderade Chapman och Kivlighan (2019) förändringen av gruppsammanhållning över tid och hur gruppsammanhållning påverkar behandlingsresultatet. Chapman och Kivlighan (2019) utvärderade gruppsammanhållningen mellan varje grupp-session för att undersöka hur den relationella utvecklingen förändrades. Gruppsammanhållningen formuleras som de relationer som uppstår mellan individ och individ samt mellan individ och grupp. Resultatet indikerar en signifikant korrelation mellan gruppmedlemmarnas kvalitativa gruppsammanhållning, vilket innebär att gruppsammanhållningen blir bättre över tid. Vidare hittades en signifikant positiv korrelation mellan gruppsammanhållning och behandlingsresultatet. Chapman och Kivlighan (2019) avslutar artikeln med att lyfta vikten av kontinuerlig utvärdering av gruppsammanhållning för att möjliggöra förändring och därmed påverka behandlingsresultatet positivt.

Vidare granskar Kivlighan et al. (2020) i en tvärsnittsstudie hur mikroaggressioner med rasistiska undertoner påverkar gruppterapi och hur gruppens förmåga att tillgodose multikulturella skillnader påverkar gruppsammanhållningen. 72% av studiedeltagarna rapporterade att de hade blivit utsatta för mikroaggressioner vid minst ett tillfälle.

Förekomsten av mikroaggressioner var inte i sig påverkande på gruppsammanhållningen. Om gruppen tillgodoser kulturell variation så påverkar mikroaggressionerna inte den upplevda gruppsammanhållningen. Studien lyfter också att terapeuter som adresserar mikroaggressioner skapar ett mer minoritetsvänligt klimat, vilket förbättrar gruppsammanhållning. Resultatet från studien av Kivlighan et al. (2020) indikerade att det finns ett behov för en trygg grupp, aktivt terapeutledarskap och öppenhet där man får beskriva sina upplevelser. Mikroaggressioner behöver således inte påverka gruppsammanhållningen negativt om de hanteras på ett för gruppen tillfredsställande sätt.

Gruppsammanhållningens funktion och struktur

Funktionen som gruppsammanhållning fyller i gruppterapi har jämförts med den terapeutiska alliansen som uppstår i individualterapi där struktur såsom arbetsprocess möter den meningsfulla relationen som uppstår under behandling (Burlingame et al., 2018). Även Yalom och Leszcz (2005) jämför gruppsammanhållning med relationen mellan terapeut och patient i individualterapi. Det finns dock vissa viktiga aspekter av gruppsammanhållning som skiljer sig från både den relationella delen och arbetsdelen av allians i individualterapi. En skillnad mellan terapeutisk allians och gruppsammanhållning är att det senare begreppet innefattar fler variabler och därmed är mer komplext. Anledningen till den ökade komplexiteten är att i individualterapi existerar den terapeutiska alliansen endast mellan två personer medan den i gruppsammanhållning innefattar multipla deltagare. Vidare breddar Burlingame et al. (2018) den komplexa bild av den relationella samverkan som sker under gruppbehandling mellan individer, individer till grupp, individ till terapeut och i vissa fall

mellan terapeut och terapeut. Burlingame et al. (2018) menar att det finns två nivåer av grupsammanhållningen: den strukturella nivån och den kvalitativa nivån. Relationerna som utgör grupsammanhållnings strukturella nivå beskrivs vara hierarkiska och är antingen horisontella, mellan gruppmedlemmar, eller vertikala, mellan gruppmedlemmar och terapeut (Burlingame et al., 2018). Grupsammanhållningens kvalitativa nivå syftar, till skillnad från den strukturella nivån, till de emotionella, interpersonella fenomen som uppstår under behandling (Burlingame et al., 2018). Norcross och Wampold (2011) beskriver grupsammanhållning som en viktig komponent för behandlingens effektivitet och som en förändringsfaktor.

I nuläget råder inte konsensus kring varken operationalisering eller konceptualisering av grupsammanhållning, vilket försvårar att utvärdera grupsammanhållning som en potentiellt gynnsam behandlingsfaktor (Burlingame et al., 2018). En konceptualisering av grupsammanhållning för denna studie presenteras nedan.

Definition av grupsammanhållning

För att kunna besvara studiens frågeställning har författarna valt att definiera god grupsammanhållning som *den relationella samverkan mellan gruppmedlemmar och arbetsrelationen dem emellan för att uppnå terapeutiska mål*. Den relationella samverkan syftar till upplevelsen av tillhörighet, acceptans och stöd från gruppen och dess medlemmar (Yalom & Leszcz, 2005). Arbetsrelationen mellan dessa gruppmedlemmar syftar till att gruppen arbetar för att uppnå de uttalade behandlingsmålen, vilket sker i samarbete med gruppen och dess medlemmar (Burlingame et al., 2018; Bonsaksen et al., 2013). Vidare granskas även avsaknaden av god grupsammanhållning, vilket innebär dels en total avsaknad av grupsammanhållning och en negativ grupsammanhållning. En negativ grupsammanhållning syftar till en relationell samverkan där individen känner obehag och isolation. Den negativa arbetsrelationen innebär en stagnation där behandlingsmålen inte

uppnås och eventuellt avhopp av gruppdeltagare. Den totala avsaknaden av gruppssammanhållning innebär att det varken finns en meningsfull relation eller dålig relation och arbetsrelation blir passiv där meningsfull behandlingsutveckling hämmas genom ett relationellt avståndstagande. Denna definition baseras på de beskrivningar av gruppssammanhållning som anges av Norcross (2011), Burlingame et al. (2018), Bonsaksen et al. 2013 samt Yalom och Leszcz (2005). En presentation kring författarnas förförståelse återfinns i metodstycket och i bilaga 5. Syftet med denna operationalisering är att underlätta den kvalitativa processen för att beskriva en upplevelse. Definitionen av upplevelse presenteras nedan.

Forskning betonar vikten av god gruppssammanhållning, dels för att det är en viktig faktor för behandlingsresultat och för att god gruppssammanhållning skapar möjligheter för terapeutinterventioner (eg. Bonsaksen et al., 2013). Vid kontinuerlig utvärdering skapas ett underlag för vad som behöver förbättras vilket ger en indikation på vilka terapeutiska metoder som är lämpliga och vilka interventioner som kan appliceras. Detta möjliggör en mer direkt koppling till det evidensbaserade arbetssätt som appliceras i svensk vårdkontext (Socialstyrelsen, 2019).

Definition av upplevelse

I denna studie används VandenBos (2006) definition av begreppet upplevelse: “experience n. 1. an event that is actually lived through, as opposed to one that is imagined or thought about. 2. the present contents of consciousness (s. 396).”

Denna definition utgör grunden till hur upplevelsen av gruppssammanhållning operationaliseras. Utifrån den operationalisering utformades det material som användes vid datainsamlingen (Bilaga 1).

Sammanfattning

Gruppsammanhållning utgör en viktig del av den gruppterapeutiska upplevelsen och bidrar till goda behandlingsresultat. För personer med borderline personlighetssyndrom har goda behandlingsresultat kunnat påvisas vid utvärdering av dialektisk beteendeterapi där ett gruppmoment utgör en väsentlig del av behandlingsmetoden. Merparten av den empiriska litteratur som utvärderat DBT har dock historiskt sett haft resultatfokus, framförallt på resultat såsom symtomreduktion och ökad funktion snarare än på upplevelsen av gruppsammanhållning. Denna studie syftar således till att bidra med kunskap kopplad till patientupplevelsen av gruppsammanhållning under färdighetsträningsmomentet i DBT.

Syfte och frågeställning

Syftet med denna studie är att undersöka och beskriva BPS-patienters upplevelse av gruppsammanhållningen under DBT-behandling, och därmed förstå vad gruppsammanhållning innebär för nämnd patientgrupp. Utifrån detta syfte kan tre specifika frågeställningar formuleras:

1. Hur beskriver BPS-patienter sin upplevelse av gruppsammanhållning vid dialektisk beteendeterapi som behandlingsmetod vid borderline personlighetssyndrom?
2. Vilka teman uppstår vid beskrivning av upplevelsen?
3. Vilket kärntema kan användas för att förstå gruppsammanhållning utifrån patientperspektivet?

Metod

Metodval

Studien syftar till att identifiera nya ingångar till ytterligare forskning kring grupsammanhållning för en specifik patientgrupp. Denna studie kan därmed beskrivas som explorativ (Langemar, 2008). Specifikt syftar studien till att öka förståelse kring upplevelsen av grupsammanhållning för personer med diagnosen BPS som genomfört en DBT-behandling. För detta syfte är en kvalitativ metod ändamålsenlig, då den är lämplig för att fånga komplexiteten i människors upplevelser och därtill kopplade processer (Langemar, 2008; Bryman, 2011; Larsson, 2005). Att beskriva människors upplevelse av sociala, föränderliga händelser, som komplex och svåråtkomlig är ontologiskt förenligt med den kunskapssyn som kallas kritisk realism (Braun & Clarke, 2006; Bryman, 2011). Att tillgodogöra sig kunskap är möjligt om än svåråtkomligt. Det är möjligt att närma sig en subjektiv upplevelse genom att studera verkningarna av denna upplevelse, även om detta närmande inte innebär fullständig, objektiv kunskap (Braun & Clarke, 2006; Bryman, 2011). Denna kunskapssyn ligger till grund för hur författarna till denna studie förhåller sig till att tillgodogöra sig kunskap.

Tematisk analys

Denna uppsats har en upplevelsebaserad utgångspunkt och därför används induktiv tematisk analys som dataanalysmetod. Denna studie gör därmed inte anspråk på korrelativa eller kausala förklaringsmodeller då den typen av slutledning är oförenlig med metoden (Langemar, 2008).

För att möjliggöra besvarandet av studiens frågeställningar valdes induktiv tematisk analys som dataanalysmetod. Induktiv analys innebär att teman framställs från det insamlade materialet snarare än från redan etablerade teorier och möjliggör ett datadrivet tillvägagångssätt för att identifiera vilka teman som är centrala för upplevelsen (Braun &

Clarke, 2006). Utifrån dessa teman kan en teori genereras som syftar till att förklara företeelsen i fråga. Induktiv tematisk analys har beskrivits som en lämplig metod för nybörjare vilket är passande då detta är författarnas första studie (Langemar, 2008).

Handledaren för detta examensarbete är erfaren gällande metoden, vilket utgör ytterligare ett argument för valet av en induktiv tematisk analys.

Tematisk analys är en metod som ämnar granska insamlade data på ett strukturerat sätt (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analys används primärt på två sätt. En form av tematisk analys är deduktiv empiristyrd analys där förutbestämda teman finns redan innan dataanalysen. En annan form är induktiv analys där teman växer fram organiskt ur datan genom en rigid sorteringsprocess (Langemar, 2008). Eftersom forskning kopplat till studiens syfte är begränsad samt att författarnas förförståelse om det specifika ämnesområdet är låg så ansågs en induktiv tematisk analys passande, då analysmetoden saknar epistemologisk utgångspunkt (Braun & Clark, 2006). Analysmetoder med en tydlig vetenskapsfilosofisk utgångspunkt, exempelvis Grounded Theory och tolkande fenomenologisk analys, är därmed mindre passande med tanke på de förutsättningar som presenterats ovan.

Tillvägagångssätt

Urval och deltagare

Författarna använde ett handplockat urval vid rekryteringsprocessen (Langemar, 2008). Tre faktorer bedömdes viktiga för att möjliggöra teoretisk mättnad, vilket innebär att ytterligare deltagare i studien inte genererar mer unika data (Langemar, 2008). Dessa faktorer var: att deltagarna var diagnostiserade med BPS, att de genomfört minst ett halvår av gruppbehandling och att denna behandling är enligt metoden DBT (Langemar, 2008). Inklusionskriterier innefattade därmed att informanterna var 18 år eller äldre, hade genomfört minst sex månader av DBT-gruppbehandling och att de var diagnostiserade med BPS. Exklusionskriterier innefattade om informanten var minderårig eller om deras erfarenhet av

gruppmomentet i DBT var mindre än sex månader lång. Informanter med samsjuklighet utöver BPS inkluderades i studien. Informanterna ombads besvara frågorna utifrån sin upplevelse av färdighetsträningsmomentet i grupp från DBT-behandlingen och förbise annan eventuell erfarenhet av gruppterapi (Linehan & Linehan, 2015).

För att genomföra studien rekryterades nio deltagare. Information om studien delades ut till vårdenheter där DBT bedrivs, på Facebook samt DBT-Sveriges hemsida (DBT-Sverige, 2021). Författarna började rekryteringsprocessen med att kontakta samtliga vårdenheter som går att finna på DBT-Sveriges hemsida per e-mail (Bilaga 2). Den initiala kontakten syftade till att informera om studien samt att upprätta ett eventuellt samarbete där vårdenheten kunde dela ut rekryteringsmaterial till potentiella informanter (Bilaga 3). Vidare delades ett rekryteringsblad i relevanta Facebook-grupper såsom *Psykologer*, där yrkesverksamma psykologer är aktiva. Slutligen delade även DBT-Sverige information på sin officiella hemsida för att nå ut till deltagare som inte är aktiva på sociala medier. Vid rekrytering av potentiella deltagare inkluderades en presentation av författarna och studiens syfte. Ett samtyckesdokument bifogades per e-mailkontakt (Bilaga 4).

Samtliga nio deltagare var antingen i slutskedet av sin DBT-behandling eller hade avslutat den. Detta innebar att deltagarna hade minst ett och halvt års erfarenhet av gruppterapi och om behov fanns hade de även en stabil vårdkontakt. Av dessa deltagare var två män och sju kvinnor och åldrarna varierade mellan 23–55 år med en medelålder på 32 år (SD=10.6). Samtliga var diagnostiserade med BPS vid behandlingsperioden.

Datainsamling

En semistrukturerad intervju är lämplig som verktyg för datainsamling (Langemar, 2008). För att skapa struktur i utvinnandet av data och genomförandet av intervjuerna genererades en intervjuguide (Bilaga 1). Intervjuguiden skapades i samråd med handledare och utformades i enlighet med de rekommendationer som återfinns i Langemar (2008).

Intervjuguiden innehöll tre delar. Den första delen bestod av en prestation av studien och de efterföljande två delarna bestod av två huvudfrågor som syftade till att utvinna så mycket data relaterad till frågeställningen som möjligt. Frågorna berörde informantens upplevelse av grupsammanhållning under sin behandling. Vidare listades även tänkbara uppföljningsfrågor såsom minnen, tankar, känslor, exempel och andra kvalitativt relevanta ingångar till upplevelsen (Langemar, 2008). Den första frågan var centrerad kring ett minne kopplat till grupsammanhållningen och om informanten svarade med ett positivt minne följdes svaret upp med en förfrågan om ett negativt minne och vice versa. Den andra frågan syftade till att fånga data om situationer där grupsammanhållningen varit i fokus vid deltagarens gruppbehandling. Intervjuguiden innehöll uppföljningsfrågor på materialet som informanten presenterade för att skapa uttömmande data. Intervjuguiden testades på de första två intervjupersonerna och författarna bedömde intervjuguiden som ändamålsenlig, både i omfång och djup på den genererade datan, och därför gjordes ingen förändring (Langemar, 2008).

Båda författarna utförde intervjuer var för sig utifrån den gemensamma intervjuguiden. En av författarna genomförde fyra intervjuer och den andra författaren genomförde fem intervjuer. Intervjuerna varade mellan 40 och 75 minuter. Intervjuernas längd varierade då informanterna gav olika mycket information kopplade till forskningsfrågan. Intervjuerna spelades in på en diktafon, via det digitala kommunikationsverktyget Zoom, för att sedan transkriberas. För att möjliggöra att data inhämtades på ett adekvat sätt användes Langemars (2008) tips för bra intervjuteknik. Båda författarna har erfarenhet av terapeutiskt arbete, vilket underlättade datainsamlingsprocessen.

Då datainsamlingen ägde rum under februari och mars 2021 påverkades den av Covid-19. Datainsamlingen genomfördes på distans som en följd av folkhälsomyndighetens

rekommendationer (Folkhälsomyndigheten, 2021). Mediet som användes var kommunikationsverktyget Zoom och en säkrad länk tillhandahölls via Örebro universitet.

Dataanalys

I denna uppsats har Braun och Clarke:s (2006) upplägg för induktiv tematisk analys använts för dataanalys. Braun och Clarke (2006) beskriver tematisk dataanalys utifrån sex faser:

1. *Inspelade intervjuer transkriberas. Texten läses för att erhålla översikt över materialet.*

Den inspelade datan transkriberades ordagrant och utfyllnadsord sattes inom parentes för att underlätta genomläsning. Materialet lästes flera gånger av båda författarna. Denna process följde rekommendationerna som Braun och Clarke (2006) gör, vilket innebär repeterad aktiv läsning av datan. Aktiv läsning syftar till förståelse av texten och förståelse av latent budskap utifrån frågan som ställs och kontexten svaret ger. Ett exempel på det latent budskapet är *“Kanske inte med gruppen överlag men med människor jag inte riktigt har klickat”* där svaret overt inte är kopplat till gruppssammanhållning men får mening i kontexten och frågan som handlar om konflikter under behandling. I enlighet med Braun och Clarke (2006) togs anteckningar i denna fas om ideér inför kodningen.

2. *Texten går igenom en andra gång och sådant som är relevant för forskningsfrågan markeras.*

De transkriberade intervjuerna fördes in i Nvivo (Nvivo, 1.4) som är ett datorprogram för kvalitativ dataanalys. Resterande faser i den tematiska analysprocessen genomfördes i detta program då det lämpar sig för både kodning och tematisering. De citat som ansågs vara meningsbärande för att besvara frågeställningen kodades. Exempelvis fick citatet *“framför allt om saker som annars var... som kändes väldigt skamfyllda och mina egna och ingen annan skulle få veta om det där, kunde jag plötsligt lyfta där och vad hade ni gjort?”* fick

koden *våga fråga om hjälp om skamfyllda saker*. Författarna försökte i enlighet med Braun och Clarke (2006) systematiskt koda minsta möjliga meningsbärande enhet av data som tillförde till syftet med studien. Utifrån datan kodades 1131 meningsbärande enheter.

3. *Koder sorteras efter preliminära teman. Dessa preliminära teman kan komma att ändras eller justeras.*

Koderna som ansågs handla om samma sak eller var nära relaterade till varandra sorterades initialt in i samma grupp och flera olika grupper med relaterade koder skapades. Dessa grupper bildar olika potentiella teman. Sammanlagt utformades 41 preliminära teman utifrån koderna. Exempelvis så bildade koderna *Skönt att hjälpa*, *Glad för jag hjälpte* och *Tog mitt råd på allvar* det preliminära temat *Ge hjälp*.

4. *Varje tema väljs ut var för sig och texten går igenom ytterligare en gång och allt som hör till temat markeras. Texten går igenom en gång för varje tema och teman uppdateras eller omrubriceras efter behov.*

Här samlas preliminära teman för vidare granskning och hur de relaterade till varandra undersöktes. De temana som har en tydlig koppling till varandra bildade i sin tur 15 subteman. Subteman döptes om till ett passande namn med förklaringsvärde för definitionen av de preliminära teman som hade grupperats. Exempelvis så bildade de tre preliminära teman *Ge hjälp*, *Ta emot hjälp* och *Samarbete* subtemat *Hjälpa varandra*.

5. *Teman definieras och ges ett slutgiltigt namn*

De tidigare skapade subtemana granskas av författarna för att få en samstämmig syn på hur dessa förhåller sig till varandra för att sedan slutföra tematiseringen. Författarna fastslår fyra huvudtema. Exempelvis bildar subteman *Hjälpa varandra*, *Interpersonell tillit*, *Terapeutinterventioner* och *Bemötande* huvudtemat *Socialt samspel*. Utifrån de fyra huvudtemana skapades en sammanhållen kategori – kärntemat – som kom att kallas *Den*

komplexa processen att utveckla balans vid relationell ovisshet och emotionell instabilitet.

Detta kärntema är en sammanhållen teori som kan besvara frågeställningen.

6. *Slutgiltigt resultat och producering av forskningsrapport*

Med tydlig utgångspunkt i den producerade datan skapas resultatet som utgör grunden för den slutgiltiga forskningsrapporten. Rapporten involverar exemplifieringar och citat för att belysa hur teman, subteman och huvudteman har identifierats.

Författarnas förförståelse och process

I kvalitativ forskning kan författarnas förförståelse vara en av anledningarna till ett visst resultat och förförståelsen kan även komma att påverka forskningsprocessen (Langemar, 2008). Författarna avser att presentera sin förförståelse och hur arbetet med uppsatsen påbörjats i syfte att skapa transparens för de faktorer som kan påverka forskningsprocessen (Larsson, 2005).

Processen inför denna examensuppsats påbörjades i maj 2020 då ett första möte bokades med den blivande handledaren. Den specifika handledaren kontaktades då författarna var medvetna om hans tidigare erfarenheter av gruppterapeutiskt arbete samt handledning av kvalitativa uppsatser. Det första mötet handlade om huruvida ett examensarbete med fokus på upplevelsen av BPS och gruppterapi var ett rimligt fokusområde till ett examensarbete.

Under hösten 2020 fick författarna möjlighet att fördjupa sig inom ett ämne relaterat till hälsopsykologi och valde att fokusera på förändringsmekanismer kopplade till gruppterapi ur ett hälsopsykologiskt perspektiv. Under detta arbete kom författarna i kontakt med Irvin Yaloms (2005) teorier kring gruppterapi där gruppssammanhållning är inkluderat. Gruppssammanhållning som mekanism liknas med den terapeutiska relationen i individualterapi, vilket lade grunden till intresset för frågeställningen i denna uppsats (Yalom, 2005). I samråd med handledaren kunde en frågeställning kopplad till gruppssammanhållning, BPS och DBT etableras.

När arbetet med denna uppsats påbörjades var författarna i slutskedet av psykologprogrammet vid Örebro universitet, vilket innebär att de besatt viss förförståelse om terapi, gruppterapi och gruppteori innan examensarbetet påbörjades. Författarnas förförståelse involverade viss kunskap kring anknytningsteori (Palombo et al., 2009). Förförståelse fanns även kring grupputveckling och organisationsteori (Aronsson et al., 2012). Vidare så har författarna även viss förståelse om socialpsykologiska fenomen såsom gruppkultur, grupptänk och social identitetsteori (Vaughan & Hogg, 2014). I samband med kurser i klinisk psykologi har författarna kommit i kontakt med alliansbegreppet i individualterapi och har insyn i hur allians kan arbetas med och upprätthållas i terapeutiskt arbete (Barlow, 2016). Författarnas förförståelse kring BPS och även DBT som behandlingsmetod var begränsad. Inför arbetet med denna uppsats bekantade sig därför författarna med det material som finns om DBT som behandlingsmetod (Linehan & Linehan, 2015; Kåver & Nilsson, 2002).

En av författarna hade personlig erfarenhet av gruppterapi och båda författarna har erfarenhet av grupphandledning under terapeutiskt arbete. Författarna diskuterade sin förförståelse inför datainsamlingen i syfte att synliggöra antaganden som gjordes inför uppsatsen. Dessa antaganden är *tillit*, *empati* och *aktivt deltagande*. Diskussionen kring dessa antaganden redovisas i (Bilaga 5).

Det faktiska arbetet med uppsatsen påbörjades tidigt våren 2021.

Etiska överväganden

Forskningsprocessen för detta examensarbete utgår från etikpraxis där forsknings- och individskyddskravet är fundamentala. Kraven syftar till att underlätta skyddandet av individens säkerhet samt psykiska och fysiska hälsa (SFS 2003:460). Vidare kommer denna etiska praxis vila på konfidentialitet-, samtyckes-, informations- och nyttjandekravens grunder (Vetenskapsrådet, 2002). För deltagarna innebär detta att allt deltagande är frivilligt och att de

har rätt att avbryta sitt deltagande – utan att bli ifrågasatta – när som helst under processen.

Vid avbrott av deltagande kommer data kopplat till individen att förstöras.

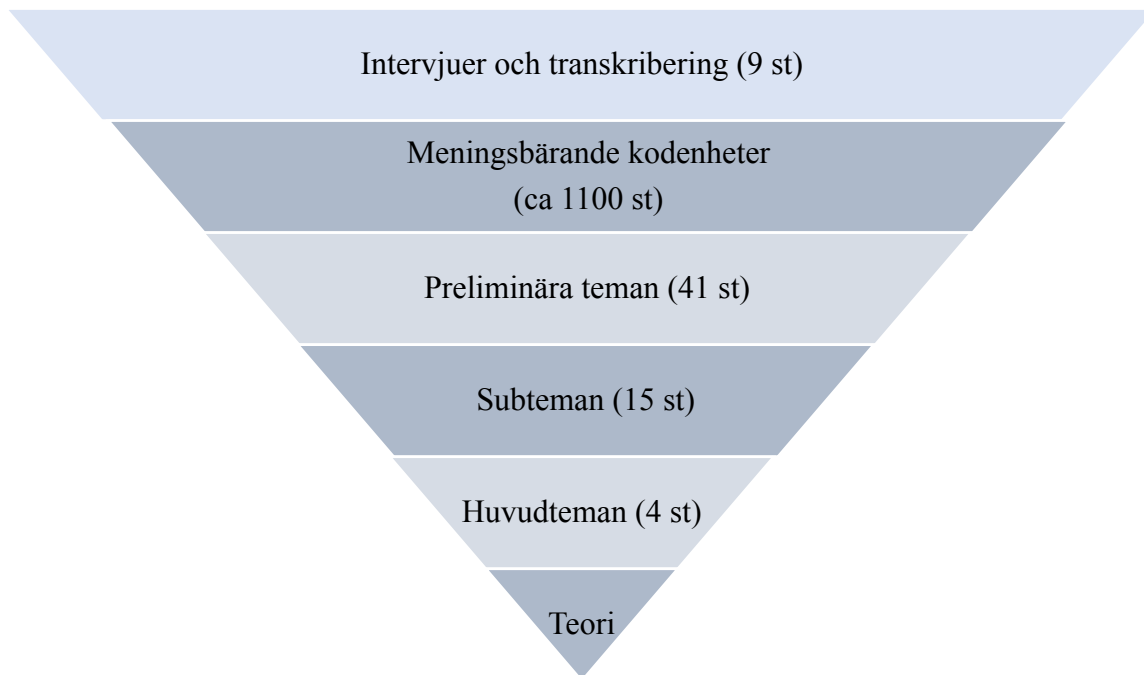
Data som insamlats under forskningsprocessen kommer behandlas enligt sekretess- och konfidentialitetskravet. Data kommer således vara anonymiserad till den grad att den inte går att koppla till specifika informanter (Vetenskapsrådet, 2002). Frågor i den semistrukturerade intervjun kommer vara av anonym karaktär. Om identifierbar information framkommer under intervjuerna kommer den att anonymiseras vid transkriberingsprocessen och originaldata kommer förstöras. Sparad data kommer förvaras på ett inlåst och krypterat USB-minne.

Deltagarna kommer informeras om syftet med studien, hantering av data och att denna data endast kommer användas för att besvara frågeställningen.

Att ha BPS är förenat med en risk för såväl självskada som suicidalitet (American Psychiatric Association, 2013). Det är därför viktigt att om deltagarna har behov av hjälp så bör de ha en etablerad vårdkontakt för dessa problem. Inför datainsamling kommer terapeuter kontaktas som förmedlar uppgifter om hur man deltar i studien till potentiella deltagare. Patienter väljer själva om de vill delta eller inte. På detta sätt kan den tystnadsplikt som råder mellan behandlare och patient upprätthållas. Om det är aktuellt på grund av rådande pandemi så kommer folkhälsomyndighetens rekommendationer tas i beaktande (Folkhälsomyndigheten, 2021). Genom processen med uppsatsen kommer Vetenskapsrådets (2002) regler följas.

Sammanfattning av metod

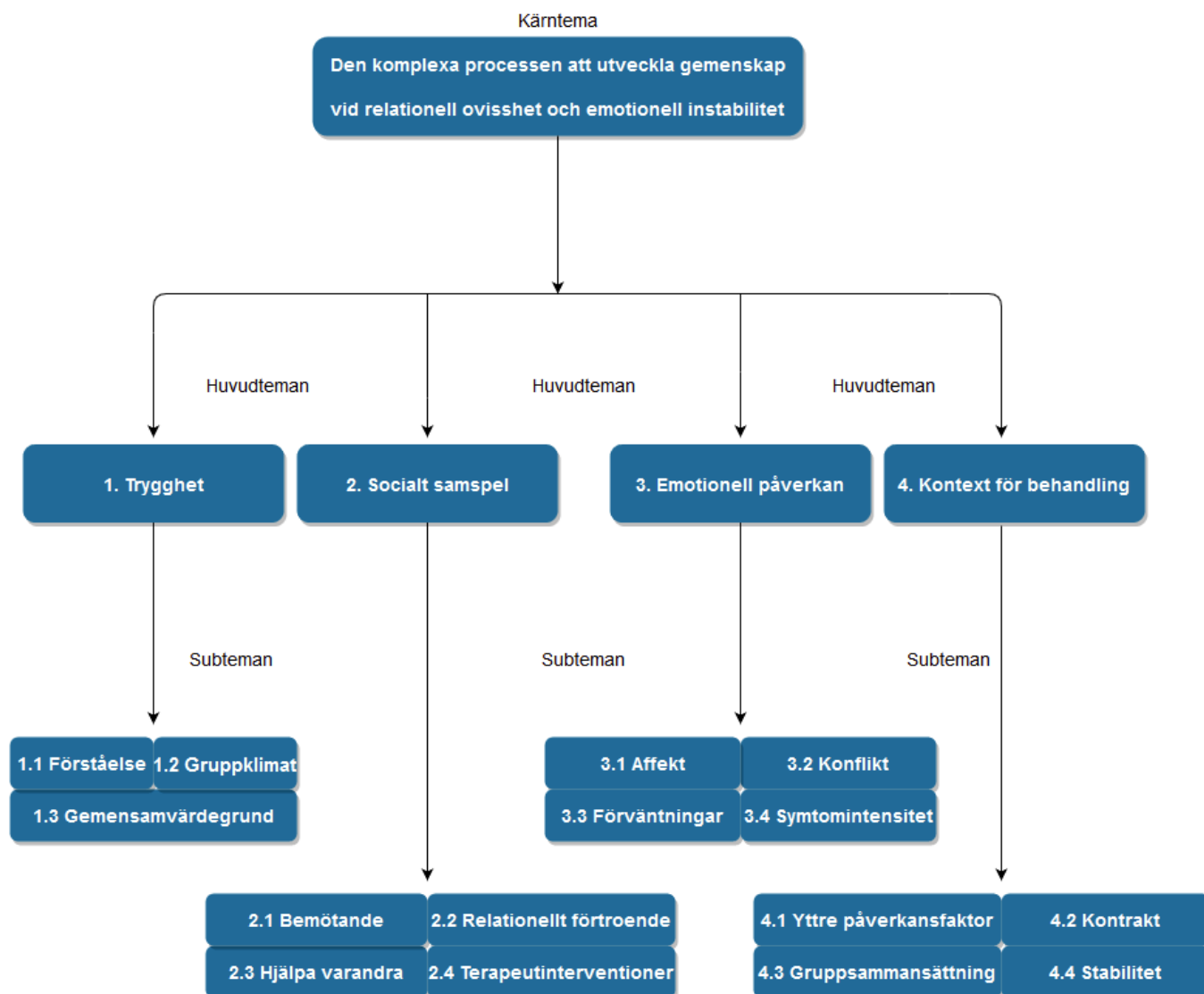
I denna kvalitativa studie har induktiv tematisk analys använts som dataanalysmetod. Datainsamlingen bestod av semistrukturerade intervjuer, genomförda via säkrad videolänk (Zoom) med nio deltagare. Deltagare handplockades utifrån sina erfarenheter av DBT och gruppterapi. Den tematiska analysprocessen visualiseras i figuren nedan (figur 1).



Figur 1: Visualisering av processen för induktiv tematisk analys.

Resultat

Informanternas intervjusvar efter den induktiva tematiska analysen kan sammanfattas i ett kärntema kallad "Den komplexa processen att utveckla gemenskap vid relationell ovisshet och emotionell instabilitet". Kärntemat är uppbyggt av fyra huvudteman som i sin tur är uppbyggda av 15 subtema. I huvudtemana inkluderas en temporal aspekt som syftar till förändring som sker över tid och påverkar samtliga teman som uppdagats under analysen. Modellen som återfinns i figur 2 visar en överblick av resultatet av analysen (Figur 2).



Figur 2: Visuell representation av analysens uppbyggnad som består av ett kärntema, fyra huvudtema och 15 subtema.

Huvudtema 1 – Trygghet

Trygghet innehåller tre subteman vilka är *förståelse*, *gruppklimat* och *gemensam värdegrund*. Informanterna beskriver trygghet som en organisk process och en förutsättning för grupsammanhållning. Upplevelsen av trygghet beskrivs som en viktig komponent för att kunna dela med sig av sina hemläxor på ett meningsfullt sätt och att känna acceptans från gruppen. Vidare beskriver informanterna att upplevelser av trygghet antingen har positiv inverkan på grupsammanhållningen eller att de fungerar som en skyddande faktor på svåra situationer som påverkar grupsammanhållningen negativt. Avsaknad av trygghet innebär

enligt informanterna att möjligheter för att utveckla god gruppssammanhållning saknas och att utvecklandet av gemenskap försvåras. Upplevelsen av att vara trygg bland andra gruppmedlemmar, terapeuter och på vårdenheten beskrivs påverka upplevelsen av gruppssammanhållning. En informant beskriver trygghet på följande sätt:

Det var ju tufft när man själv var den personen som dom fick lite lugna ner i sin berättelse eller så. För man kände att här sitter jag och öppnar mig och du försöker lugna mig eller backa bandet litet. Det kunde vara lite tufft för en själv när man själv satt i den situationen, men dom gjorde det på ett sätt som ändå var okej. På ett sätt som fick en att känna sig trygg och när man själv satt i det andra perspektivet, när någon annan sa något som blev lite för mycket och man såg att många blev triggade och liknande. Man kände sig trygg, man kände sig sedd vi kunde liksom känna att ... dom backar oss, dom ser oss. Dom ser innan det går för långt.

Upplevelsen av trygghet förändrades över tid och informanternas beskrivning av trygghet vid behandlingens början skiljer sig från varandra. Vissa beskriver att de känner sig trygga direkt medan det för andra krävs mer tid innan en känsla av trygghet infinner sig. Om det finns förutsättningar för att utveckla trygghet så beskriver informanterna att den växer fram över tid. Denna tillväxt av trygghet beskrivs påverka gruppssammanhållningen, dels genom att informanterna upplevde sig tryggare i gruppen och dels genom att de fick en ökad förståelse för värdegrunden. Den upplevda förståelsen inom gruppen blev tydligare över tid. I följande citat beskrivs förändring av trygghet över tid och dess komplexitet:

Det var mycket att jag lärde känna folk mer och mer. Det blev lättare och lättare att komma dit. Jag började väl gradvis att berätta mer och mer. Men det vände nog ganska mycket för mig dels när det kom in en i gruppen som jag märkte att jag sådär tänkte jag och kände jag med men så tänker och känner jag inte så längre och jag lite förstod på något sätt lite hur jag måste ha varit när jag kom in i gruppen, att jag kunde se det

lite mer utifrån. Det blir ju också lättare då att veta att det inte bara är ett namn och en ålder som sitter där och man kände sig trygg.

Subtema 1.1: Förståelse

Analysen visar att informanterna värdesätter förståelse för sig själv, andra och behandlingen. Förståelse beskrivs av informanterna som centrerad kring acceptans och normalisering. I motsats till förståelse beskriver informanterna oförståelse, vilket inkluderar upplevelser av att inte bli förstådd och att inte förstå antingen de andra gruppdeltagarna eller terapeuten. Informanterna beskriver att upplevelsen av förståelse underlättas av att ha spenderat tid ihop i behandling. Förståelse beskrivs av informanterna som en process som underlättar upplevelsen av trygghet. Förståelse beskrivs av en informant på följande sätt:

Omgivningen utanför gruppen var kanske inte lika förstående, för det är svårt för typ omgivningen som ens vänner eller sambo att ha insikt och förstå för det är så pass annorlunda för dom. Det var jätteskönt att vara med personer som åtminstone känner samma saker och reagerar på ett liknande sätt. Att dom förstod mig fick mig att känna mig trygg.

Subtema 1.2: Gruppklimat

Informanterna beskriver att generell upplevd trygghet i gruppen, som beskrivs i termer av bekvämlighet och utan dömande faktorer har påverkat upplevelsen av gruppssammanhållning. Dessa upplevelser kan sammanfattas i subtemat *gruppklimat*. De beskriver också olika nivåer av gruppklimatet, exempelvis mellan gruppens medlemmar men även mellan terapeuter och gruppen. Vidare beskrivs gruppklimatet som föränderligt, då känslan av upplevd trygghet uppges förändras över tid. Utan ett tryggt gruppklimat beskriver gruppdeltagarna sig som isolerade och att det råder stor osäkerhet i gruppen. En informant kommenterar upplevelsen av gruppklimat i följande citat:

Jag skulle säga att den här tryggheten har gjort hela gruppterapin. Hade vi haft gruppteriapi med psykologer som inte var inriktade på emotionellt instabilt personlighetssyndrom så hade det inte varit samma sak. Dom har en annan kunskap och man kan vara trygg i att de verkligen vet vad dom gör och det i sig har gjort så mycket. Så att i helheten otroligt bra.

Subtema 1.3: Gemensam värdegrund

Gemensamma värderingar påverkar upplevelsen av gruppsammanhållning. Informanterna beskriver gemensam värdegrund som de gemensamma värderingar som finns inom terapigruppen. En validerande och accepterande värdegrund upplevs av informanterna som en bidragande faktor till upplevelsen av trygghet. Den gemensamma värdegrunden beskrivs underlätta för en trygg och meningsfull behandling för gruppen och dess medlemmar. Informanterna berättar om hur en gemensam värdegrund både är flexibel och föränderlig över tid. Avsaknad av en gemensam värdegrund beskrivs av informanterna som en källa till osäkerhet inför att vara genuina och beskriver en rädsla för att bli invaliderade. En informant sammanfattar gemensam värdegrund i följande citat:

Jag upplever att det var väldigt hjälpsamt och jag tror det är många, eller jag vet att många HBTQ-personer kan känna sig invaliderade. Man blir aldrig sedd och att man alltid är lite konstig och det var inte så i vår grupp. Det var inget konstigt och man kunde typ prata om så här lesbisk eller om man var gay eller vad det nu var, man kunde prata om det och det var ingen som tyckte det var konstigt.

Huvudtema 2 – Socialt samspel

Socialt samspel innefattar fyra subteman vilka är *hjälpa varandra*, *bemötande*, *relationellt förtroende* och *terapeutinterventioner*. Upplevelsen av socialt samspel innefattar hur informanterna beskriver sina interaktioner på olika nivåer, nämligen: individnivå, individ till grupp, individ till terapeut och terapeut till grupp. Dessa interpersonella interaktioner

beskrivs som en del av gruppssammanhållningen och hur man förhåller sig socialt till varandra. Positivt socialt samspel beskrivs av informanterna som hur de ger och tar emot hjälp av andra gruppmedlemmar och av terapeuten, att det finns en känsla av tillit i gruppen och att gruppens medlemmar bemöter varandra med en ömsesidig respekt. Bra gruppssammanhållning kan enligt informanterna uppnås genom positivt socialt samspel. Informanterna beskriver att negativt socialt samspel präglas av ett otrevligt bemötande, en ovilja att delta och interagera med gruppdeltagarna och avsaknad av tillit i dessa relationer. Socialt samspel beskrivs som ett spektrum av upplevelser och därmed existerar även avsaknad av socialt samspel i form av avsaknad av meningsfull kommunikation. En informant beskriver det sociala samspelet i följande citat:

Jag kände mig tagen på allvar. Jag hade varit ganska omänsklig i gruppen innan, inte varit så personlig, varit väldigt generell, pratat ingenting om mig själv utan väldigt ytligt och sen bara hjälpt andra. Jag tror också att dom kom mig närmre när jag vågade vara lite mer på riktigt och vågade berätta om saker som bara inte bara var superpersonliga. Jag tror dom blev mer öppna med mig efter det. Det blev också en enorm bekräftelse för mig när jag kunde säga det och liksom be om hjälp om olika saker och få väldigt bra respons och väldigt bekräftande att det inte var jag som var dum i huvudet alla de gånger jag tyckte jag var det. Jag kände mig väldigt stärkt i det och då blev det mycket lättare efter det. Jag blev också mer benägen att ta emot råd från en grupp där jag kände mig förstörd och där jag vet att jag vet var jag har dom och att dom vet var dom har mig.

Det sociala samspelet upplevs förändras över tid eftersom gruppen etableras i och med sin första terapisesession. Avsaknaden av socialt samspel innebär således inget relationellt förtroende, hjälp eller bemötande. Informanterna beskriver att över tid etableras den sociala kulturen inom gruppen, relationer skapas och interaktionerna beskrivs som mer hjälpsamma.

Över tid förändras den påverkan som socialt samspel har på gruppssammanhållningen då informanterna måste interagera och denna interaktion förfinas. Denna förändringsprocess beskrivs i följande citat:

Så det första ett och ett halvt året var kaosartat, jag försökte hålla mig för mig själv för jag kände att det inte är bra för gruppen att jag ger tillbaka det den här personen triggar i mig. I slutet av behandlingen så började man märka att vi började spendera mer tid på raster eller efteråt. Man började se slutet och där var en sentimentalitet som man inte ville släppa.

Subtema 2.1: Bemötande

Analysen visar att bli bemött och bemöta andra i deras upplevda problematik skapar goda förutsättningar för ett socialt samspel. Upplevelsen av ett positivt socialt samspel beskrivs ha sin grund i att bli bemött på ett ickedömande sätt, från såväl andra gruppdeltagare som från terapeuter. Upplevelsen av bemötandet från andra beskrivs framförallt påverka informanterna i början av deras behandling och att påverkan från bemötandet kan förändras över tid. Ett bra bemötande under gruppmötena beskrivs av informanterna som viktig för mellanmänsklig kontakt och bidrar till upplevelsen ett empatiskt socialt samspel. Ett mindre bra bemötande beskrivs som en riskfaktor för utanförskap och bristande tillit. Bemötandet utifrån det sociala samspelet med övriga gruppmedlemmar beskrivs av en informant i följande citat:

Jag tror faktiskt att det är svårare än om man exempelvis har en depression med bemötandet från omgivningen och de personerna kan också vara traumatiserade men jag upplever att det finns en annan del i det där när man har den här diagnosen.

Subtema 2.2: Relationellt förtroende

Informanterna berättade om att det förtroende som finns i samspelet sinsemellan gruppmedlemmar och även mellan gruppmedlemmar och terapeut är betydelsefullt för

utvecklande av tillit och förtroende. Vid vidare undersökning av informanternas upplevelse framkom att tillit till de andra gruppmedlemmarna främjar ömsesidigt välmående, utveckling i behandling och att relationen är betydelsefull för informanten. Informanternas upplevelse av relationellt förtroende beskrivs i processtermer – tillit utvecklas över tid ju mer gruppen interagerar. Råd, hjälp, att träffa gruppen och humor upplevs som bidragande till ett positivt socialt samspel. Samtidigt beskrivs skepsis till eller från gruppen påverka upplevelsen av socialt samspel negativt. Exempel på denna skepsis är misstänkliggörande av andra gruppmedlemmar eller bristande förtroende gentemot de andra. Relationellt förtroende beskrivs av en informant i följande citat:

Vi har ju lärt känna varandra också och vetat varandras personligheter och kunnat skämta mycket. Det har blivit mycket tillit och samspel eller vad man ska säga. Vi har kunnat skämta med varandra, driva lite kärleksfullt med varandra och det har varit okej.

Subtema 2.3: Hjälpa varandra

Att hjälpa varandra visade sig vara en viktig faktor för socialt samspel utifrån analysen. Informanterna beskriver att de genom att hjälpa varandra med sina problem, frågor eller andra behandlingsrelaterade moment kan påverka upplevelsen av det sociala samspelet i positiv riktning. Hjälpa varandra beskriver även hur informanter mottagit hjälp från andra gruppmedlemmar. En informant beskriver att hjälpa varandra på följande sätt: "Man hjälper de andra att hjälpa till, att om jag har en bättre dag och du har en sämre dag så försöker man stötta upp även de andra liksom". Informanterna beskriver detta samarbete och utbyte av information, upplevelser och råd gagnar både upplevelsen av det sociala samspelet och det sociala samspelet över tid. Avsaknad av att på ett meningsfullt sätt kunna hjälpa varandra beskrivs som en bidragande faktor till stagnation och därmed ett mindre produktivt

behandlingsklimat. En informant berättar om vad det kan innebära att inte ta hjälp av gruppen:

Känslan är ju att du inte vill blanda in hela resten av gruppen för det skulle ju liksom inte hjälpa någon och det stämmer ju inte, vi ska ju ta hjälp av gruppen för att lösa det, det är ju det vi har dom till.

Subtema 2.4: Terapeutinterventioner

Analysen visar att terapeuterna har inflytande på hur grupsammanhållningen upplevs av informanterna. Terapeutinterventioner såsom att få folk att dela med sig, förbereda och presentera hemläxor samt att härbärgera de känslor som uppstår i terapirummet beskrivs av informanterna som inverkan på det sociala samspelet, både mellan terapeuter och gruppdeltagare. Informanterna beskriver att terapeuterna var mer aktiva och mer påverkande i början av DBT-behandlingen och att de i slutet av behandling intog en mer passiv roll. Terapeuternas roll beskrivs av informanterna som föränderlig över tid, beroende på hur länge behandlingen har pågått. Att terapeuterna delger information om hur de har löst sina problem, det vill säga när de upplevs som en i gruppen, verkar vara en bidragande faktor till det sociala samspelet. Slutlighet, interventioner med otydligt syfte och terapeuter som är tvungna att undanhålla information beskrivs påverka det sociala samspelet negativt. I följande citat beskrivs den aktiva hållningen av terapeutens interventioner:

Terapeuten i DBT, deras inställning till oss patienter att vi är verkligen jämlika, alltså på riktigt, att de berättar sina exempel också. Och såklart ska de vara professionella och inte berätta allt men man får ändå se dom som människor också.

Huvudtema 3: Emotionell påverkan.

Huvudtemat emotionell påverkan består av fyra subteman vilka är *konflikt*, *affekt*, *förväntan* och *symtomintensitet*. Studiens deltagare upplever att affektpåslag som en följd av exempelvis konflikter är en påverkande faktor för grupsammanhållning. Emotionell

påverkan beskrivs som influerad av informanternas dagsform. Hantering av emotionell påverkan, från såväl gruppen som från terapeuternas håll påverkar hur informanterna beskriver upplevelsen av gruppsammanhållning. Gruppsammanhållning upplevs influeras av emotionell påverkan såväl positivt som negativt och dess påverkan sker dels mellan gruppdeltagare samt mellan deltagare och terapeut. Exempelvis upplevs negativ affekt, som en följd av symtomintensitet, påverka informanternas syn på gruppsammanhållningen.

Emotionell påverkan beskrivs i följande informantcitat:

När man är det absolut sämsta, det man hatar som mest med sig själv kan man ändå dela med sig istället för att sätta sig i någon form av utanförskap eller om man möts med väldigt mycket förståelse, empati och kärlek istället för du är inte normal, du är sjuk i huvudet.

Upplevelsen av emotionell påverkan beskrivs ha en större negativ inverkan på gruppsammanhållning i början av behandling och påverkade då upplevelsen av gruppsammanhållning negativt. Upplevelsen av symtomintensitet, affekt, konflikt och förväntningar hade enligt informanterna mindre påverkan på den upplevda gruppsammanhållningen i slutet av behandlingen. Längre in i behandlingen beskrivs upplevelsen emotionell påverkan på gruppsammanhållning som hanterbar. Att inte behöva lägga lika mycket tid på att hantera starka emotioner beskrevs öka möjligheten att fokusera på upplevelsen av positiv gruppsammanhållning. Ett belysande citat för detta är följande: ”I början hamnar man ju där, du är i en otroligt mörk situation där du har vissa beteenden och känslor som kan vara väldigt skadliga och någon öppnar sig och pratar om det så kan det trigga dig själv.”

Subtema 3.1: Affekt

Hantering, härbärgering och reglerandet av olika gruppdeltagares affekter visade sig påverka upplevelsen av gruppsammanhållning. Utifrån analysen framgår det att hantering av

affekt beskrivs vara en del av emotionell påverkan oberoende av exempelvis intensitet och duration av affekten. Informanterna beskriver att andra deltagares affekt påverkar dem, vilket i sig är en del av den affektiva upplevelsen av gruppterapi. När känslan av att obehag eller glädje sprider sig inom gruppen kan det påverka upplevelsen av grupsammanhållning. Påverkan kan ske i både negativ och positiv riktning och är exempel på den affektiva komplexitet som råder inom grupperna. En informant beskrev affekters påverkan på följande sätt:

Det är inte negativt att ha starka känslor förutsatt om man kan hantera det. Det bidrar mycket till att man bygger upp, i gruppen då, någon slags gemensam grund till självrespekt, självkänsla och bara för man har Borderline betyder det inte att man är en hemsk människa eller att man inte fixar saker eller att man är dum i huvudet eller så.

Subtema 3.2: Konflikt

Utifrån analys av informanternas berättelser visade sig konflikter vara en följd av affektpåslag och även som en utlösande faktor för högt affektläge. Utfallet av konflikter påverkas av hur konflikten har hanterats. Det innebär att om en konflikt löses på ett tillfredsställande sätt så upplever informanterna att detta positivt påverkar upplevelsen av grupsammanhållning. Om konflikten däremot löses på ett mindre tillfredsställande sätt beskrivs det påverka upplevelsen av grupsammanhållning negativt. En informant beskrev hur konflikt kan ha en emotionell påverkan: "Asså, konflikten tog mycket energi när det hände sen när vi har löst det har jag kunnat gå vidare och släppa det och då har jag inte upplevt att det stör terapin efter det."

Subtema 3.3: Förväntningar

I analysen framkommer det att förväntningar är associerade med en upplevelse av affekt eller emotionellt påslag. Förväntningar på gruppterapi, gruppmedlemmar och deras affektiva reaktioner beskrevs i termer av obehagskänslor. Upplevelsen av förväntningarna på

exempelvis gruppterapi eller hur andra gruppdeltagare skulle bete sig gav en dålig utgångspunkt för grupsammanhållningen. Förväntningar beskrevs även i mer positiva ordalag, exempelvis som förhoppning till förbättring och emotionell stabilitet. En informant berättar i följande citat om hur förväntningar påverkade hans emotionella upplevelse:

Jag vet inte om det var hon som hade dåliga erfarenheter av tidigare grupper eller något men jag hade lite den förväntan att det skulle vara andra människor som satt i varsin bordsände och skrek. Det kunde ju inte varit längre ifrån hur det verkligen var.

Subtema 3.4: Symtomintensitet

Av analysen framgår det att påverkan av BPS inte är statisk utan att symtom i regel är mer intensiva i början för att sedan avta under behandlingens gång. Symtomintensitet beskrivs påverka upplevelsen av grupsammanhållning och stark påverkan av syndromet kan försvåra möjligheten för gruppen att utveckla gemenskap. Informanterna beskriver att vid mindre påverkan av syndromet så ökar möjligheterna att fokusera på upplevelsen av grupsammanhållning. En informant beskriver symtomintensitetens påverkan i följande citat:

Sen efter ett tag så började jag känna att, det här påverkar inte min borderline jättemycket, fast det var trevligt och jag tyckte om att gå och träffa de andra i gruppen. Däremot så tyckte jag inte att jag längre behövde terapin i sig.

Huvudtema 4 – Kontext för behandling

Huvudtemat *kontext för behandling* består av fyra subkategorier vilka är *yttre påverkansfaktorer*, *kontrakt*, *gruppsammansättning* och *stabilitet*. Huvudtemat utgörs av dessa fyra subkategorier tillsammans med behandlingsmetoden DBT som i sig påverkar kontexten för behandlingen. Gruppdeltagarnas dedikation till behandlingsmetoden inkluderas i temat. Grupsammansättning och representation påverkar upplevelsen av grupsammanhållning genom att skapa eller motverka förutsättningar för exempelvis igenkänning och perspektivtagande. En del av kontexten för behandlingen är huruvida

informerarna har haft möjlighet att finna stabilitet i gruppen. I följande citat belyser en informant kontexten för behandling:

Jag tror inte gruppterapin hade funkat utan otroligt tydliga riktlinjerna på vad som får ske och inte ske. Jag tänkte att alla sitter där och inte vill ha med varandra att göra, för det var ju lite så början. Men sen mot mitten och slutet så märkte man ju att folk började tycka om varandra, vi har ju alltid en rast i mitten, det är ju otroligt långa gruppterapier och i mitten har vi alltid en rast och då brukar vi alla gå ut ihop och ta lite frisk luft. Så dom här reglerna, riktlinjerna det hade inte funkat utan dom. Vi hade inte blivit en sammanhållen grupp som kan stötta varandra utan det.

Kontexten för behandlingen beskrivs påverkas av flera faktorer och inkluderar yttre faktorer såsom byte av terapeuter, förändring i gruppammansättningen och omförhandling av behandlingskontraktet. Dessa faktorer påverkas av hur länge informanterna gått i behandling och flera av informanterna rapporterade exempelvis byte av terapeut, nya deltagare i gruppen och påverkan av andra gruppdeltagares avslut av behandling. Kontexten för behandlingen upplevs därför som föränderlig av informanterna, då yttre faktorer såsom anslag kan komma att förändras. Faktisk förändring samt möjligheten att influera behandlingsupplägget påverkade upplevelsen av gruppssammanhållning. En informant beskriver kontextuell förändring över tid på följande sätt:

Det var där började ta fart och började gå snabbare med sammanhållning och läxor, vi hade redan lite sammanhållning i den andra gruppen och det gick liksom bra i den andra gruppen också men det började gå så mycket fortare.

Subtema 4.1: Yttre påverkansfaktorer

Informerarna beskriver att sådant som sker utanför terapin kan influera gruppssammanhållning. Informanterna jämför yttre påverkansfaktorer med andra påverkande faktorer och menar att kontexten kan påverka gruppssammanhållningen. Informanterna menar

att sådant som lokalbyte kan påverka mer än exempelvis byte av terapeut. Andra exempel som påverkat upplevelsen av gruppsammanhållning är indragen rast och förändringar i sessionernas längd som en följd av förändrade anslag. Ett citat från en informant belyser yttre påverkan: "Det påverkade nog mer att vi bytte rum mer än att vi bytte terapeuter. Vi gick från att ha ett rum som kändes – ja, som var vårt – till ett rum inte kändes lika skyddad".

Subtema 4.2: Kontrakt

Av analysen framgick det att det kontrakt som utformas tillsammans med de andra gruppdeltagarna och terapeuterna har påverkat upplevelsen av gruppsammanhållningen. Informanterna beskriver att kontraktet innehåller förhandlingsbara ramar som underlättar för att skapa en god gruppsammanhållning och det framgår också att reglerna är en förutsättning för en bra kontext. Följande citat belyser kontraktets påverkan på gruppsammanhållning enligt en informant: "Om det inte hade varit ett krav, det vi skriver på ett litet kontrakt i början så hade det blivit segregerat i gruppen. Folk hade känt sig utanför och det hade förstört hela sammanhållningen"

Subtema 4.3: Gruppsammansättning

Sammansättningen av gruppernas medlemmar är en del av kontexten i vilken terapin bedrivs och i analysen framgår det att sammansättningen kan påverka upplevelsen av gruppsammanhållning. Informanternas berättelser om gruppsammansättning innehåller både för- och nackdelar med såväl heterogena som homogena grupper och att dessa kan påverka upplevelsen av gruppsammanhållning. Heterogenitet beskrivs som en påverkansfaktor på så sätt att informanternas individuella upplevelser kan bidra till ökad förståelse för hur svårigheter kring BPS kan ta sig uttryck. Homogenitet beskrivs som att liknande erfarenheter kan verka som katalysator för att skapa bra gruppsammanhållning. En informant kommenterar gruppens sammansättning i följande citat: "Ett tag var vi väldigt mycket unga tjejer i gruppen och så hade vi en kille och det funkade bra och hade det kommit in en annan kille hade säkert

det också funkat bra för det var skönt att ha lite input från ett manligt håll också ibland, så jag vet inte jag tror bara att det var skönt att alla behövde något att hålla ihop med.”

Subtema 4.4: Stabilitet

Analysen visar att stabilitet är en påverkande faktor för hur grupsammanhållning upplevs. Informanterna menar att de har haft nytta även av tillfälliga grupper, men att grupsammanhållning blir lidande som en följd av bristen på stabilitet i dessa grupper. Informanterna menar också att stabilitet, exempelvis i form av regelbundna träffar med samma gruppdeltagare över lång tid, utgör en grund för att kunna uppleva god grupsammanhållning. En informant beskriver hur stabilitet påverkar grupsammanhållningen i följande citat:

Vi har haft temporära grupper där flera grupper ses samtidigt och det blir inte riktigt samma. För då är det lite olika, alla dyker inte upp varje gång och så. Det är inte negativt att gå dit men det blir inte lika effektivt. Man delar med sig av så personligt fakta som gör att man etablerar en tillit ganska snabbt jämfört med hur det brukar vara i andra sammanhang.

Kärntema: Den komplexa processen att utveckla gemenskap vid relationell ovisshet och emotionell instabilitet

Kärntemat benämns som *den komplexa processen att utveckla gemenskap vid relationell ovisshet och emotionell instabilitet* och utgör den teori som beskriver den kompletta upplevelsen av grupsammanhållning för personer i DBT-behandling med borderline personlighetssyndrom. Grupsammanhållning kan förstås utifrån upplevelsen av den organiska processen att utveckla relationer och trygghet i en behandlingsgrupp. Upplevelsen färgas dels av emotionell påverkan och även den kontext i vilken behandlingen bedrivs. Den komplexa processen att utveckla balans vid relationell ovisshet och emotionell instabilitet förändrades över tid. Förändring över tid påverkade upplevelsen av de fyra

huvudtemana samt de 15 subtemana. Informanterna presenterade en upplevd skillnad av grupsammanhållning vid gruppens början jämfört med i slutet av behandlingen.

Kärntemat består av fyra samverkande huvudteman vilka är *trygghet, socialt samspel, emotionell påverkan* och *kontext för behandling* (figur 3). Grupsammanhållning består av ett spektrum av upplevelser där ena sidan innefattar att känna total tillit och stabilitet till gruppen och dess medlemmar i kombination med ett tillåtande klimat som möjliggör genuina relationer. Andra sidan beskriver dålig grupsammanhållning där socialt isolerade individer upplever invalidering och obehagskänslor. Utgångspunkten för grupsammanhållning är inte neutral då förväntningar och tidigare erfarenheter påverkar deltagares inställning till gruppterapi. Grupsammanhållningen vilar inte statiskt utan det som sker i gruppen över tid förändrar informanternas attityd till gruppterapi. Det relationella nätverket och förståelsen för behandlingskontexten påverkar också upplevelsen av grupsammanhållning. Genom att över tid förstå sig själva med hjälp av andra kan förutsättningarna för god grupsammanhållning främjas bland gruppmedlemmarna för att på så vis möjliggöra en hållbar och stabil behandlingskontext.



Figur 3: Visuell representation över kärntemat och dess uppbyggnad samt huvudtemanas samverkan.

Diskussion

Denna studie syftade till att undersöka patientperspektivet av grupsammanhållning för patienter med borderline personlighetssyndrom vid dialektisk beteendeterapi som behandlingsmetod. Utifrån resultaten i denna studie kan upplevelsen av grupsammanhållning vid DBT som behandlingsmetod för BPS sammanfattas som en process där patienter utvecklar gemenskap till andra gruppdeltagare samtidigt som de upplever emotionell instabilitet och relationell ovisshet. Processen är komplex och en samverkan sker mellan flera faktorer, både subteman samt huvudteman, på ett såväl positivt som negativt sätt över tid.

Gruppsammanhållning, terapeuter och påverkan av tid

I tidigare litteratur har terapeutens inverkan på gruppsammanhållning betonats vid utvärderingar av gruppsammanhållning och att gruppsammanhållningens kvalitet påverkar behandlingsutfallet (Burlingame et al., 2018). Informanternas beskrivning av terapeutens inverkan på gruppsammanhållning är samstämmig med ett av resultaten som Burlingame et al. (2018) presenterar vilket är att terapeuten har beskrivits som en påverkande faktor för upplevelsen av gruppsammanhållning. Denna studies informanter beskriver att kunniga och engagerade terapeuter som kan ses som delaktiga i gruppen, påverkar gruppsammanhållningen positivt. Terapeuter som beskrivs vara tvungen att undanhålla information och därmed vara mindre engagerade i processen beskrivs påverka gruppsammanhållningen negativt. Utifrån forskningen av Burlingame et al. (2018) och studiens resultat nyanseras den komplexa rollen som terapeuter innehar vid gruppterapi där de måste agera som terapeuter och samtidigt som gruppdeltagare.

Vidare beskriver Bonsaksen et al. (2013) att tid är en viktig påverkansfaktor för upplevelsen av gruppsammanhållning. I linje med dessa resultat rapporterar informanterna att upplevelsen av gruppsammanhållning inte är konstant över tid, utan att den är en levande process. Trygghet, socialt samspel, emotionell påverkan och kontexten för behandlingen har påverkats av tid på så sätt att informanterna menar att de olika delarna av gruppsammanhållning har blivit bättre ju längre de gått i terapi. Burlingame et al. (2018) rapporterar påverkan av tid utifrån antal gruppssessioner och att antalet sessioner spelar roll för upplevelsen av gruppsammanhållning. Även dessa resultat är i linje med hur informanterna beskriver att tid påverkar deras upplevelse av både arbetsrelationen samt den interpersonella delen av gruppsammanhållning. Även Chapman och Kivlighan (2019) beskriver att den relationella upplevelsen av gruppsammanhållning påverkas av tid då relationerna påverkas positivt och meningsfulla relationer kan uppstå. Dessa resultatet är i linje med informanternas

upplevelse. Informanterna beskriver att de i början av gruppterapin kände sig som isolerade medan de i slutet av terapin beskriver relationerna som betydelsefulla och hjälpsamma för sin behandling. Något som riskerar att göra terapeuternas arbete, i förhållande till utveckling av gruppssammanhållning över tid, mer komplext är de individuella utvecklingskurvor som kan tänkas finnas hos patienterna. Vissa informanter beskriver att en känsla av trygghet infann sig snabbt medan andra menar att det tog lång tid innan de kunde känna trygghet. Urvalet i denna studie består av personer som valt att fullfölja sin behandling. Det är möjligt att de som avslutar sin behandling i förtid följer en annan kurs gällande utveckling av gruppssammanhållning. Denna individuella variation innebär svårigheter att implementera generaliserade lösningar som fungerar för alla individer vid samma tidpunkt. Individuell variation försvårar alltså för hur terapeuterna kan arbeta med gruppssammanhållning och den påverkan som tid har på upplevelsen av gemenskap.

Gruppssammanhållning och BPS

Resultatet indikerar att emotioner påverkar upplevelsen av gruppssammanhållning. För informanterna syftar detta inte enbart till de upplevda emotionerna kopplade till relationer inom terapigruppen, utan även emotionell instabilitet som en följd av syndromet. Denna emotionella instabilitet beskrivs som ett hinder för god gruppssammanhållning då informanterna upplever dessa känslor som negativt påverkande. Dessutom riskerar funktioner såsom perspektivtagande och att vara emotionellt närvarande att hämmas till följd av denna instabilitet. Positiva känslor beskrivs underlätta för gruppssammanhållning mellan både deltagare till deltagare och även terapeut till deltagare, då det underlättar utvecklingen av goda relationer. Fonagy et al. (2003) kopplar utvecklingen av BPS till otrygg anknytning. Ett otryggt anknytningsmönster har beskrivits påverka den känslomässiga upplevelsen av relationer negativt (Below, 2020). Otrygg anknytning karaktäriseras av svårigheter att reglera sina känslor, känslan av att omgivningen är opålitlig och en rädsla för att bli avvisad med ett

samtidigt behov för relationell närhet (Below, 2020). Emotionell påverkan till följd av BPS beskrivs av informanterna som påverkande på hur de agerar under gruppsessioner. Att vara starkt påverkade av instabila emotioner försvårade utvecklandet av gruppsammanhållning. Mindre påverkan av syndromet beskrevs underlätta för att utveckla god gruppsammanhållning. Detta kan innebära att symtomintensitet riskerar att påverka de relationer som utvecklas i gruppterapi vilket i förlängning påverkar gruppsammanhållningen. Informanterna beskriver emotionell distans vid början av sin behandling och distansen beskrivs förminska över tid. Denna förbättring beskrivs i samband med ökad trygghet och ökat förtroende för både andra gruppdeltagare och gruppens terapeut. Det är dock värt att notera att dessa resultat kommer från deltagare som upplevt reduktion av symtom i samband med behandling. Det är möjligt att patienter som inte upplevt god effekt av behandlingen skulle beskriva upplevelsen med förändring av emotionell påverkan över tid på ett annat sätt. Below (2020) beskriver att funktionen av trygg anknytning innebär att en person kan besitta förmågan att reglera sina känslor, våga känna tillit och trygghet samt att det underlättar skapandet av relationer. Informanterna beskriver liknande funktioner av god gruppsammanhållning över tid. Processen att skapa gemenskap vid både emotionell instabilitet och relationell ovisshet kan bidra till upplevelsen av trygghet. Om en person har en otrygg anknytning kan upplevelsen av trygghet vara värdefull för utvecklandet av god gruppsammanhållning.

Vidare berättar informanterna om att det till en början finns ett behov av yttre hjälp för att reglera affektiva påslag, både av terapeuter och andra gruppdeltagare. Informanterna lyfter även vikten av kontextuell stabilitet där det finns tydliga riktlinjer och regler som går att återfinna i behandlingskontraktet. Denna tydlighet beskrivs av informanterna som positivt inverkan på gruppsammanhållningen. Below (2020) beskriver att genom att skapa ett förutsägbart och förstående klimat ökar möjligheten för att skapa trygga anknytningar. Ett

gruppklimat där det dialektiska synsättet och validering av emotioner främjas, kan öka den upplevda tryggheten, vilket är i linje med Belows (2020) beskrivning.

Informanterna menar att konflikter påverkar upplevelsen av gruppsammanhållning och att huruvida en konflikt kan lösas på ett tillfredställande sätt eller inte spelar stor roll för konfliktens implikationer på gruppsammanhållningen. En möjlig tolkning av detta resultat är att funktionen av konfliktlösning är densamma som reparation av alliansbrott, vilket är förknippat med goda behandlingsutfall (Eubanks et al., 2018). Alliansbrott som inte löses på ett tillfredställande sätt är förknippade med sämre utfall av behandlingen (Eubanks et al., 2018). Informanterna i denna studie beskriver att konflikthantering som varit mindre bra har påverkat upplevelsen av gruppsammanhållning negativt, vilket kan tolkas som kongruent med tidigare litteratur om alliansbrott. Att just hanteringen är det centrala för hur en upplevelse kan komma att påverka den fortsatta gruppsammanhållningen går att finna i tidigare empiri (Kivlighan et al., 2020). Det är av vikt att terapeuter fokuserar på lösningen av konflikter istället för att minimera frekvensen av dem, eftersom det beskrivs som viktigare av informanterna. Något som gör konfliktlösning i grupp komplext är att det alltid är minst två som träter. Vid lösning av alliansbrott räcker det att de båda parterna är nöjda med utfallet. I gruppterapi kan det finnas många viljor och lika många tolkningar, vilket gör att konfliktlösning i gruppterapi är mer komplext än konfliktlösning i individualterapi. Slutligen är det viktigt att inte bara de som är involverade i konflikten känner sig nöjda med lösningen utan hela gruppen måste nå denna konsensus.

Gruppsammanhållning och DBT

Tidigare forskning beskriver att patienter med BPS har upplevt oförståelse för syndromet från vårdpersonal (Carrotte et al., 2019). Dessa resultat är inte överensstämmande med den upplevelse som förmedlas av informanterna i denna studie i samband med gruppsammanhållning. I denna studie har informanterna snarare beskrivit att de upplevt

förståelse för sina svårigheter i samband med behandling. Att informanterna har gått i en specialiserad behandling kan vara anledningen till att de beskrivit att de blivit förstådda. Detta beror sannolikt på att kontexten för DBT-behandlingen upplevs som professionell och att terapeuterna har en adekvat utbildning som inkluderar förståelse för BPS. Det är möjligt att även deltagarna i denna studie har upplevt oförståelse från vårdpersonal som inte arbetar på en specialiserad mottagning. Det är dock inte dessa upplevelser som är i fokus i denna studie. En annan anledning kan tänkas vara att informanterna beskriver att de blivit placerade i en grupp där andra har liknande erfarenheter som de själva och att deras emotionella upplevelse därmed kan normaliseras. Gruppsammansättningen diskuteras i DBT-materialet och homogenitet gällande gruppdeltagares svårigheter beskrivs som fördelaktigt för goda behandlingsresultat (Linehan & Linehan, 2015). I DBT-materialet framgår det dock att grupsammansättningen utöver psykiatrisk problematik kan vara heterogent. Exempel på heterogenitet är könsidentitet, ålder, utbildningsbakgrund och gruppen kan ha denna variation utan att behandlingen mister de fördelar som kommer med homogenitet gällande symptom. I denna studies resultat framgår att homogenitet i form av liknande svårigheter har varit en styrka även i förhållande till grupsammanhållning. Samtidigt har det beskrivits att heterogenitet i form av exempelvis olika könsidentitet, och därmed olika perspektiv, i samma grupp har varit fördelaktigt för grupsammanhållningen.

Riktlinjer kring grupsammanhållning nämns i DBT-materialet. Exempelvis föreslår Linehan och Linehan (2015) att det i färdighetsträningssessionerna hålls en rast under vilken gruppdeltagarna får möjlighet att interagera. Under denna rast bör terapeuten vara tillgänglig men passiv för att främja utvecklingen av just grupsammanhållning mellan patienterna. Utifrån resultatet i den aktuella studien framkom att ett beslut om indragen rast som inte förankrades i gruppen påverkade upplevelsen av grupsammanhållning negativt. En möjlig tolkning av detta resultat är att rasten fyller en viktig funktion för utveckling av gemenskap.

Dessa resultat kan därför innebära att de riktlinjer som ges av Linehan och Linehan (2015) inte ska frångås med hänsyn till patienternas syn på grupsammanhållning. Om det ändå är tvunget att frångå riktlinjerna är det önskvärt att inkludera gruppen i beslutet och därmed få mindre negativ påverkan på grupsammanhållningen. Det som är viktigt utifrån denna studies resultat är att terapeuterna är flexibla och uppvisar transparens gentemot patienterna snarare än en rigiditet utifrån DBT-materialet, för att främja en god utveckling av grupsammanhållning.

Syftet med DBT-behandlingen är att skapa förändring i informanternas liv och minska lidande som uppstår till följd av BPS. Utifrån detta syfte i kombination med informanternas beskrivning av grupsammanhållning och dess påverkan på genomförandet av behandlingen kan tre hypoteser formuleras.

1. Det kan tänkas att resultatets teman, som tillsammans skapar gemenskap i gruppen, även påverkat genomförandet av färdighetsträningen. Temana som påverkat är: trygghet, socialt samspel, emotionell påverkan och kontext för behandling. En möjlig tolkning är att upplevd trygghet underlättar för medveten närvaro och krishantering. Socialt samspel kan tänkas underlätta för interpersonell effektivitet. Emotionell påverkan kan eventuellt skapa möjligheter för att träna emotionsreglering. En stabil behandlingskontext kan tänkas öka möjligheten för acceptans vid exempelvis kris och konflikt.

2. Färdighetsträning påverkar kvaliteten av grupsammanhållning. Exempelvis är en möjlig tolkning att färdigheter såsom medveten närvaro ökar den upplevda tryggheten och att emotionell påverkan på grupsammanhållningen blir bättre till följd av ökad förmåga till emotionsreglering.

3. Förändring av kvalitet är bidirektionell det vill säga att grupsammanhållning förbättrar färdighetsträningen och vice versa.

På grund av metodvalet och de kvalitativa resultaten kan riktning, frekvens eller mängd inte undersökas. Resultaten syftar till att generera hypoteser. Utifrån detta resonemang är ytterligare en hypotes att de teman som presenterats i resultatet interagerar med kvaliteten av färdighetsträningen.

Linehan och Linehan (2015) menar att det är enskilda individer i DBT-behandlingen som har ansvar för gruppssammanhållning. Informanternas syn på gruppssammanhållning utgår snarare från ett synsätt där gruppen som helhet tar ansvar. Ett möjligt skäl till denna diskrepans är att Linehan och Linehan (2015) betonar terapeutens ansvar att motivera individen till att bidra till utvecklingen av god gruppssammanhållning. Informanternas syn utgår mer från gruppen som helhet där allt sker i samverkan och på så vis bidra till utvecklingen av gemenskap.

Metoddiskussion

Denna studie använder sig av kvalitativ metod vilket innebär såväl styrkor som svagheter. Studien har genomförts med hjälp av semistrukturerade intervjuer och resultaten rapporteras i textform utifrån en induktiv tematisk analys. Att den använda analysen syftar till att generera ett resultat som är baserat på just text är ett exempel på en definition av kvalitativ metod (Langemar, 2008). Att analysera språk och användningen av semistrukturerade intervjuer möjliggör att beskriva ett fenomen – gruppssammanhållning – utifrån dess fulla komplexitet och motiverar därmed metodvalet till studien. Samtidigt innefattar en språklig analys semantiska svårigheter som kan göra resultaten svåra att tolka: är informanternas definition av *trygghet* densamma som författarnas? Flexibiliteten i den semistrukturerade intervjun är en förutsättning för en induktiv analys samtidigt som många begrepp som framkommer i data riskerar att sakna en objektiv definition. Resultaten i denna studie gör förvisso inte anspråk på att försöka förklara ett fenomen utifrån en objektiv, allmänt

vedertagen definition. Dock utgör den inneboende komplexitet som förekommer i det talade språket en svårighet i tolkningsprocessen av studiens resultat.

Det finns många fördelar med induktiv tematisk analys. Exempelvis har metoden beskrivits som lämplig för nybörjare och eftersom metoden inte förutsätter att analysen utgår från tidigare empiri är metoden lämplig för hypotesgenerering (Langemar, 2008). En kritik mot metoden är att trots ett komplext och omfattande innehåll kan den kodningsprocess som metoden innefattar göra att resultaten riskerar att bli kontextlösa (Bryman, 2011).

I denna studie ombads informanterna att berätta om minnen kring upplevelser kopplade till grupsammanhållning. Detta förfarande syftade till att beskriva den komplexitet som hypotiserades finnas kring fenomenet. Det retrospektiva förfarande kan tänkas komma med en viss bias. Exempelvis är det möjligt att informanterna som gått i en behandling och förhoppningsvis fått hjälp med syndromet som är anledningen till deras vårdkontakt känner sig manade att beskriva en positiv utveckling ju längre in de kommer i sin behandling. Då vissa av deltagarna fortfarande gick i behandling är det även möjligt att de upplevde att de var tvungna att rapportera en positiv bild av sina terapeuter, något som kan beskrivas som social önskvärdhet. Det är även möjligt att deltagarna upplevde sociala önskvärdhetskrav vid intervjutillfällena gentemot författarna. Inför datainsamlingen fick deltagarna information om studien, vilket kan skapa en viss förväntanseffekt där informanten planerar vilka minnen som ska återberättas redan innan intervjutillfället. Detta kan innebära att data som genereras saknar djup.

Ett handplockat urval användes vid rekrytering av informanter. Att ha handplockade informanter är en styrka då de kan bidra med relevant information samt mötte inklusionskriterier som ansågs nödvändiga för att uppnå teoretisk mättnad och därmed öka den kvalitativa kvaliteten (Langemar, 2008). Efter åtta intervjuer hade teoretisk mättnad uppnåtts. Ytterligare en intervju genomfördes för att kontrollera att ny information inte

tillkom och den sista intervjun fyllde därmed funktionen som kontroll till teoretisk mättnad. En annan styrka, trots att det var en slump, var den goda fördelningen på både ålder och kön mellan informanterna. Denna spridning innebär både god bredd och djup i data som genererades (Langemar, 2008). Nämnvärt är att informanter för denna studie kom i kontakt med författarna via information från deras vårdenhet. Detta kan tänkas vara individer som har ett gott samarbete med den vårdenhet de tillhör vilket kan påverka informationen de delger. En svaghet kan därför vara att data från individer som inte har ett gott samarbete med deras vårdenhet saknas. Det är möjligt att patienter som av någon anledning valt att avsluta sin behandling i förtid, eventuellt på grund av sådant som dåligt samarbete med de andra och terapeuterna, eller på grund av uteblivet resultat, saknas i urvalet. Detta skulle kunna innebära en bias så till vida att gruppssammanhållning kan beskrivas ur ett annat perspektiv än det i denna studie.

För att öka den kvalitativa trovärdigheten så genomlästes och genomarbetades såväl datasetet som analysen av båda författarna. Det hade varit önskvärt att detta förfarande kunde göras av tredje part, så kallad forskartrianglering. Forskartrianglering innebär att datainsamlingen har genomförts av flera forskare (Lincoln & Guba, 1985). Det fanns inte möjlighet att använda sig av detta förfarande.

Vidare så har data genomarbetats av båda författarna, dels individuellt och som forskarpar. Slutligen har resultaten diskuterats löpande under handledning i syfte att öka den kvalitativa trovärdigheten, vilket är i linje med rekommendationerna från Nowell et al. (2017). En svaghet är att författarna inte hade möjlighet till att göra en datatrianglering i brist på tid och riskerar således att påverka den kvalitativa trovärdigheten negativt.

Denna studies metodologi är kvalitativ, vilket innebär att resultaten inte undersöker frekvens av undersökta fenomen i denna population. På samma sätt gör studien inte anspråk på att väga betydelse av temana mot varandra. För att möjliggöra att studiens resultat kan

användas av andra, det vill säga studiens överförbarhet (eng. Transferability), som önskar fortsätta att undersöka ämnet har författarna tagit hänsyn till vad Geertz (1973) beskriver som “thick descriptions”. Praktiskt sett så innebär detta att analysen och klargörande citat är beskrivna på ett sätt som möjliggör även för utomstående att förstå processen som lett fram till det slutgiltiga resultatet. Huruvida dessa resultat är applicerbara i andra sammanhang än i denna uppsats är dock upp till läsaren att avgöra (Lincoln & Guba, 1985).

För att uppnå hög tillförlitlighet användes loggbok för att dokumentera forskningsprocessen och utgöra ett minnesstöd för författarna. Detta minnesstöd underlättade för en systematisk och reflexiv forsknings- och kodningsprocess (Braun och Clarke, 2006). I denna studie bifogas ett antal bilagor för att möjliggöra transparens till hur resultaten uppnått. Langemar (2008) och Braun och Clarke (2006) exemplifierar hur en logisk struktur kan uppnås i kvalitativa uppsatser och deras råd har använts för att uppnå en logisk följd i studiens olika avsnitt.

Framtida forskning

De tre hypoteser som genererades bör undersökas vidare såväl kvalitativt som kvantitativt. Gruppsammanhållningens påverkan på färdighetsträningens olika moduler kan med fördel undersökas kvalitativt i syfte att förstå dess fulla komplexitet. Hur stor påverkan olika delar av gruppsammanhållningen har på DBT-behandlingen i allmänhet och på färdighetsträningen i synnerhet kan undersökas kvantitativt.

Framtida forskning kan med fördel fokusera på upplevelsen av gruppsammanhållning i andra behandlingskontexter än den i denna studie. Gruppterapi bedrivs i syfte att behandla BPS inom andra terapiskolor än inom DBT, exempelvis mentaliseringsbaserad terapi (MBT). Upplevelsen av gruppsammanhållning kan med fördel undersökas även i denna kontext.

I denna uppsats har deltagare som antingen genomfört sin behandling eller valt att inte avbryta sin behandling i förtid rekryterats. Anledningen till denna rekrytering var att

finna deltagare som kunde ge både djup och bred information om grupsammanhållning på ett sätt som var givande för frågeställningen. Fenomenet bör därför undersökas även bland patienter som valt att avbryta sin behandling i förtid. Det är möjligt att data från dessa patienter skiljer sig från patienter som fullföljer sin behandling. Att fokusera på en patientgrupp som valt att visa sin missnöjdhet genom att avbryta behandlingen kan vara en ingång till ytterligare perspektiv på grupsammanhållning och gemenskap i gruppterapi. En annan idé är att fokusera på patienter som nyligen påbörjat sin gruppbehandling och exkludera de som gått i terapi mer än sex månader i egenskap av att kontrollera för utvecklingen av grupsammanhållning över tid.

Utöver patientupplevelsen kan vidare komplexitet till ämnet grupsammanhållning inom BPS-fältet uppnås genom att intervjua terapeuter som bedriver gruppterapi, vilket är ett förslag till en framtida studie. En intressant del av det som utgjorde resultatet för denna studie är symtomintensitetens påverkan på den upplevda grupsammanhållningen vilket kan tänkas vara föremål för vidare forskning. Framtida forskning kan även fokusera på annan typ av problematik som också behandlas i gruppterapeutiska sammanhang (eg. sömnsvårigheter, beroendeproblematik, smärtproblematik etc.).

Då metodologin i denna studie är kvalitativ kan framtida studier med fördel använda sig av ett kvantitativt tillvägagångssätt, exempelvis för att undersöka huruvida det är signifikant skillnad mellan de olika teman påverkan på grupsammanhållning. Informanterna i denna studie beskriver att det finns en skillnad i deras upplevelse beroende på när i terapin de befinner sig. Denna data har dock genererats av personer i efterhand snarare än samtidigt som upplevelsen inträffar. En framtida studie kan med fördel göras med longitudinell metodologi för att på så sätt kunna få upplevelsen beskriven utan risk för det bias som det innebär att förklara något i efterhand. Genom vidare

forskning om gruppsammanhållning och dess användbarhet inom gruppterapi kan terapeuter i framtiden förhoppningsvis främja goda behandlingsresultat.

Kliniska implikationer

Denna studie utgår från patienters perspektiv och ur detta perspektiv kan ett aktivt arbete med gruppsammanhållning benämnas som positivt. I kliniska sammanhang är det av vikt att ta in just patientperspektivet på de fenomen som kan tänkas uppstå. Det resultat som framkommit i denna studie kan tänkas utgöra riktlinjer för terapeuter eller behandlare för de relationella behov som uppstår vid gruppterapi. Exempelvis är det av vikt att behandlare förstår skillnaden i att lösa de svårigheter som uppstår på ett tillfredsställande sätt jämfört med att försöka motverka att svårigheterna över huvud taget uppstår. Informanterna beskriver att upplevelsen av god gruppsammanhållning var viktig för att genomföra en behandling som ofta är krävande och svår att slutföra. Det kan därför tänkas vara viktigt att utvärdera upplevelsen av gruppsammanhållning dels i gruppterapi men också i den individuella terapin som är en del av DBT-behandlingen. Att utvärdera gruppsammanhållning med jämna mellanrum kan ge insyn i de olika domänerna som utgör gruppsammanhållning och hur man kan intervensera för att förbättra dessa.

Sammanfattning

Patienter med BPS upplever att processen att utveckla gemenskap är central för upplevelsen av gruppsammanhållning i en behandlingskontext av DBT. Processen kompliceras ytterligare av att patienterna framförallt till en början upplever emotionell instabilitet och relationell ovisshet.

Utifrån resultaten i denna studie kan fyra huvudteman och deras samverkan beskriva den komplexa upplevelsen av gruppsammanhållning i en DBT-behandling och dessa fyra huvudteman är: trygghet, emotionell påverkan, socialt samspel och kontexten för behandlingen. Den teori som bäst beskriver dessa teman är *den komplexa processen att*

utveckla gemenskap vid emotionell instabilitet och relationell ovisshet som därmed utgör denna studies kärntema.

Denna studie bidrar med ökad förståelse för grupsammanhållning ur ett patientperspektiv för personer med borderline personlighetssyndrom som behandlas i dialektisk beteendeterapi. Den kvalitativa ansatsen möjliggör att beskriva grupsammanhållning och all komplexitet kring grupsammanhållning. Hypoteserna som genereras i denna studie öppnar upp för vidare forskning om grupsammanhållning och dess implikationer för patienter i gruppterapi.

Referenser

- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5. ed.) American Psychiatric Association.
- Aronsson, G. (2012). *Arbets- och organisationspsykologi: individ och organisation i samspel*. (Första upplagan). Natur & Kultur.
- Barlow, D.H. (red.) (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*. (Fifth edition.) The Guilford Press.
- Below, C.V. (2020). *Anknytning i psykoterapi*. (Första utgåvan). Natur & kultur.
- Bonsaksen, T., Borge, F.-M., & Hoffart, A. (2013). Group climate as predictor of short- and long-term outcome in group therapy for social phobia. *International Journal of Group Psychotherapy*, 63(3), 395–417. <https://doi.org/db.ub.oru.se/10.1521/ijgp.2013.63.3.394>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.). Liber.
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Yang, C. (2018). Cohesion in group therapy: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 384–398. <https://doi.org/db.ub.oru.se/10.1037/pst0000173>
- Carey, B. (22 oktober 2011). Expert on Mental Illness Reveals Her Own Fight. <https://www.nytimes.com/2011/06/23/health/23lives.html>. *New York Times*.
- Carrotte, E., Hartup, M., & Blanchard, M. (2019). “It’s very hard for me to say anything positive”: A qualitative investigation into borderline personality disorder treatment experiences in the Australian context. *Australian Psychologist*, 54(6), 526–535. <https://doi-org.db.ub.oru.se/10.1111/ap.12400>

- Chapman, N., & Kivlighan, D. (2019). Does the cohesion–outcome relationship change over time? A dynamic model of change in group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, And Practice*, 23(2), 91-103. doi: 10.1037/gdn0000100
- DBT-Sverige. (16 februari, 2021). *Studie om erfarenheter av gruppterapi på Örebro Universitet*. <https://dbtsverige.se/studie-om-erfarenheter-av-gruppterapi-pa-orebro-universitet/>. Hämtad 13 april, 2021.
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508–519. <https://doi-org.db.ub.oru.se/10.1037/pst0000185.suppl> (Supplemental)
- Folkhälsomyndigheten. (2 februari, 2021) *Nationella allmänna råd och rekommendationer för att minska spridningen av covid-19*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c8d4baa02b5a4f31994e4f98c8c4c3fc/hslf-fs-202130.pdf>. Hämtad 23 April 2021.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J., & Bateman, A. (2003). The Developmental Roots of Borderline Personality Disorder in Early Attachment Relationships: A Theory and Some Evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412-459. doi: 10.1080/07351692309349042
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personality Disorder And Emotion Dysregulation*, 4(1). doi: 10.1186/s40479-017-0061-9
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. Basic Books.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. (1989). Fourth generation evaluation. Sage.
- Kernberg, O.F. (1986). *Inre värld och yttre verklighet: tillämpad objektrelationsteori*. Natur & kultur.

- Kivlighan, D. M., III, Swancy, A. G., Smith, E., & Brennaman, C. (2020). Examining racial microaggressions in group therapy and the buffering role of members' perceptions of their group's multicultural orientation. *Journal of Counseling Psychology*. Advanced online publication. <https://doi-org.db.ub.oru.se/10.1037/cou0000531>
- Kåver, A & Nilsonne, Å. (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning: teori, strategi och teknik*, Natur & kultur.
- Lag (SFS 2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.
Utbildningsdepartementet.
- Larsson, S. (2005). Om kvalitet i kvalitativa studier. *Nordisk Pedagogik*, 25, s. 16-35.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi: att låta en värld öppna sig*. (1. uppl.) Liber.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., & Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757–766. <https://doi-org.db.ub.oru.se/10.1001/archpsyc.63.7.757>
- Linehan, M., M. & Linehan, M. (2015). *DBT skills training manual*. (Second edition.) The Guilford Press.
- Morberg Pain, C., Sundström, N. & Tysklind, F. (2018). *MBT i teori och praktik: om mentaliseringsbaserad terapi*. (Första utgåvan). Natur & Kultur.
- Neacsiu, A. D., & Linehan, M. M. (2014). Borderline personality disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (p. 394–461). The Guilford Press.

- Norcross, J.C. (red.) (2011). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness*. (2nd ed.) Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102. <https://doi-org.db.ub.oru.se/10.1037/a0022161>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). *Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria*. *International Journal of Qualitative Methods*, 16. S. 1–13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Palombo, J., Bendiczen, H., & Koch, B. (2009). *Guide to psychoanalytic developmental theories*. Springer.
- SBU. (2005). *Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning*. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU Alert-rapport nr 2005-07. ISSN 1652-7151. <http://www.sbu.se>
- Schore, A. (2002). Advances in Neuropsychoanalysis, Attachment Theory, and Trauma Research: Implications for Self Psychology. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 433-484. doi: 10.1080/07351692209348996
- Socialstyrelsen. (26 Januari, 2019a) *IPT-K - Integrerad psykologisk terapi – kognitiv träning*. <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/ipt-k-integrerad-psykologisk-terapi-kognitiv-traning/> Hämtad 09 Mars 2021
- Socialstyrelsen. (15 April, 2019b) *Tolvstegsbehandling enligt Minnesotamodellen*. <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/tolvstegsbehandling-enligt-minnesotamodellen/> Hämtad 09 Mars 2021

Socialstyrelsen. (04 Maj, 2019c) *Att arbeta evidensbaserat*

<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/arbete-evidensbaserat/> Hämtad 12 Mars 2021

Socialstyrelsen. (06 Maj, 2019d) *DBT - Dialektisk beteendeterapi*

<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/dbt-dialektisk-beteendeterapi/> Hämtad 09 Mars 2021

Socialstyrelsen. (30 Augusti, 2019e) *Kodning inom psykiatrin.*

<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/icd-10/psykiatrikoder/> Hämtad 09 Mars 2021

Socialstyrelsen (2021). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem: Systematisk förteckning: svensk version 2021: Del 1 (3) A-G.*

[Stockholm]: Socialstyrelsen.

Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., Gich, I., Alvarez, E., & Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 353–358.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.013>

VandenBos, G. R. (2006). *APA dictionary of psychology. 1.* American Psychological Association.

Vaughan, G., & Hogg, M. (2014). *Social psychology* (7th, [revised] edition.). Pearson.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* Vetenskapsrådet.

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy.* (5th ed.) Basic Books.

Bilagor

Bilaga 1 – Intervjuguide

1. Introduktion:

Jag tänkte börja med att läsa vår definition av gruppsammanhållning, eftersom det är den som vi kommer utgå ifrån under intervjun.

“Vi skriver en uppsats om gruppsammanhållning i gruppterapi. Vi tänker att gruppsammanhållning innebär relationerna och arbetsrelationerna som uppstår i din behandling och att det finns fyra varianter av dessa relationer: relationen mellan dig som individ och resten av gruppen, gruppens relation till dig, terapeutens påverkan på gruppen och även gruppen som helhet. Gruppsammanhållning kan alltså upplevas väldigt olika, även av individer i samma grupp. Vårt fokus i denna intervju kommer vara din upplevelse av gruppsammanhållning och hur du upplevde den under din behandling.

Är det något du vill fråga innan vi kör igång?”

2. Huvudfrågor:

“Kan du berätta om ett minne som du tycker representerar din upplevelse av gruppsammanhållning?”

“Kan du berätta om en situation från din gruppbehandling där gruppsammanhållningen har varit i fokus?”

3. Uppföljningsfrågor till huvudfrågorna

Har du något konkret exempel på det? - både positivt och negativt exempel

Hur kändes det?

Vad uppstod det för tankar?

Hur reagerade gruppen då?

Vad gjorde terapeuten?

Hur reagerade gruppen mot dig?

Hur reagerade du mot gruppen?

Finns det något ytterligare som du vill dela med dig av när det gäller just sammanhållning i gruppen vid gruppterapi?

Bilaga 2 – Mail – rekrytering

Hej,

Vi är två studenter som går termin 10 på psykologprogrammet vid Örebro universitet och det är dags att skriva examensuppsats på masternivå. Vi är intresserade av att skriva om upplevelsen av gruppterapi för patienter med Borderline personlighetssyndrom (BPS/EIPS) med fokus på gruppsammanhållning och det är därför som vi hör av oss till er.

Vi behöver er hjälp med att komma i kontakt med potentiella deltagare till studien.

Studien är tilltänkt att vara utformad som följande:

Studien kommer vara av kvalitativ karaktär för att undersöka olika teman som uppstår vid en semi-strukturerad intervju. Vi räknar med att 10-12 deltagare kommer uppfylla informationskravet, alltså tillräcklig mängd data, för att skapa en god kvalitativ bild av vad som värderas i en gruppterapi och gruppsammanhållning. Vi söker deltagare som har blivit diagnostiserade med BPS/EIPS och genomfört ett minimum av sex månaders gruppbehandling. Det är även viktigt att individerna som är villiga att delta inte är aktivt suicidala. Deltagarnas ålder ska vara minst 18 år utan övre tak, förutom detta är allt deltagande välkommet. Självklart kommer deltagandet vara anonymt och vi följer aktuella etiska riktlinjer. Intervjuerna kommer ske via en säker zoom-länk på grund av den rådande pandemin.

Vi skriver till er utav intresse att upprätta ett samarbete för att finna deltagare som kan individuellt delta i en semistrukturerad intervju. I detta samarbetet söker vi endast hjälp i att finna och/eller annonsera om möjligt deltagande i denna studie. Vi söker alltså inte några ytterligare resurser från er sida.

Kontakt sker via e-mailadress: gruppbehandlingsprojektet@gmail.com

På denna mail får ni kontakt med oss och den är även lämplig att lämna till intresserade deltagare.

Med vänliga hälsningar,

Alex Jönsson, psykologstudent.

Martin Thunell, psykologstudent.

Bilaga 3 – Rekryteringsblad**Hur var din upplevelse av sammanhållning i gruppterapi vid behandling för Emotionellt instabilt personlighetsyndrom?**

Hur har du upplevt gruppterapi? Vad i din upplevelse har gjort att du tänker på gruppterapi som positivt eller negativt? Vad har påverkat din upplevelse av gruppterapi?

Denna studie syftar till att utforska din personliga upplevelse av gruppterapi och gruppssammanhållningen. Genom att delta i denna studien kommer du att genomföra en intervju där psykologstudenter utforskar vad som var viktigt för din upplevelse av behandlingen.

Intervjun kommer genomföras via en säkrad videolänk på grund av den rådande pandemin och är cirka 45-60 minuter lång. Olika frågor kommer att ställas för fånga upp just din upplevelse. Syftet med ditt deltagande är att hitta olika teman/faktorer som kan vara viktiga för att lyckas med en god gruppssammanhållning.

För att kunna delta måste du vara 18 år eller äldre och genomfört minst sex månader av behandling som inkluderar gruppbehandling för Emotionellt instabilt personlighetsyndrom.

All inhämtad information kommer vara anonymiserad till den grad att informationen inte går att knyta till dig som person och kommer förvaras på säker och krypterad plats.

Den här studien genomförs av Örebro Universitet och är en del av ett examensarbete på psykologprogrammet. Om du har några frågor om projektet är du välkommen att kontakta forskningsledaren Fil Dr., Jan Carlsson på mailadress: jan.carlsson@oru.se

Vid intresse för deltagande:

Maila ditt namn och telefonnummer till mailadress:
gruppbehandlingsprojektet@gmail.com



Bilaga 4 – Samtyckesdokument för deltagande i forskningsstudie

Vi vill fråga dig om du är intresserad av att delta i ett forskningsprojekt. I detta dokument kommer du få information om projektet och vad det innebär att delta.

Vad är detta för typ av projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Vi är två psykologstudenter som håller på att avsluta vår utbildning och som en del av vårt examensarbete har vi valt att skriva om upplevelsen av gruppterapi. Mer specifikt skriver vi om upplevelsen av sammanhållning i gruppterapi för behandling av Emotionellt instabilt personlighetssyndrom/Borderline personlighetssyndrom. Det vi är intresserade av är din egna upplevelse av terapi och framförallt vad sammanhållning har betytt i din behandling. Tidigare forskning antyder att mer forskning kring just upplevelsen av gruppterapi behövs.

Denna studie utgår ifrån Örebro universitet och ambitionen är dels att skapa ett bra examensarbete och även att bidra med fördjupad kunskap till psykologprogrammet om gruppterapi.

Studien görs som en del av Örebro universitets verksamhet, som också är ansvarig för projektet.

Hur är tillvägagångssättet för studien?

Du kommer bli intervjuad om din personliga upplevelse av gruppterapi. Intervjun beräknas ta mellan 45-60 minuter och dessa intervjuer kommer spelas in för att möjliggöra vidare analys av ämnet. Du kommer få olika typer av frågor och under intervjun kommer vi fokusera på din unika upplevelse av sammanhållning i gruppterapi. Sammanlagt räknar vi med att intervjua cirka 12 personer. På grund av rådande pandemi (COVID-19) så kommer alla intervjuer att genomföras via en säkrad videolänk (Zoom). Du behöver därför ha tillgång till en dator med tillhörande webcam eller en mobiltelefon med appen Zoom (som är gratis).

Konsekvenser och eventuella risker med deltagande

Intervjun kommer innehålla frågor om din personliga upplevelse. Om en fråga skulle upplevas som obekvämt eller påträngande har du alltid rätt att avbryta intervjun eller att välja att inte svara på den aktuella frågan. Om det skulle uppstå frågor kring studien och dess innehåll så är du välkommen att kontakta oss eller vår handledare (se kontaktuppgifter på nästa sida).

Vad kommer hända med informationen om mig?

I detta projekt kommer information inhämtas från dig. Vi kommer under intervjun efterfråga personlig information om din upplevelse av gruppterapi. Denna information kommer sedan användas för dataanalys. All inhämtad information kommer vara anonymiserad till den grad att informationen inte går att knyta till dig som person.

Dina svar kommer hanteras på ett sätt som hindrar icke-behöriga personer från att ta del dem.

Örebro universitet är ansvarigt för din personliga data. I enlighet med EU:s dataskyddsförordning så har du rätt att ta del av informationen som du delgivit, utan kostnad, samt att du har rätt att korrigera informationen om du anser att det är nödvändigt. Du kan också kräva att informationen om dig förstörs och att hanteringen av din personliga data är begränsad. Om du vill ta del av informationen är du välkommen att höra av dig till vem som helst som är listad som ansvarig för denna studie. Om du är missnöjd med hur informationen om dig hanteras så har du rätt att kontakta Datainspektionen, som är den ansvariga myndigheten.

Vad kommer hända med det jag säger under intervjun?

Det du beskriver under intervjun kommer spelas in och sedan transkriberas. Inspelningar och anteckningar kommer inte delas med någon utöver de som är listade nedan.

Det du säger under intervjun kommer anonymiseras och inspelat material kommer förstöras efter att analysen är färdigställd. I uppsatsen, som så småningom kan komma att publiceras, kommer resultaten endast presenteras på gruppnivå och inte på individnivå. Det kommer inte vara möjligt att ta reda på vem du är eller vilka citat som kommer från just dig. Informationen kommer enbart användas på det sätt som du samtyckt till.

Hur kommer jag få information om studiens resultat?

Om du är intresserad av studien kommer vi ha möjlighet att skicka den färdigställda versionen av uppsatsen till dig. Du kommer också ha möjlighet att ge återkoppling på resultaten. Du har möjlighet att kontakta oss om du har några andra frågor om studien.

Deltagande är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan välja att avbryta ditt deltagande när som helst under studien. Om du väljer att avsluta så är du inte skyldig att förklara varför du väljer att avbryta ditt deltagande.

Ansvariga för studien

Martin Thunell, psykologstudent Alex Jönsson, psykologstudent

E-mail: gruppbehandlingsprojektet@gmail.com

Forskningsledare:

Jan Carlsson, Fil dr., Leg psykolog, Leg. psykoterapeut

*Institutionen för Juridik, psykologi och socialt arbete, Örebro universitet
(Denna sida skall skickas tillbaka till ansvarig personal. Föregående sidor får du som deltagare behålla!)*

Samtycke om deltagande i studien

Jag har mottagit muntlig och skriftlig information om studien, och jag har haft möjlighet att ställa frågor. Jag har möjlighet att behålla den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i studien som ämnar undersöka upplevelsen av sammanhållning i gruppterapi för behandling av Emotionellt instabilt personlighetssyndrom/Borderline personlighetssyndrom.

Jag samtycker till att informationen om mig kommer behandlas på det sätt som beskrivs ovan.

Plats och datum	Underskrift och namnförtydligande

Bilaga 5 – Förförståelse

Inför datainsamlingen diskuterades vår förförståelse kring grupppsykologi och gruppssammanhållning involverade tre områden:

Tillit. Vi resonerade kring tillit och vad som krävs för att utveckla tillit till de som ingår i en gruppterapeutisk konstellation. En hypotes var att tillit krävs för att kunna utveckla god tilltro till de andra i gruppen och därmed gruppssammanhållning. Brist på tillit kan därmed tänkas resultera i dålig eller ingen gruppssammanhållning

Empati. Individuella medlemmars empatiska förmåga i kombination med en generell hög nivå av empati hypotiserades spela stor roll för utvecklandet av en god gruppssammanhållning. Vi resonerade även kring skillnader mellan sympati och empati och hur sympati riskerar att bli icke validerande så till vida att sympati kan ses som ett uttryck för själviskhet och tar fokus från vem som uttryckt något från början.

Aktivt deltagande. Vår förförståelse av individualterapi skapade idéer om hur viktigt det är att aktivt delta i terapiprocessen. Detta syftar till både terapirummet samt utanför rummet gällande hemläxor. Vidare så syftar till aktivt deltagande till de relationella processer som uppstår under terapi. Slutligen har vi läst studier om att utfallet påverkas av mängden terapi och deltagande syftar även till att dyka upp till de schemalagda terapisessionerna.